

Ю. Ф. Савенков, Н. В. Гранкіна, П. Є. Бакулін ХІРУРГІЧНЕ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ ІЗ ЗАЛИШКОВИМИ ЗМІНАМИ ТУБЕРКУЛЬОЗУ ЛЕГЕНЬ

КП «Днепропетровское областное клиническое лечебно-профилактическое объединение «Фтизиатрия» ДОР»

В останні роки спостерігається деякий ріст категорії хворих, яким за умови припинення бактеріовиділення та закінчення основного курсу протитуберкульозної терапії встановлюється діагноз ЗЗТБ (залишкові зміни туберкульозу). Наявність деструкції в легенях у таких хворих не є перешкодою до віднесення їх до неактивної категорії. Частота рецидивів туберкульозного процесу в даній категорії хворих складає від 7 до 22 %, а частота ускладнень у вигляді легеневої кровотечі, легеневого серця, малігнізації залишається на високому рівні (7-11 %). При цьому доцільність хірургічного лікування хворих з категорією 5.1 в літературних джерелах визначена недостатньо.

Матеріали і методи

Нами були вивчені результати хірургічного лікування 38 хворих з залишковими змінами туберкульозу легень, що були прооперовані в легенево-хірургічному відділенні КП «Дніпропетровське обласне клінічне лікувально-профілактичне об'єднання «Фтизиатрія» ДОР» у період 2014-2018 роки. Переважну більшість пацієнтів склали особи працездатного віку (18-50 років) — 33 (86,8 %). Серед них переважали чоловіки — 26 (68,2 %). Строки захворювання на туберкульоз легень коливалися від 9 місяців до 17 років, у середньому 2,3 роки. Основними показаннями щодо хірургічного лікування були морфологічно незворотні зміни у вигляді санованих каверн, туберкулом, конгломератів вогнищ. Переважала верхньочасткова локалізація залишкових змін — 32 (84,2 %). У — 2 (5,2 %) спостерігалася «зруйнована легеня». Частота ускладнень у вигляді легеневої кровотечі, що потребувала хірургічної корекції склала — 3 (7,9 %), у — 2 (5,2 %) хворих мала місце поява раку на тлі післятуберкульозних змін. Частота супутньої патології склала — 10 (26,3 %), серед якої визначені ХОЗЛ, гіпертонічна хвороба, хронічний гепатит. Увагу приділяли також характеру хіміорезистентності МБТ до завершення основного курсу хіміотерапії та встановлення діагнозу ЗЗТБ. Так, у 2 (5,2 %) хворих відмічена полірезистентність (HS, Km і ES), у 2 (5,2 %) — моно резистентність (H і S). У решти хворих резистентність МБТ була відсутня або не визначена.

За характером оперативних втручань хворі були розподілені таким чином: сегментарні резекції легень були виконані 28 (73,7 %), лобектомії — 7 (18,4 %), пневмонектомії — 2 (5,2 %), лікувальна торакопластика — 1 (2,6 %). З метою запобігання утворення залишкових порожнин та реактивації туберкульозного процесу 20 (52,6 %) пацієнтам застосовувалася корекція об'єму гемітораку (плевроколагенопластика, френікотріпсія, екстраплевральна торакопластика).

Усім оперованим хворим проводилося мікроскопічне та бактеріологічне (методом посіву) дослідження резектатів легень з визначенням чутливості МБТ до протитуберкульозних препаратів у разі позитивного результату посіву. Вивчалися інтраопераційні та післяопераційні ускладнення, характер морфологічних змін у резектатах легень.

Результати хірургічного лікування хворих оцінювалися через 2 місяці (безпосередні) та 2 роки (віддалені) за ознаками відсутності бактеріовиділення та деструкції.

Результати та їх обговорення

Серед оперованих хворих інтраопераційні ускладнення не спостерігалися. Післяопераційні ускладнення у 1 (2,6%) пацієнта були обумовлені значною розповсюдженістю вторинних змін у легенях (цироз, емфізема), що перешкоджали повному розправленню оперованої легень та представляли собою формування залишкової плевральної порожнини. Залишкова плевральна порожнина ліквідована 5-реберною коригуючою торакопластикою.

Звертає на себе увагу той факт, що кількість позитивних результатів мікроскопії на МБТ резектатів легень, що був отриманий у 19 (50 %) оперованих хворих, значно перевищував позитивний результат посіву резектатів, які були відмічені у 2 (5,2 %) випадках.

Характер морфологічних змін у легенях обумовлював хірургічну тактику, яка насамперед складалася з радикально-анатомічних резекцій по типу лобектомії та сегментектомії. В переважній більшості були відмічені казеозно-некротичні ураження в межах сегмента та частки легень у вигляді вогнищ, цирозу, санованих каверн. Виражені вторинні морфологічні зміни легеневої тканини та перибронхіальне специфічне ураження робили неможливим виконання відокремлених економних резекцій легень. В 38 % випадків поряд з туберкуломами зустрічалися вогнища засіву з гігантськими клітинами Пірогова-Ландханса та епітеліоїдноклітинними гранульомами. Серед хворих, що були оперовані з приводу санованих каверн, тільки в 22 % випадках нами були отримані гістологічні дані, що свідчили про кістоподібну трансформацію туберкульозної каверни, з відсутністю казеозно-некротичного шару, у 78 % пацієнтів так звані сановані каверни були представлені порожниною розпаду, з наявністю казеозу та гігантоклітинних гранульом та ознаками морфологічної активності процесу. Тобто в у так званих санованих кавернах повної стерилізації тканин не відбувається. Таким чином, тільки 7–10 % санованих каверн є кістоподібними порожнинами.

