

УДК 616.24–002.5+616.25–002.5]–089

СИМУЛЬТАННІ ВТРУЧАННЯ З ПРИВОДУ ТУБЕРКУЛЬОЗУ ЛЕГЕНЬ, ПОЄДНАНОГО З ХРОНІЧНИМ ТУБЕРКУЛЬОЗНИМ ПЛЕВРИТОМ

*І. Д. Дужий, Н. І. Глазунова, Р. З. Ель—Асталь, Г. П. Піддубна**Сумський державний університет, медичний інститут*

SIMULTANT INTERVENTIONS FOR PULMONARY TUBERCULOSIS, CONCOMITANT WITH THE CHRONIC TUBERCULOSIS PLEURITIS

I. D. Duzbiy, N. I. Glazunova, R. Z. El—Astabl, G. P. Pidubna

РЕФЕРАТ

На підставі аналізу даних літератури автори відзначають недостатнє вивчення питань щодо симультанних втручань з приводу туберкульозу легень, поєднаного з хронічним туберкульозним плевритом (ХТП). Проведене хірургічне лікування таких процесів у 181 хворого, тотальна плевректомія виконана у 172 (95%) з них, часткова — у 9 (5%). Різноманітні види резекції легень як додаткове втручання виконані у 172 (95%) хворих, екстраплевральна торакопластика — у 15 (8,3%), пластика діафрагми — у 15 (8,3%). У ранньому післяопераційному періоді мікобактерії туберкульозу (МБТ) зникли в усіх хворих, що дає право інтерпретувати хірургічне втручання як санаційне для конкретного хворого і як суспільний протиепідемічний захід.

Ключові слова: туберкульоз легень, поєднаний з хронічним туберкульозним плевритом; симультанні хірургічні втручання.

SUMMARY

Basing on the literature data analysis the authors suppose the insufficient studying of issues, concerning simulant interventions for pulmonary tuberculosis, coinciding with chronic phthisic pleuritis. Surgical treatment of such processes was performed in 181 patients, total pleurectomy — in 172 (95%) of them, partial — in 9 (5%). Various kinds of pulmonary resection as the additional intervention were performed in 172 (95%) patients, extrapleural thoracoplasty — in 15 (8.3%), diaphragmatic plasty — in 15 (8.3%). In early postoperative period the tuberculosis micobacteria have had disappeared in all the patients, permitting to interpret surgical intervention as a sanation one for every patient, and as a socially directed antiepidemic measure.

Key words: pulmonary tuberculosis, coexistent with chronic phthisic pleuritis; simulant surgical intervention.

3 середини 90-х років минулого століття, коли в Україні відзначена епідемія туберкульозу, ситуація дещо змінилася на краще, проте, недостатньо [1]. У 2005 р. захворюваність на туберкульоз легень становила 84,1 на 100 тис. населення, у 2011 р. — 67,2. Найбільш небезпечними в епідемічному відношенні є хворі, у яких виявляють МБТ, в структурі хворих з вперше діагностованим туберкульозом легень їх частка становить 78–82% [2]. З огляду на резистентність МБТ до антибактеріальних препаратів, після основного та подовженого лікування їх виявляли у 47 — 67% хворих. Один хворий, у якого виявляють МБТ, за рік заражає до 25 — 28 осіб [2]. Незважаючи на проведення лікування, туберкульоз легень ускладнюється специфічним плевритом у 8–9% хворих [3]. Туберкульозний плеврит у 10–12% хворих має хронічний перебіг навіть за адекватного лікування [3–8]. Перехід процесу у хронічний супроводжується пневмосклерозом, що гальмує загоєння туберкульозу легень [2–4, 7, 9]. Фіброзне переродження грудної стінки, що відбувається паралельно з пневмосклерозом тканини легень, зумовлює гіпоксемію і гіпоксію, що спричиняє гіпертензію у малому колі кровообігу з поступовим формуванням хронічного легеневого серця з фатальними наслідками у таких хворих [4, 9–11].

