

В. М. Мельник, В. Г. Матусевич, І. О. Новожилова, І. В. Бушура
ПРИЧИНИ НЕЕФЕКТИВНОГО ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ
НА ТУБЕРКУЛЬОЗ ЛЕГЕНЬ

ДУ «Національний інститут фтизіатрії і пульмонології ім. Ф. Г. Яновського НАМН України»

Невдачі та помилки внаслідок хірургічного лікування хворих на туберкульоз (ТБ) легень є частою причиною неефективних кінцевих результатів. Багато чинників, що впливають на результати хірургічного лікування, є ще на етапі виявлення хворого на ТБ, які нерідко поєднуються або комбінуються між собою. За неефективним лікуванням хворих, як ланцюгова реакція, тягнеться резистентність мікобактерій й подальше неефективне лікування таких хворих. Предикторами несприятливого результату хворих на вперше діагностований ТБ можуть бути такі чинники, як ТБ із наявністю скарг у межах бронхолегеневого синдрому, симптомів дихальної й легенево-серцевої недостатності, масивне бактеріовиділення з наявністю мікобактерій ТБ, стійких як до одного, так і до багатьох лікарських препаратів, поширеність туберкульозного процесу [3, 18]. Результати фтизіоторакальних хірургічних втручань погіршує нераціональна етіопатогенетична терапія, яка не дозволяє оперувати хворих під час стабілізації туберкульозного процесу та після ендоскопічної оцінки стану бронхіального дерева. Подібні випадки найчастіше бувають при поліхіміорезистентності мікобактерій туберкульозу (МБТ) [3, 18]. Фтизіоторакальні хірургічні втручання найчастіше планові, за таких показань: деструктивні форми ТБ з триваючим бактеріовиділенням після 4–6 міс. контрольованої антимікобактеріальної терапії (АМБТ); мультирезистентний туберкульоз (МР ТБ) і туберкульоз із широкою резистентністю мікобактерій (РРТБ) до антимікобактеріальних препаратів (АМБП) із невдачею контрольованого антимікобактеріального лікування (АМБЛ); ускладнення й наслідки туберкульозного процесу (в тому числі МР ТБ й РРТБ мікобактерій до АМБП): спонтанний пневмоторакс і піопневмоторакс, емпієма плеври з і без бронхоплевральної нориці, аспергільоза, бронхоліт, панцирний плеврит або перикардит із дихальною і / або циркуляторною недостатністю, посттуберкульозний стеноз трахеї і великих бронхів, симптоматичні посттуберкульозні бронхоектази [4, 8, 12, 13, 15].

Нині оптимальним терміном планового проведення фтизіохірургічного лікування хворих на вперше діагностований ТБ є період між 4 і 6 місяцями неефективної контрольованої АМБТ, пізніші хірургічні втручання в неефективно лікованих хворих вважаються несвоєчасними й частіше завершуються невдачами [10]. Деякі хірурги рекомендують оперувати хворих при припиненні позитивної динаміки щодо бактеріовиділення й загоєння каверни. Недотримання подібної тактики тягне за собою неефективне хірургічне лікування, яке багато в

чому залежить від неправильного вибору показань до операції. Організацію ранньої діагностики ТБ, відбір хворих і проведення їм хірургічних втручань унеможлиблює незадовільна матеріально-технічна база багатьох медичних закладів, відсутність спільної праці хірургів, фтизіатрів, пульмонологів, сімейних лікарів та інших фахівців, що веде до лікувально-діагностичних помилок [7, 9, 18]. Частота супутніх захворювань у фтизіохірургії коливається від 47,5 до 90,0 %. Вони, а також їх ускладнення чи специфічного процесу, спричиняють летальні наслідки [1, 2, 16]. У торакальній хірургії можливі всі сучасні методи анестезії. Їх вибір залежить від патологічного процесу, супутньої патології, їх ускладнень і порушень гомеостазу. Неправильний вибір премедикації, анестезіологічного забезпечення, способу інтубації й хиби знечуження негативно віддзеркалюється на перебігу післяопераційного періоду [8, 15]. Під час фтизіохірургічних втручань інколи спостерігаються тактичні й технічні помилки, які применшують ефективність лікування хворих. Тактично неправильний вибір строку методу й обсягу операцій, наприклад, проведення органощадних економних резекцій при масивному засіві чи поширеному процесі, або виконання пневмонектомії чи колапсхірургічних втручань там, де можна здійснити резекцію легені, або неврахування при цьому функції зовнішнього дихання, розповсюженності процесу може звести нанівець їх наслідки через високу частоту ускладнень і летальності [3, 10, 13, 17].

