

© І. Т. П'ЯТНОЧКА, С. І. КОРНАГА, Ю. В. ДОВБУШ, В. Є. ЦИБУЛЯК

ДВНЗ "Тернопільський державний медичний університет імені І. Я. Горбачевського", Тернопільський обласний протитуберкульозний диспансер

Віддалені результати хірургічного лікування хворих на туберкульоз легень і плеври

I. T. PYATNOCHKA, S. I. KORNAHA, YU. V. DOVBUSH, V. YE. TSYBULYAK

SHEI "Ternopil State Medical University by I.Ya. Horbachevsky", Ternopil Regional Antituberculosis Dispensary

REMOTE RESULTS OF SURGICAL TREATMENT OF PATIENTS WITH PULMUNARY AND PLEURA TUBERCULOSIS

У статті наведено віддалені, через 2 і більше років, результати хірургічного лікування хворих на туберкульоз легень.

The article adduces remote results, after 2 years and more, of surgical treatment of patients with pulmonary tuberculosis.

Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень та публікацій. Сьогодні питання боротьби з туберкульозом є одним із пріоритетів державної політики у сфері охорони здоров'я і соціального розвитку. Оптимальні терміни антимікобактеріальної терапії (АМБТ) перебувають в межах від 6 до 24 місяців. Цей період називається основним курсом хіміотерапії, який охоплює дві фази: інтенсивну – від 2-х до 6-ти місяців і підтримувальну в стаціонарних, санаторних і амбулаторних умовах [5]. Загоєння і перетворення каверн у конгломерат вогнищ чи кістоподібну порожнину не можна розглядати як повноцінне вилікування, а лише як перехід однієї форми в іншу, більш сприятливу, проте з непевним прогнозом. Справжнім загоєнням каверни є лише її трансформація в рубець, частіше це спостерігається в перші 4–6 місяців лікування хворих на вперше діагностований туберкульоз легень (ВДТБЛ). Тривалість АМБТ перед операцією індивідуальна і залежить від туберкульозного процесу, а її ефективність можна оцінити не раніше ніж через 4–6 місяців у хворих на ВДТБЛ і через 6–8 місяців при реактивації туберкульозу [7].

Особливостями сучасної епідемії туберкульозу в Україні є велика кількість занедбаних форм, поширені двобічні полідеструктивні процеси, що супроводжуються бактеріовиділенням і медикаментозною резистентністю [1, 2]. Такі хворі потребують тривалого застосування препаратів II ряду, що значно підвищує вартість лікування. Економічні витрати на лікування одного хворого на хронічний туберкульоз легень (ХТБЛ), ускладнений мульти-

резистентністю, в 100 разів перевищують витрати на лікування вперше діагностованого хворого, а ефективність терапії цих хворих залишається низькою. За таких умов ефективна боротьба з епідемією туберкульозу можлива лише при комплексному підході до лікування, що включає в себе етапи консервативного, хірургічного та санаторно-курортного лікування і диспансерного спостереження [4, 8, 9]. До того ж, у деяких хворих із мультирезистентним туберкульозом єдиною надією курабельності і сподіванням на видужання є хірургічне лікування. А для забезпечення позитивних результатів хірургічного втручання важливим є формування у хворих сприятливого фону в ході передопераційної підготовки, що включає інтенсивну хіміотерапію, тривалість якої за стратегією DOTS-PLUS повинна становити не менше 18 місяців, а після операції – 8–12 місяців [6].

Загальні принципи терапії туберкульозу легень полягають у тому, що операцію потрібно проводити в період стабілізації туберкульозного процесу і не раніше завершення основного курсу АМБТ. Для хворих на ВДТБЛ це, як правило, становить 6 місяців від початку хіміотерапії. У більш ранні строки підлягають хірургічному лікуванню туберкульозом, інкапсульовані казеоми, ателектаз частки легень, ізольовані фіброзні каверни, однобічний полікаверноз легень; у хворих із туберкульозною емпіємою плеври чи цирозом частки легень питання щодо оперативного втручання вирішується одразу після встановлення діагнозу. При наявності таких ускладнень, як спонтанний пневмоторакс або

легеневі геморагії, оперативні втручання можуть проводитись невідкладно за життєвими та розширеними показаннями у зв'язку з порушенням вітальних функцій [3].