Основним методом лікування ХТП є хірургічний [2, 4–7]. Проте, поєднання плеврального і легеневого процесів вимагає виконання симультанних втручань, що значно ускладнює саму операцію і робить її тяжкою для хворого. До теперішнього часу це питання системно не вивчали, що зумовлює актуальність проблеми.

Невирішеними питаннями є відсутність системних показань до виконання симультанних хірургічних втручань з приводу туберкульозу легень, поєднаного з ХТП, тривалість антибактеріальної підготовки до симультанних операцій та їх характер.

МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

Проаналізовані результати лікування 181 хворого з приводу туберкульозу легень, поєднаного з ХТП.

Хворі розподілені на дві групи: основну — 88 і групу порівняння — 93, яка поділена на дві підгрупи: А — 60 хворих, у яких раніше діагностували туберкульоз легень; Б — у минулому виявляли ХТП.

Хворих обстежували з використанням загальноприйнятих методів. З променевих методів застосовували рентгенографію, томографію, ультразвукове дослідження, комп'ютерну томографію та функціональні методи. Лікування здійснювали за протоколом МОЗ України, узгодженим з рекомендаціями ВООЗ.

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Частота різних форм туберкульозу легень представлена у *табл. 1*. Найбільш часто легеневий процес ускладнювався плевритом, який з часом мав хронічний перебіг, при фіброзно-кавернозному туберкульозі — у 33,7% спостережень, значно рідше — при циротичному (у 22,7%) і вогнищевому (у 18,8%) туберкульозі.

Частіше МБТ виявляли в основній групі — у 88,6% хворих, значно рідше — в групі порівняння — у 59,1% ($P < 0,05$), що свідчило про епідемічну небезпеку хворих з поєднаним ХТП для суспільства і необхідність вважати цей чинник одним з важливих показань до хірургічного втручання.

Резистентність МБТ до антибактеріальних препаратів частіше виявляли у хворих, яким проводили антибактеріальну терапію, тобто, у групі порівняння. Так, стійкість до одного антибактеріального препарату в групі порівняння виявляли у 2,3 разу частіше, ніж в основній групі ($P < 0,05$), мультирезистентність — у 3,1 разу. Ці дані свідчать, що збільшення тривалості передопераційної підготовки, попри її необхідність, може супроводжуватися появою штамів МБТ, стійких до антибактеріальних препаратів.

Отже, тривалість антибактеріальної і загальної підготовки хворих залежала від наявності МБТ, за їх відсутності вона становила 21–28 діб. Це дозволяло створити належний антибактеріальний фон та знищити вегетативно-активні форми МБТ. Антибактеріальну терапію після операції прирівнювали до І категорії, вважаючи операційну травму значною агресією, від якої слід визначати строки проведення основного курсу протитуберкульозної терапії. Таких хворих у групі порівняння було 38 (40,9%), в основній — 10 (11,4%). За наявності МБТ передопераційну підготовку проводили до їх зникнення з мокротиння, що визначали за результатами мікроскопії мазка. З огляду на це, мокротиння досліджували щомісяця, а за певних клінічних обставин — через кожні 2 тиж. Такий підхід до частоти проведення мікробіологічного дослідження формально не відповідає рекомендаціям МОЗ України, проте, об'єктивно він виправданий, оскільки перед хірургом стоїть дилема: оперувати чи чекати. Чим раніше виконують операцію, тим вона менш травматична, без значної крововтрати, більш швидка і невиснажлива. З іншого боку, чим триваліша антибактеріальна терапія, тим частіше виникає резистентність МБТ до хіміопрепаратів (*табл. 2*).

Це є другим аргументом на користь зменшення тривалості передопераційної підготовки.

Загальну підготовку проводили залежно від стану органів і систем та наявності супутніх захворювань.

