

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

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

Пневмоперитонеум у комплексному лікуванні хворих на хіміорезистентний туберкульоз легень

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

Ternopil State Medical University by I. Ya. Horbachevsky, Ternopil Regional Antituberculous Dispensary

PNEUMOPERITONEUM IN COMPLEX TREATMENT OF PATIENTS WITH CHEMORESISTANT PULMONARY TUBERCULOSIS

У статті показана, в окремих випадках, доцільність застосування пневмоперитонеуму в комплексній терапії хворих на хіміорезистентний туберкульоз легень.

The article shows, in some cases, the expediency of using pneumoperitoneum in the complex treatment of patients with chemoresistant pulmonary tuberculosis.

Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень та публікацій. Однією із важливих особливостей туберкульозу та його патогенезу в сучасних умовах є значне почастищення кількості хворих із медикаментозною резистентністю збудника. Поява стійкості до антимікобактеріальних препаратів (АМБП) мікобактерій туберкульозу є закономірним явищем, основним біологічним законом, який проявляється пристосуванням мікобактерій до зовнішнього середовища [1, 2]. Розповсюдженість медикаментозної стійкості відображає якість лікування хворих на вперше діагностований туберкульоз легень (ВДТБЛ). Первинна медикаментозна резистентність – показник неякісного лікування хворих на туберкульоз у минулому, вторинна – на даний момент. Наростання лікарської стійкості приводить до погіршення показників лікування, збільшення резервуару бактеріовиділювачів, що є надто тривожним епідеміологічним сигналом [3, 4].

При застосуванні стандартного режиму хіміотерапії HRS(E)Z у вперше діагностованих хворих на туберкульоз легень позитивна клінічна динаміка проявляється через 2 тижні, рентгенологічна – через 1 місяць, бактеріологічна – через 1,5–2 місяці. Якщо через 4 тижні клінічний стан хворого з деструктивним процесом не поліпшується, необхідно провести рентгенологічне дослідження. У випадку відсутності позитивної рентгенологічної динаміки або її погіршення потрібно запідозрити медикаментозну резис-

тентність і провести корекцію лікування, включивши два нових препарати з метою запобігання селекції резистентних штамів. Остаточну корекцію лікування проводять через 2–2,5 місяці після отримання даних тесту визначення медикаментозної чутливості МБТ на твердому середовищі Левенштейна-Йенсена [5, 6]. “Золотим стандартом” виявлення стійкості МБТ до АМБП є уніфікований культуральний метод визначення медикаментозної чутливості МБТ до АМБП на твердому живильному середовищі Левенштейна-Йенсена, визнаного ВООЗ як міжнародний стандарт. Як безпосередні, так і віддалені результати лікування хворих із хіміорезистентним туберкульозом значно гірші порівняно з пацієнтами, у яких МБТ чутливі до хіміопрепаратів [7, 8]. Проте застосування штучного пневмотораксу, пневмоперитонеуму чи оперативного втручання в комплексній терапії медикаментозно-резистентного деструктивного туберкульозу суттєво підвищує ефективність лікування [9].

Мета роботи: враховуючи зазначені труднощі, великі матеріальні затрати та надзвичайно низьку ефективність лікування хворих на мультирезистентний туберкульоз легень, ми хотіли привернути увагу до такого давнього допоміжного способу лікування, як пневмоперитонеум.

Матеріали і методи. Пневмоперитонеум – процедура порівняно проста, доступна, дешева.

Механізм дії пневмоперитонеуму полягає в тому, що введення в черевну порожнину повітря обмежує рухи діафрагми, частково іммобілізує хвору легеню, сприяє лімфо- і гемостазу в ураженій ділянці та покращує артеріалізацію крові, а також введене повітря викликає вісцеро-вісцеральний рефлекс, легень частково спадається під впливом підняття діафрагми. Техніка накладення пневмоперитонеуму не складна, але потребує дотримання певних умов. Техніка накладення і ведення пневмоперитонеуму: після попереднього випорожнення кишечника і сечового міхура в лежачому положенні на спині повільно пошарово вводять голку по лівому краю прямого м'яза живота на 2–3 см нижче пупка. Повітря в черевну порожнину вводять за допомогою звичайного пневмотораксного апарата. Перший раз вводять 400–500 мл повітря, через 2–3 дні ще 500 мл. У подальшому повторні введення (700–800 мл) проводять через 7–10 днів. Ускладнення бувають досить рідко (підшкірна чи медіастинальна емфізема, перфорація органів черевної порожнини, повітряна емболія).