Негативно впливають на ефективність хірургічного лікування інтраопераційні ускладнення [3, 10]. Більшість із них негативно впливають на перебіг післяопераційного періоду й погіршили ефективність післяопераційної реабілітації хворих. Адже, непомічене травмування органів і тканин, кровотечі, а також більше, ніж тригодинна тривалість операції, непроведення оперативнотехнічних запобіжних заходів ускладнень, дефекти дренивання негативно впливають на ефективність лікування хворих. У післяопераційному періоді причини незадовільних результатів хірургічних втручань були пов'язані з неправильним вибором їх обсягу зі змінами в оперованій або контрлатеральній легені, огріхами післяопераційного ведення хворого й догляду за ним [3, 10]. На тлі незадовільного спостереження за оперованими, недостатньо інтенсивної терапії в ранньому післяопераційному періоді імовірно значне погіршення стану хворого й набагато частіше виникнення післяопераційних ускладнень. Недостатній контроль за гемостазом після операції може спричинити внутрішньоплевральні гематоми із подальшим нагноєнням і емпіємою плеври [14]. Недостатнє знеболення в післяопераційному періоді

призводить до поверхневого дихання хворим і до застійних явищ у бронхах, а потім — до застійних пневмоній.

Неефективне хірургічне лікування може бути зумовлене тоді, коли в післяопераційному періоді нераціонально проводять корекцію метаболізму, зокрема вуглеводного обміну у хворих на цукровий діабет, або ігнорують лікуванням загострень супутньої патології [1, 5, 6, 16]. За останні 10 років в Україні неефективне хірургічне лікування хворих із локальними формами ТБ було у $(1,3 \pm 0,5) \%$, з поширеним ТБ процесом — у $(11,4 \pm 3,7) \%$. Однак віддалені наслідки хірургічного лікування погіршують післяопераційні рецидиви ТБ, хронічна емпієма плеври, підлопатковий бурсит, остеомієліт кісткового остова грудної клітки та ін.

Узагальнення літературних джерел показало наступні абсолютні показання до хірургічного лікування хворих на МР ТБ і РРТБ; напружений пневмоторакс; персистуюче бактеріовиділення і / або прогресування ТБ на тлі контрольованої АМБТ. Також наявність МР ТБ і РРТБ без позитивної клініко-рентгенологічної та бактеріологічної динаміки протягом 3–4–5 місяців АМБТ та при наявності чинників, які перешкоджають ефективній АМБТ (алергічні, токсичні побічні ефекти ліків та їхні комбінації; хронічні захворювання шлунково-кишкового тракту та ін.); порожнини розпаду з периферійним фіброзом, оскільки в порожнину розпаду не проникають АМБП; туберкульозомі і фіброзно-кавернозний ТБ; залишкові незворотні фіброзні морфологічні зміни в легенях при тривалому перебігу ТБ; потреба диференціальної діагностики туберкульозомі й раку легенів; «зруйнована легеня» через високу імовірність рецидиву ТБ; деструктивні форми МР ТБ й РРТБ; стани, які безпосередньо загрожують життю хворому на ТБ.

Можна виділити чотири групи чинників незадовільних наслідків хірургічного лікування хворих, що зумовили необхідність проведення повторних операцій через неуспішність перших або призвели до летальності.

1. Недоліки обстеження й передопераційної підготовки, неправильна інтерпретація показників зовнішнього дихання й хибна оцінка резервних можливостей функції, хибні антимікобактеріальної терапії в передопераційному періоді.

2. Помилки, небезпеки й ускладнення анестезіологічного забезпечення та проведення фтизіохірургічного втручання, що призводять до незадовільних результатів фтизіохірургічного лікування.

3. Хибні післяопераційного ведення хворих — безконтрольна корекція метаболізму і функціональних показників органів і систем, неповноцінне парентеральне харчування й детоксикаційне лікування, що на тлі зниження імунобіологічної резистентності організму погіршує загальний стан оперованих, спричиняє виникненню інфекційно-запальних ускладнень.

4. Недоліки диспансерного спостереження та медико-соціальної реабілітації оперованих у віддалені терміни. Оскільки у виникненні рецидиву туберкульозного процесу найбільшої шкоди завдають залишкові

зміни після вилікування й обтяжуючі чинники, то, на наш погляд, слід повернутися і диференційовано підходити до призначення протирецидивного лікування оперованим, яке нині ігнорується клінічними протоколами.

Підсумовуючи зазначимо, що найвагомими причинами неефективного хірургічного лікування хворих на туберкульоз легень були організаційні недоліки, недостатнє перед- і післяопераційне лікування, особливо специфічне, активність запального процесу в бронхах і легенях, недостатня радикальність хірургічного втручання, інфікування плевральної порожнини. Вірогідність незадовільних наслідків хірургічного лікування збільшується у хворих, що мають поєднання кількох несприятливих чинників. Отже, усі причини незадовільних результатів хірургічних втручань залишаються не вивченими, тому викриття лікарських помилок, дій хворого, вивчення причин і еволюції післяопераційних ускладнень та інших невдач у фтизіохірургії набирає все більшої актуальності.