За характером основного патологічного процесу — ХТП виконували трудомістке для операційної бригади і тяжке для хворого хірургічне втручання — плеврэктомію. У 172 хворих виконане тотальне видалення плеврального мішка за оригінальною методикою, у 9 — видалення пристінкової плеври. Залежно від

Таблиця 1. Частота легеневих форм туберкульозу при ХТ П

Групи хворих	Кількість спостережень за форми туберкульозу легень												Разом
	вогнищевої		інфільтративної		туберкульоми		дисемінованої		фіброзно-кавернозної		циротичної		
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	
Порівняння	18	19,4	5	5,4	11	11,8	7	7,5	33	35,5	19	20,4	93
А	11	18,3	3	5,0	7	11,7	4	6,7	21	35,0	14	23,3	60
Б	7	21,2	2	6,1	4	12,2	3	9,1	12	36,4	5	15,2	33
Основна	16	18,2	4	4,5	9	10,2	9	10,2	28	31,8	22	25,0	88
Загалом	34	18,8	9	5,0	20	11,0	16	8,8	61	33,7	41	22,7	181

Таблиця 2. Частота виявлення МБТ у хворих на туберкульоз легень, поєднаний з ХТП

Групи хворих	Кількість спостережень, в яких виявлені МБТ		Резистентність МБТ			
	абс.	%	моно-		мульти-	
			абс.	%	абс.	%
Порівняння	55	59,1	18	32,7	11	20,0
А	36	60,0	13	36,1	9	25,0
Б	19	57,6	5	26,3	2	10,5
Основна	78	88,6	11	14,1	5	6,4

Таблиця 3. Симультанні оперативні втручання з приводу туберкульозу легень, поєданого з ХТП

Втручання	Кількість спостережень за форми туберкульозу легень						разом
	вогнищевої	інфільтративної	туберкульозом	дисемінованої	фіброзно-кавернозної	циротичної	
Плевропневмонектомія	—	—	—	—	4	3	7
Лобектомія	—	1	—	—	47	16	64
Сегментектомія	3	2	—	—	—	5	15
Атипова резекція	28	6	19	9	—	5	72
Комбінована резекція	3	—	1	—	2	8	14
Екстраплевральна торакопластика	—	—	—	5	6	4	15
Пластика діафрагми	—	—	—	4	3	4	15
Загалом ...	34	9	20	20	64	45	202

інтраопераційних знахідок у легенях, поширення яких визначали шляхом пальпації, та порівняння даних обстеження до операції виконували інші додаткові втручання, переважно резекцію легень. У "чистому вигляді" резекція виконана у 172 хворих. Оскільки процес у легенях мав тривалий перебіг, а в ураженій легені в усіх хворих спостерігали більші чи менші виражені пневмосклеротичні зміни, що не завжди гарантувало повне розправлення легені після операції і виповнення нею грудної порожнини, звільненої від фіброзно переродженої плеври, ми намагалися виконувати резекцію так, щоб залишити максимальний об'єм функціонально спроможної легені. З огляду на це, у значній кількості хворих резекцію здійснювали атипово, з використанням зшивальних апаратів УКЛ чи УО. Це була крайова резекція, клиноподібна та плоска. Таку операцію виконано у 72 (39,8%) хворих. Наступним за частотою втручанням була лобектомія — у 64 (35,4%) хворих. Комбінована резекція здійснена у 14 (7,7%), сегментектомія — у 15 (8,3%), плевропневмонектомія — у 7 (3,9%) хворих. До операцій пластичного спрямування віднесена коригувальна інтра—екстраплевральна торакопластика у нашій модифікації, яку застосували у 15 (8,3%) хворих. Пластика діафрагми за умови її пошкодження здійснена у 15 (8,3%) оперованих. У 6 (3,3%) хворих торакопластика виконана з метою забезпечення відповідності плевральної порожнини оперованій легені після її комбінованої резекції з приводу циротичного туберкульозу. У 9 (5%) хворих торакопластику виконували без резекції легені як симультанне втручання до плеврэктомії: у 4 (2,2%) — після тотальної, у 5 (2,8%) — часткової плеврэктомії (табл. 3).