Мета роботи: проаналізувати ефективність хірургічного лікування хворих на туберкульоз легень і плеври із застосуванням різних видів оперативних втручань у строки спостереження понад 2 роки.

Матеріали і методи. Проаналізовано віддалені результати хірургічного лікування 127 хворих на туберкульоз легень і емпієму плеври в строки спо-

стереження від 2 до 10 років після оперативного втручання. Серед обстежуваних чоловіків було 95 (74,8 %), жінок – 32 (25,2 %), віком від 14 до 68 років, зокрема до 50 років – 94 (74,0 %), понад 50 років – 33 (26 %). Переважали жителі села (66,1 %). За типом туберкульозного процесу ВДТБЛ констатований у 45 (35,4 %) пацієнтів, рецидиви (РТБЛ) – у 28 (22,0 %), від ХТБЛ страждали 54 (42,5 %) осіб. Порожнини розпаду виявлені у 83 (65,4 %), мікобактерії туберкульозу виділяли 77 (60,6 %) пацієнтів. Розподіл хворих за клінічними формами туберкульозу представлено в таблиці 1.

Таблиця 1. Розподіл хворих за клінічними формами туберкульозу

| Клінічні форми | Кількість хворих | Відсоток (%) |
|---------------------|------------------|--------------|
| Дисемінована | 4 | 3,1 |
| Інфільтративна | 43 | 33,9 |
| Туберкульома | 41 | 32,3 |
| Фіброзно-кавернозна | 27 | 21,3 |
| Хронічна емпієма | 12 | 9,4 |
| Разом | 127 | 100 |

Із представленої таблиці видно, що більшість прооперованих хворих (66,2 %) була з обмеженим туберкульозним процесом (туберкульоми, інфільтрат із розпадом). Лише 31 (24,4 %) хворому проводили хірургічне лікування з більш поширеним туберкульозним процесом.

Усім 127 хворим здійснювалася тривала АМБТ, що виявилася неефективною, і це було показанням для проведення хірургічного лікування, ефективність якого оцінювалася за даними комплексного обстеження пацієнтів через 2 і більше

років, оскільки вартість будь-якого методу лікування туберкульозу визначається лише віддаленими результатами.

Результати досліджень та їх обговорення. Залежно від характеру туберкульозного процесу проводився найбільш оптимальний вид оперативного втручання (табл. 2).

Як видно з таблиці 2, більшість оперативних втручань мала обмежений характер (1–3 сегменти), що свідчить про правильний і своєчасний відбір

Таблиця 2. Види оперативних втручань

| Вид оперативного втручання | Кількість хворих | Відсоток (%) |
|---|------------------|--------------|
| Моносегментарна резекція | 12 | 9,4 |
| Полісегментарна резекція (2–3 сегменти) | 62 | 48,8 |
| Лобектомія | 28 | 22,0 |
| Пневмонектомія | 2 | 1,6 |
| Плевректomia з декортикацією | 6 | 4,7 |
| Плевропневмонектомія | 10 | 7,9 |
| Резекція легені з одномоментною екстраплевральною торакопластиком | 7 | 5,5 |
| Всього прооперованих хворих | 127 | 100 |

хворих, а також про адекватно проведену антимікобактеріальну передопераційну підготовку. З іншого боку, спостерігалася надмірна перестраховка фтизіатрів щодо хірургічного лікування, зокрема хворих із більш поширеним туберкульозним процесом. У зв'язку з цим, фтизіохірургам слід проявляти більшу активність, регулярно проводити консультації і відбір хворих на хірургічне лікування,

передусім тих, у яких недостатня позитивна динаміка туберкульозного процесу і наявна мультирезистентність. У таких хворих в подальшому прогноз несприятливий. Водночас оперативне втручання може бути єдиною мірою курабельності і надією на видужання.