Результати досліджень та їх обговорення.

У теперішній складній епідеміологічній ситуації щодо туберкульозу пневмоперитонеум, в окремих випадках, повинен знайти своє місце в комплексному лікуванні хворих на туберкульоз легень. Це, передусім, при хіміорезистентному туберкульозі, непереносимості антимікобактеріальних препаратів, легеневиx кровохарканнях та кровотечах, інколи перед операцією пульмонектомії чи нижньої лобектомії, зокрема при наявності порожнин з еластичними стінками, особливо розміщених у середніх та нижніх відділах легень. У таких перелічених випадках доцільним є пневмоперитонеум у післяпологовому періоді з метою запобігання прогресуванню туберкульозного процесу. Тривалість пневмоперитонеуму індивідуальна, проте не менше 4–6 місяців після загоєння порожнини розпаду.

З огляду на позитивний вплив пневмоперитонеуму, зокрема при комплексному лікуванні хворих на мультирезистентний туберкульоз легень, наводимо декілька клінічних спостережень.

Спостереження 1. Хворий Б., 45 років, інвалід III групи. Медична карта № 584. Прийнятий на стаціонарне лікування 12.05.2009 р. зі скаргами на кашель із виділенням мокротиння, біль у горлі, поганий апетит, схуднення.

Об'єктивно: справа над нижнім відділом легень вологі, переважно середньоміхурчасті хрипи. На рентгенограмі у верхніх легеневиx полях на фоні помірно вираженого пневмосклерозу вогнищеві тіні середньої та малої інтенсивності. Справа в нижньо-

му легеневому полі інфільтративна тінь із порожниною розпаду діаметром 3,5 см, навколо вогнищевість переважно малої інтенсивності. Реберно-діафрагмальні синуси вільні. Серцева тінь у межах норми.

Аналіз крові: еритроцити – $3,1 \cdot 10^{12}/л$, гемоглобін – 89 г/л, лейкоцити – $9,7 \cdot 10^9/л$, е – 3, п – 6, с – 62, л – 16, м – 13, ШОЕ – 17 мм/год. Мікроскопічно і бактеріологічно МБТ (+) стійкі до препаратів першого та другого ряду.

Клінічний діагноз: МРТБЛ (14.05.09) нижньої частини правої легені (інфільтративний), Дестр+ МБТ+ М+ К+ Гіст 0 Резист+ (I, II), Кат 4 Ког 2 (2009). Лікування після невдачі другого курсу хіміопрепаратами I та II ряду. Проводилась підготовка до оперативного втручання. 7.10.09 р. застосований пневмоперитонеум. Через 6 місяців комплексної терапії загальний стан хворого значно покращився, через 8 місяців після застосування пневмоперитонеуму порожнина розпаду закрилась, припинилося бактеріовиділення.

23.09.10 р. встановлено діагноз: МРТБЛ (14.05.09) нижньої частини правої легені (розсмоктування, ущільнення). Дестр- МБТ- М- К-. Кат 4 Ког 2 (2009). 04.02.11 р. у задовільному стані хворий виписаний додому.

Отже, застосування пневмоперитонеуму на фоні лікування резервними хіміопрепаратами сприяло стійкому припиненню бактеріовиділення та загоєнню порожнини розпаду, тобто привело до видужання.

Спостереження 2. Хвора О., 27 років. Вперше діагностований вогнищевий туберкульоз легень у жовтні 1998 р. Лікувалась 4 місяці стаціонарно і 2 амбулаторно препаратами I ряду. В 2000 і 2001 роках – загострення туберкульозного процесу. Лікування амбулаторне було малоефективним. Із 01.12.2001 до 14.10.2004 р. декілька разів стаціонарне лікування з приводу інфільтративного туберкульозу нижньої частки лівої легені у фазі розпаду. МБТ (+) стійкі до всіх препаратів I та II ряду.