Пластику діафрагми в усіх хворих виконували з використанням власних тканин за її ненавмисного пошкодження під час видалення плеврального мішка.

Вже після повного пробудження, через кілька годин, хворі відзначали "зникнення обруча" навколо грудної клітки, полегшення дихання; можливість зробити вдих "на повні груди". У найближчому післяопераційному періоді загальний стан хворих поступово покращувався.

У 6 (3,3%) хворих після операції легень не виповнювала плевральну порожнину у її склепінні. З огляду на це, нами виконана передньо—верхня торакопластика у власній модифікації обсягом до 3—4 ребер, що давало можливість привести об'єм склепіння грудної порожнини у відповідність за об'ємом резектованої легені.

В усіх хворих за даними мікроскопії мазка (дворазово!) МБТ не виявлені. Загострення легеневого туберкульозу у найближчому післяопераційному періоді до виписування хворого не було.

Як правило, пацієнтів виписували після завершення основного курсу антибактеріальної терапії (60—65 діб), подовжений режим лікування проводили амбулаторно протягом 4—6 міс з використанням трьох, а потім двох протитуберкульозних препаратів.

Поєднання ХТП і туберкульозу легень може бути наслідком ускладнення туберкульозу легень специфічним плевритом або нелікованим чи недостатньо лікованим туберкульозом плеври як процесу, який у більшості спостережень має дисемінований генез. Отже, у цих хворих (група порівняння) внутрішньогрудний туберкульоз (легень чи плеври) діагностували раніше, проте, з огляду на "неорганізованість" хворих, медичні працівники "не змогли" забезпечити належний режим антибактеріальної терапії, внаслідок чого процес прогресував у напрямку формування плевриту та його переходу у хронічний, що й потребувало виконання симультанних хірургічних втручань. В інших хворих туберкульоз легень і плеври виявляли одночасно вже на етапі переходу у ХТП.

З огляду на поєднаність туберкульозу плеври і легень, хірургічне втручання в усіх хворих було симультанним. Виконання плеврэктомії забезпечувало видалення фіброзно переродженого плеврального мішка, що попереджало гіпертонію у малому колі кровообігу і формування легеневого серця. Супутні операції — різні види резекції легень та колапсхірургічні втручання — забезпечували усунення МБТ, що мало протиепідемічне значення і свідчило про санацію легень.

Перспективи подальших досліджень: системне впровадження у життя симультанних хірургічних

втручань з приводу туберкульозу легень у поєднанні з ХТПІ дасть змогу своєчасно встановлювати показання до їх виконання, значно полегшить перебіг операції, збереже матеріальні ресурси як хворих, так і фтизіатричних медичних закладів, сприятиме санації джерела інфекції, яким є хворий, у якого виділяють МБТ, що важливо у протиепідемічному відношенні.