ЛІТЕРАТУРА

- Аналіз недоліків організації лікування хворих на хіміорезистентний туберкульоз / В. М. Мельник та ін. // Укр. науково-практичний журн. : Туберкульоз, легеневі хвороби, ВІЛ-інфекція. 2014. № 3 (18). С. 5–10.
- Винокуров И. И., Кравченко А. Ф., Шамаев В. Е. Совершенствование хирургической помощи у больных туберкулезом легких с множественной лекарственной устойчивостью путем разработки нового высокотехнологического метода операции // Туберкулез и болезни легких. 2015. № 6. С. 41–42.
- Дужий І. Д., Кравець О. В. Коллапсхірургія у лікуванні сучасного туберкульозу легень. Суми: Сумський державний університет, 2016. 317 с.
- Калабуха І. А., Хмель О. В. Обґрунтування доцільності хірургічного лікування хворих на обмежений туберкульоз легень як засобу попередження рецидивів захворювання // Укр. пульмонолог. журн. 2017. № 2. Додаток. С. 73–75.
- Лукьянова М. В., Краснов Д. В., Скворцов Д. А. Метаболический профиль больных при хирургическом лечении туберкулеза легких // Туберкулез и болезни легких. 2015. № 5. С. 116–117.
- Лукьянова М. В., Краснов Д. В., Скворцов Д. А. Персонализованный нутритивная поддержка у больных туберкулезом легких на этапах хирургического лечения // Туберкулез и болезни легких. 2016. Т. 94, № 10. С. 30–36.
- Мельник В. М., Матусевич В. Г., Новожилова І. О. Організаційні підходи до реформування фтизіохірургічної допомоги населенню. // Укр. пульмонолог. журн. Додаток. 2014. № 1 (83). С. 55–56.
- Можливості хірургічного лікування мультирезистентного деструктивного туберкульозу легень / М. С. Опанасенко та ін. // Укр. пульмонолог. журн. 2016. № 2. С. 39–40.
- Надання фтизіохірургічної допомоги хворим на туберкульоз в Україні за результатами виконання програми протидії захворюванню на туберкульоз на 2012–2016 роки / В. М. Мельник та ін. // Укр. пульмонолог. журн. 2018. № 3. С. 74–75.
- Национальные клинические рекомендации по применению хирургических методов в лечении туберкулеза легких / А. О. Аветисян и др. М., 2013. 22 с.
- Никода В. В., Касиль В. Л. Некоторые клинические аспекты ведения больных в раннем периоде после операции на лёгких и дыхательных путях // Туберкулез и болезни легких. 2010. Т. 87, № 12. С. 4–11.
- Результати резекції легені у хворих з мультирезистентним туберкульозом легень / Калабуха І. А. та ін. // Укр. пульмонолог. журн. 2017. № 2. Додаток. С. 61–62.
- Сабиров Ш. Ю., Рахманов Ш. А. Хирургическое лечение туберкулеза легких с множественной лекарственной устойчивостью возбудителя // Туберкулез и болезни легких. 2015. № 6. С. 128–129.
- Связь между параметрами гемостаза и течением периоперационного периода при туберкулезе легких / А. А. Яценко и др. // Туберкулез и болезни легких. 2016. Т. 94, № 3. С. 33–37.
- Тертишний М. Г., Горбачов О. В. Особливості хірургічного лікування та анестезіологічного забезпечення хворих на мультирезистентний туберкульоз. // Укр. пульмонолог. журн. 2016. № 3. Додаток. С. 28–29.
- Хирургическое лечение туберкулеза легких у ВИЧ-позитивных больных в условиях пенициллиновой системы: особенности пред- и послеоперационного ведения / Н. М. Корецкая и др. // Туберкулез и болезни легких. 2016. Т. 94, № 12. С. 53–56.
- Хирургия деструктивного лекарственно-устойчивого туберкулеза легких / С. Н. Скорняков и др. // Туберкулез и болезни легких. 2015. № 3. С. 15–21.
- Фещенко Ю. І., Мельник В. М., Турченко Л. В. Погляд на проблему боротьби з туберкульозом в Україні // Укр. пульмонолог. журн. 2016. № 3. С. 5–10.
- Эффективность хирургического лечения при сочетании деструктивного туберкулеза легких и сахарного диабета / С. П. Абулкасимов и др. // Туберкулез и болезни легких. 2015. № 5. С. 25–29.