

УДК 616.24-002.5-089

©П'ятночка І. Т., Корнага С. І., Довбуш Ю. В., Цибуляк В. Є., Білик С. О., Пелехат В. С., Корнага Н. В.

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

## ХІРУРГІЧНЕ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ТУБЕРКУЛЬОЗ ЛЕГЕНЬ

ХІРУРГІЧНЕ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ТУБЕРКУЛЬОЗ ЛЕГЕНЬ – В статті представлено результати аналізу характеру хірургічних втручань у хворих на туберкульоз легень за останні 20 років, а також намічені шляхи щодо їх оптимізації на сучасному етапі.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ – В статье представлены результаты анализа характера хирургических вмешательств у больных туберкулезом легких за последние 20 лет, а также намечены пути их оптимизации на современном этапе.

SURGICAL TREATMENT OF PATIENTS WITH LUNG TUBERCULOSIS – The paper presents an analysis of the nature of surgical interferences in patients with lung tuberculosis in the last 20 years, and the ways of their optimization today.

**Ключові слова:** туберкульоз легень, хірургічне лікування.  
**Ключевые слова:** туберкулез легких, хирургическое лечение.

**Key words:** pulmonary tuberculosis, surgical treatment.

**ВСТУП** Основним методом лікування хворих на туберкульоз легень є антимікобактеріальна терапія – один із найвагоміших заходів боротьби з цією недугою, оскільки завдякивилікуванню хворих ліквідуються джерела інфекції та поліпшується епідеміологічна ситуація з туберкульозу. В сучасних умовах важливе місце займає комплексне, диференційоване лікування, починаючи з моменту встановлення діагнозу й до досягнення клінічного видужання. Лікування хворих на туберкульоз складається з двох етапів – основний курс хіміотерапії та реабілітації після основного курсу хіміотерапії [1].

Хірургічне лікування хворих на туберкульоз легень є складовою частиною комплексного лікування, спрямованого на усунення основного джерела інфекції та запобігання подальшого прогресування. В теперішніх умовах невинного зростання епідемії туберкульозу роль хірургічного лікування зростатиме. До того ж стійкість мікобактерій туберкульозу до протитуберкульозних препаратів не є протипоказанням до операції [2].

Хірургічне лікування в поєднанні з антимікобактеріальною терапією приводить до видужання у 85-90 % хворих із тяжкими формами туберкульозу легень [3]. Найперспективнішими в разі обмеженого туберкульозного процесу є резекція частини легень (клиноподібна або крайова резекція, сегментектомія, лобектомія), обсяг яко визначається анатомічними межами процесу [4]. Сучасні досягнення легеневої хірургії дозволяють оперувати дітей, підлітків, дорослих і людей похилого віку. Тому вікові показники не повинні бути протипоказанням до необхідного хірургічного втручання.

Абсолютними показаннями до хірургічного лікування є:

- 1) стійке бактеріовиділення після шестимісячної антимікобактеріальної терапії при наявності каверн;
- 2) некурабельні залишкові зміни – бронхоектази, зруйнована частка (легеня), виражений стеноз бронха;

3) підозра на поєднання туберкульозу із злоякісними новоутвореннями;

4) великі фіброзно-казеозні вогнища (туберкулома, кезеоми) без

бактеріовиділення з епідеміологічних міркувань (працівники дитячих закладів).

Оптимальні терміни для хірургічного лікування хворих на туберкульоз легень на тлі етіопатогенетично терапії становлять 3–9 місяців. Отже, хворі мають можливість отримати повний основний курс антимікобактеріальної терапії, неефективність якої служить показанням до хірургічного втручання, яке бажано проводити у фазі ремісії та компенсації туберкульозного процесу. При невідкладних показаннях (легенева кровотеча, напружений пневмоторакс), гостра фаза туберкульозного процесу, як і стійкість мікобактерій до протитуберкульозних препаратів, не повинна бути перешкодою до хірургічного лікування симптомів, що загрожують життю хворого [2, 5].

Метою дослідження стало з'ясувати в динаміці структуру хворих і характер хірургічних втручань з приводу туберкульозу легень за останні два десятиріччя.

**МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ** За останні 20 років (1991–2010 рр.) в обласному протитуберкульозному диспансері прооперовано 370 хворих з приводу туберкульозу легень і плеври. Пацієнтів чоловічої статі було 279 (75,4 %) віком від 14 до 68 років, жіночої – 91 (24,6 %) віком від 12 до 54 років. Загалом, середній вік хворих чоловічої статі становив 39,4 роки, жіночої – 30,9 років. Мешканців села було 225 (60,8 %), міста – 145 (39,2 %) пацієнтів.

За типом туберкульозного процесу хворих поділили таким чином: ВДТБЛ був у 142 (38,4 %), РТБЛ – 79 (21,4 %) і ХТБЛ – 149 (40,3 %) осіб.