Комплексне обстеження 127 пацієнтів через 2 і більше років після оперативного втручання дозво-

лило констатувати цілком задовільний стан у 105 (82,7 %) осіб. Більшість із них повернулася до попередньої роботи чи займалася власним господарством. Проте у 12 (9,4 %) пацієнтів настав рецидив туберкульозного процесу, а 6 (4,7 %) хворих померли внаслідок прогресування туберкульозу у віддаленому післяопераційному періоді. Здебільшого хворі з рецидивами чи ті, які померли, не дотримувалися лікарських настанов, зловживали алкоголем, перебували на “заробітках”. Причини смерті у 4 (3,1 %) осіб були зумовлені нетуберкульозними захворюваннями, зокрема у 2-х із них – рак легень.

Таким чином, проведений аналіз результатів хірургічного лікування хворих на туберкульоз легень у віддаленому періоді засвідчив про достатню його ефективність, яка склала 82,7 %. Однак слід проявляти підвищену хірургічну активність і відносно хворих з більш поширеним туберкульозним процесом, а також і хіміорезистентністю. Для цього необхідно регулярно проводити консультації та відбір хворих до хірургічного лікування, які перебувають на стаціонарному чи амбулаторному лікуванні. Крім цього, потрібно оптимізувати санітарно-просвітню роботу серед фтизіатрів і хворих про доцільність та ефективність хірургічного ліку-

вання, яке може бути єдиною надією на видужання хворого.

Висновки. 1. Хірургічне лікування хворих на туберкульоз легень і плеври в сучасних умовах значного почастищення хіміорезистентності повинно застосовуватися більш широко.

2. За даними обласного протитуберкульозного диспансеру, через 2 і більше років ефективність хірургічного втручання становила 82,7 %. Позитивні результати могли б бути кращими, якби прооперовані пацієнти дотримувалися рекомендацій лікаря (здорового способу життя, не виїжджали на заробітки, не зловживали алкоголем і курінням).

3. Фтизіохірургам потрібно наполегливо і систематично проводити роз'яснювальну роботу серед фтизіатрів і хворих на туберкульоз легень про необхідність в окремих випадках і своєчасність, а також високу ефективність хірургічного лікування.

Перспективи подальших досліджень. Провести аналіз ефективності хірургічного лікування хворих на туберкульоз легень залежно від характеру медикаментозної стійкості мікобактерій туберкульозу.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Іванкова О. В. Ефективність хіміотерапії у хворих на хронічний туберкульоз легень залежно від профілю резистентності мікобактерій туберкульозу / О. В. Іванкова // Український пульмонологічний журнал. – 2007. – № 1. – С. 59–61.
2. Атипичное клиническое течение гигантской туберкулёмы легкого / Н. С. Опанасенко, И. В. Лискина, А. В. Терешкович, А. М. Живогляд // Клиническая хирургия. – 2004. – № 7. – С. 62–63.
3. Ефективність хірургічного лікування туберкульозу легень у сучасних умовах / М. С. Опанасенко, О. В. Терешкович, М. Г. Палівода [та ін.] // Журнал АМН України. – 2009. – Т. 15, № 4. – С. 726–741.
4. Парфри Х. Заболевания плевры: диагностика и лечение / Х. Парфри, Э. Р. Чайлверс // Лечащий врач. – 2003. – № 1. – С. 28–34.
5. Пульмонологія та фтизіатрія : підручник : у 2 т. / за ред. Ю. І. Феценка, В. П. Мельника, І. Г. Ільницького. – Київ-

Львів : Атлас, 2009. – 1336 с.

6. Эффективность хирургического лечения туберкулёза легких с множественной лекарственной устойчивостью в условиях программы DOTS-PLUS / Л. К. Стрелис, А. А. Стрелис, О. В. Анастосов и др. // Бюллетень сибирской медицины. – 2009. – № 1. – С. 85–92.
7. Туберкульоз: організація діагностики, лікування, профілактики та контролю за смертністю [Виробниче видання] / Ю. І. Феценко, В. М. Мельник, Л. В. Турченко, С. В. Лірник. – К. : Здоров'я, 2010. – 448 с.
8. Surgical treatment for chronic lung and thoracic cavity infection / M. Kaneda, T. Tarukawa, F. Watanabe [et al.] // Gen. Thorac. Cardiovasc. Surg. – 2009. – Vol. 57 (2). – P. 98–103.
9. Neil I. A. Perioperative care of the patient with tuberculosis / I. A. Neil // AOR NI. – 2008. – Vol. 88 (6). – P. 942–958.

Отримано 19.03.12