Рентгенологічно в S_1-S_2 обох легень вогнищеві тіні переважно середньої інтенсивності. Зліва в S_6 інфільтративні та вогнищеві зміни і порожнина розпаду розміром 2×1 см. Лікування: амікацином (141,0 г), левофлоксацином (91,0 г), мікобутином (20,0 г), протіонамідом (59,25 г), фромлідом (81,35 г), етамбутолом (138,4 г) пefлоксацином (134,8 г), рифабутином (39,45 г); вітамінотерапія, гепатопротекторна і загальнозміцнювальна терапія. У результаті такої масивної терапії стан хворої покращився, значно зменшилися явища туберкульозної інтоксикації, проте припинення бактеріовиділення і загоєння деструкції не настало. З метою посилення репаративних процесів 13.01.04 р. застосовано пневмо-

перитонеум. У результаті шестимісячної поліхіміо-терапії із резервних і основних препаратів + пневмоперитонеум досягнуто стійке припинення бактеріовиділення і загоєння порожнини розпаду.

Таким чином, тривала поліхіміотерапія в поєднанні з пневмоперитонеумом (10 місяців) привела до видужання.

Висновки. 1. На підставі літературних джерел і власного досвіду слід реанімувати пневмоперитонеум як один із допоміжних методів лікування хворих на деструктивний мультирезистентний туберкульоз легень при непереносимості антимікобактеріальних препаратів, легеневих геморагіях, в

післяродовому періоді і, передусім, при збереженні еластичності стінок порожнин, їх переважній локалізації в середніх та нижніх відділах легень.

2. Тривалість застосування пневмоперитонеуму індивідуальна, в середньому 4–6 місяців після припинення бактеріовиділення та закриття порожнини розпаду.

3. Техніка накладення пневмоперитонеуму не складна, доступна, і нею повинен володіти не лише фтизіохірург, а й фтизіатр, хоча б вищої категорії. Обласні та районні диспансери потрібно забезпечити пневмотораксними апаратами, оскільки необхідність у їх застосуванні в подальшому, на нашу думку, буде зростати.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Белянин И. И. Снижение устойчивости микобактерий к противотуберкулёзным препаратам в эксперименте и клинике (ближайшие и отдалённые результаты) / И. И. Белянин, Е. И. Шмелев // Проблемы туберкулёза и болезней лёгких. – 2007. – № 2. – С. 31–37.
2. Діагностика стійкості мікобактерій туберкульозу до фторхінолонів / О. К. Асмолов, Н. А. Левицька, В. В. Ніколаєвський, Ю. І. Бажора // Український хіміотерапевтичний журнал. – 2004. – № 1–2. – С. 44–47.
3. Furin I. The Clinical Management of Drug-Resistant Tuberculosis / I. Furin // Current Opinion in Pulmonary Medicine. – 2007. – Vol. 13, № 3. – P. 212–217.
4. Зюзя Ю. Р. К вопросу о морфологической диагностике лекарственно-устойчивого туберкулёза лёгких / Ю. Р. Зюзя // Проблемы туберкулёза и болезней лёгких. – 2006. – № 10. – С. 56–60.
5. Фещенко Ю. І. Хіміорезистентний туберкульоз / Ю. І. Фе-

- щенко, В. М. Мельник, А. В. Коблянська. – К. : Здоров'я, 2003. – 136 с.
6. Фещенко Ю. І. Фтизіоепідеміологія / Ю. І. Фещенко, В. М. Мельник. – К. : Здоров'я, 2004. – 624 с.
7. Худушина Т. А. Лекарственная устойчивость микобактерий туберкулёза у впервые выявленных больных туберкулёзом лёгких / Т. А. Худушина // Проблемы туберкулёза и болезней лёгких. – 2005. – № 12. – С. 37–39.
8. Espinal M. A. Global situation of MDR-TB // 4-th World Congress of tuberculosis: Abstract book / M. A. Espinal. – Washington, DC, USA, 2002. – P. 3.
9. Искусственный пневмоперитонеум в комплексном лечении больных туберкулёзом лёгких, выделяющих лекарственно-устойчивые микобактерии туберкулёза / Т. Р. Багдасарян, И. А. Васильева, А. Т. Сигаев, В. И. Чуканов // Проблемы туберкулёза и болезней лёгких. – 2006. – № 8. – С. 23–25.

Отримано 10.06.11