ЛІТЕРАТУРА

1. Фещенко Ю. І. Санітарно—освітня робота з туберкульозу / Ю. І. Фещенко, В. М. Мельник, М. В. Береговий. — К.: Медицина, 2008. — 190 с.
2. Dionemann H. Das Pleuraempyem: Stadiengeschichte Behandlung und Ergebnisse / H. Dionemann, M. Zitzelsberges, L. Sunderplassman // Acta Chir. Austr. — 1987. — Bd, N. 2. — S.157 — 159.
3. Семенов Ю. Л. Плевриты / Ю. Л. Семенов, А. Е. Горбулин. — К.: Здоров'я, 1983. — 181 с.
4. Дужий І. Д. Хірургія туберкульозу легень і плеври / І. Д. Дужий. — К.: Здоров'я, 2003. — 358 с.
5. Пат. України на корисну модель 39807. МПК А611317/00. Спосіб вибору показань до оперативного лікування хворих на хронічний плеврит / І. Д. Дужий, І. Я. Гресько, С. О. Чумак. — № u2200812565; заявл. 27.10.08; опубл. 10.03.09. Бюл.№5.
6. Наумов В. Н. Состояние и перспективы фтизиохирургии в СССР / В. Н. Наумов, В. П. Стрельцов // Материалы XI съезда врачей—фтизиатров. — СПб., 1992. — С. 17.
7. Стрельцов В. П. Плеврэктомия и декортикация при хроническом плеврите и эмпиеме плевры / В. П. Стрельцов, В. В. Скорняков // Пробл. туберкулеза. — 2001. — № 9. — С. 37 — 40.
8. Дифференциальная диагностика плевральных выпотов / В. А. Соколов, А. В. Савельев, С. Ю. Красноборова [и др.] // Променева диагностика і променева терапія. — 2001. — № 3. — С. 24 — 28.
9. Дужий І. Д. Труднощі діагностики хвороб плеври / І. Д. Дужий. — Суми: ТОВ Мрія—1, 2008. — 560 с.
10. Ячник А. І. Хронічне легеневе серце / А. І. Ячник, Л. Н. Приступа. — Суми: Вид—во СумДУ, 2009. — 50 с.
11. Хронічне легеневе серце / В. К. Гаврисюк, А. І. Ячник, М. І. Гумєнюк [та ін.]. — К., 2006. — 26 с.



ЗМІСТ

- 3-53 **Рани й виразки, ранова інфекція, стопа діабетика. Пластика та електровварювання живих тканин**
XII щорічна науково-практична конференція з міжнародною участю.
Матеріали коференції

ПРОБЛЕМИ ЗАГАЛЬНОЇ ХІРУРГІЇ

- 54-58 **Бойко В. В., Иванова Ю. В.**
Повышение эффективности стартовой антибактериальной терапии интраабдоминальных инфекций
- 59-61 **Вансович В. Є., Ільїна-Стогнієнко В. Ю.**
Ефективність застосування тіопоеитинів в комплексі лікування гострої спайкової непрохідності кишечника у хворих при порушенні функції печінки
- 62-64 **Сухін І. А., Соснін М. Д., Бойко А. І., Білиловець О. М., Кочерга Н. В.**
Клінічне використання гармонічних скальпелів різного типу в лапароскопічній хірургії
- 65-68 **Косован В. Н.**
Прогностические факторы риска возникновения параколостомных осложнений
- 69-72 **Дужий І. Д., Глазунова Н. І., Ель-Асталь Р. З., Піддубна Г. П.**
Симультанні втручання з приводу туберкульозу легень, поєданого з хронічним туберкульозним плевритом

- 3-53 **Wounds, ulcers, wound infection, diabetic foot. Plastic and electric welding of living tissues**
XII annual scientific—practical conference with international participation.
Materials of conference

GENERAL PROBLEMS OF SURGERY

- 54-58 **Boyko V. V., Ivanova Yu. V.**
Raising of efficacy of the start antibacterial therapy for intraabdominal infections
- 59-61 **Vansovich V. E., Ilyina-Stogniyenko V. Yu.**
Efficacy of application of thiopoeitines in complex of treatment of an acute adhesive ileus in patients with hepatic function disorder
- 62-64 **Sukhin I. A., Sosnin M. D., Boyko A. I., Bilylovets O. M., Kocherga N. V.**
Clinical application of harmonic scalpels of various types in laparoscopic surgery
- 65-68 **Kosovan V. N.**
The risk predictive factors for paracolostomal complications occurrence
- 69-72 **Duzhiy I. D., Glazunova N. I., El-Astahl R. Z., Pidubna G. P.**
Simultant interventions for pulmonary tuberculosis, concomitant with the chronic tuberculosis pleuritis