Під час вивчення результатів мікроскопічного та бактеріологічного дослідження резектатів легень у хворих на ЗЗТБ, були отримані такі дані: позитивний мазок на МБТ був отриманий у 19 (50 %) пацієнтів, а ріст куль-

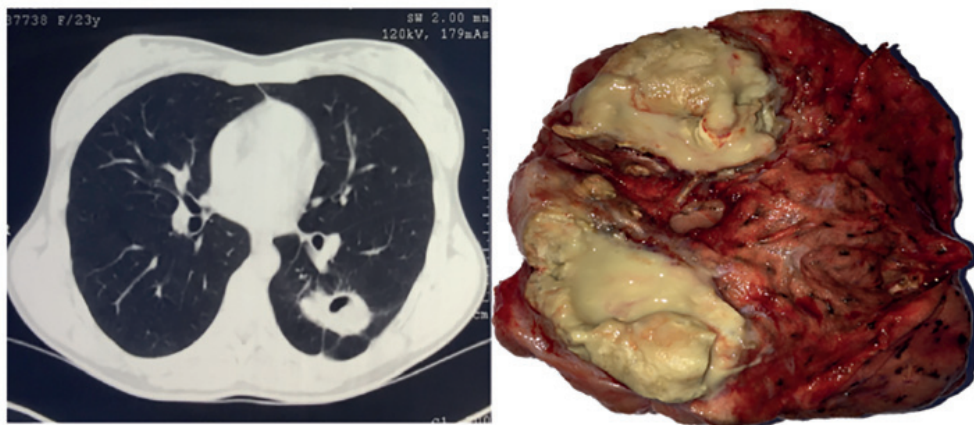


Рис. 1. Комп'ютерна томограма та макропрепарат хворого В. Діагноз: ЗЗТБ S6 лівої легені (туберкулома). Операція: сегментектомія S6.

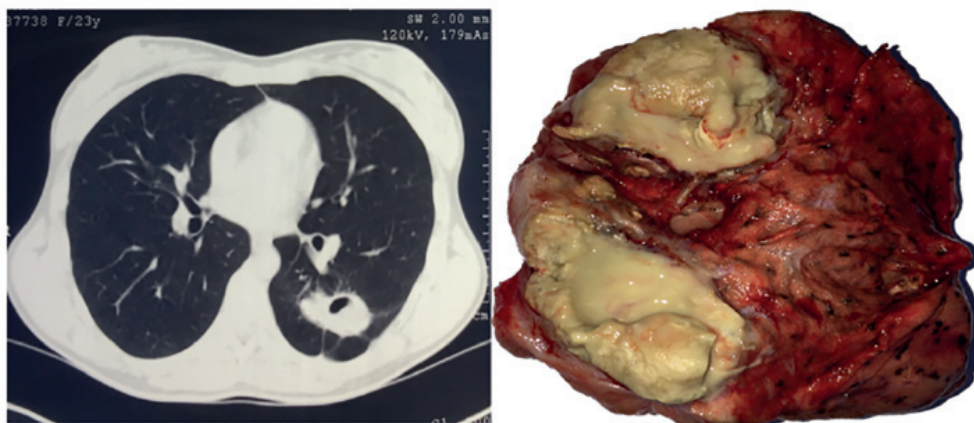


Рис. 2. Рентгенограма та макропрепарат хворої Б. Діагноз: ЗЗТБ верхніх часток обох легень (санована каверна, фіброз). Операція: верхня лобектомія правої легені.

тури на живильних середовищах зафіксований лише у 2 (5,2 %). Даний факт свідчить про відсутність життєвездатних, колонієутворюючих мікобактерій у резектатах після проведеного курсу протитуберкульозного лікування. Мультирезистентність МБТ з резектату була визначена у 1 (2,6 %) пацієнта.

При аналізі безпосередніх результатів хірургічного лікування хворих з залишковими змінами туберкульозу легень у 100% відмічена повна клінічна, лабораторна та рентгенологічна стабілізація процесу. Віддалені результати у 63,1 % пацієнтів були вивчені за допомогою повного клініко-лабораторного та інструментального дослідження, усі пацієнти мали ознаки відсутності активного туберкульозного ураження. У 1 хворого мало місце загострення туберкульозного процесу на тлі виявлення мультирезистентних штамів МБТ у резектаті. Хворому проведено курс поліхіміотерапії з подальшим одужанням.

Висновки

Усім хворим з залишковими змінами туберкульозу легень, що мають незворотні зміни у вигляді туберкулом, санованих каверн, конгломератів вогнищ, а також виразні вторинні зміни (емфізема, цироз, тощо), показане хірургічне лікування з метою попередження рецидивів туберкульозу та виникнення ускладнень (легенева кровотеча та інші).

У 2 (5,2 %) пацієнтів категорії 5.1 визначався злякисний процес на тлі після туберкульозних змін в легенях, що потребувало активної хірургічної тактики.

Оптимальними методами хірургічного втручання є виконання типових анатомічних резекцій легені, враховуючи розповсюдженість туберкульозних та вторинних змін легеневої тканини.