Динаміку і характер хірургічних втручань аналізували окремо по п'ятиріччя і десятиріччя. Цифровий матеріал піддавали статистичній обробці з врахуванням показника достовірності.

**РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕНЬ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ** Результати аналізу показали, що із загальної кількості прооперованих (370 хворих) осіб жіночої статі було 24,6 %. Це співзвучно із захворюваністю жінок в загальній структурі хворих на туберкульоз легень. Проте слід відмітити, що за останні десять років намітилась тенденція почастищення хірургічного лікування хворих жіночої статі. В 1991–2001 роках х було прооперовано 37 (22,8 %), в 2001–2010 роках – 54 (26,0 %), ( $p > 0,05$ ). Загальний середній вік хворих жінок становив 30,9 років порівняно з пацієнтами чоловічої статі 39,4 роки ( $p < 0,05$ ). Це слід пояснити тим, що жінки більш відповідально ставились до свого здоров'я, сім'ї, до того ж у них туберкульозний процес був менш занедбаний. Чого не можна сказати про пацієнтів-

чоловіків. За останні десятиріччя також намітилась тенденція почастішання оперативного втручання серед мешканців сільсько місцевості відповідно 97 (59,9 %) і 128 (61,5 %), ( $p > 0,05$ ). Це також співзвучно з почастішанням туберкульозу серед сільського населення порівняно з міським. Загалом, хірургічна активність у другому десятиріччі вірогідно зросла, порівняно з першим, відповідно 208 (56,2 %) і 162 (43,8 %), ( $p < 0,05$ ). Зокрема, серед вперше діагностованих відповідно: 55 (38,5 %) і 88 (61,5 %), ( $p < 0,05$ ). Завдяки більш своєчасному хірургічному втручання запобігали формуванню поширених хронічних форм туберкульозу. Позитивним є і те, що в другому десятиріччі зросла частота оперативних втручань з приводу ХТБЛ, відповідно 80 (53,4 %) і 69 (46,6 %), ( $p > 0,05$ ). Оскільки хворі на хронічні деструктивні форми туберкульозу є основним джерелом туберкульозно інфекції і до того ж, часто мультирезистентними.

Структура клінічних форм туберкульозу легень, з приводу яких було проведено хірургічне втручання по п'ятиріччях, представлена в таблиці 1.

Як видно з таблиці 1, найчастіше хірургічне лікування застосовували у пацієнтів з туберкульозами легень. Це передусім зумовлено тим, що антимікобактеріальна терапія при туберкульозах легень малоефективна, оскільки казеозні маси позбавлені судинно сітки і потрапляння препаратів у казеозні маси затруднено. Видалення туберкульозами легень попереджує рано чи пізно тяжкі форми туберкульозу. До того ж, часто спостерігаються об'єктивні труднощі диференційно діагностики з раком, що нерідко приводить до значних помилок. Все це є доказом того, що потрібно розширяти показання до економних резекцій легень у пацієнтів з туберкульозами, не застосовуючи необґрунтовано тривалу хіміотерапію.

Стосовно, передусім, фіброзно-кавернозного та інфільтративного туберкульозу легень у фазі розпаду, то хірургічне лікування повинно застосовуватися значно ширше. Однак частота використання хірургічних втручань залежить не лише в необоротності орга-

нічних, деструктивних процесів, а і від, доволі часто, хіміорезистентності мікобактерій туберкульозу до антимікобактеріальних препаратів.

Згідно з проведеним аналізом динамічна структура хірургічних втручань за останні 20 років суттєво змінилася. Так, в I десятиріччі прооперовано хворих з туберкульозами 65 (40,1 %), у II – 81 (38,9 %); з фіброзно-кавернозним туберкульозом легень відповідно 55 (34,4 %) і 81 (30,3 %); інфільтративним туберкульозом легень у фазі розпаду – 18 (11,1 %) і 32 (13,4 %). Наведені дані свідчать про те, що у II десятиріччі дещо зросла хірургічна активність лікування хворих на інфільтративний туберкульоз легень у фазі розпаду. Це зумовлено несвоєчасним виявленням туберкульозу, більшою частотою мультирезистентності й, як наслідок, недостатньою ефективністю консервативного лікування. Тривожним є і зниження частоти операцій з приводу фіброзно-кавернозного туберкульозу легень, основного джерела туберкульозно інфекції із значною частотою стійких мікобактерій до антимікобактеріальних препаратів.

Залежно від типу, клінічно форми туберкульозу легень застосовували різні види хірургічних втручань, що приведено в таблиці 2.

З наведеної таблиці 2 видно, що за останнє десятиріччя значно зменшилася кількість пульмонектомій з 13,6 % до 3,8 % ( $p < 0,05$ ); лобектомій відповідно: 31,5 % і 22,1 % ( $p < 0,05$ ), в той же час значно зросла кількість найекономніших резекцій (клиноподібних чи крайових резекцій, сегментектомій) з 43,8 % до 60,6 % ( $p < 0,05$ ). Це позитивна сторона хірургічного лікування. Однак наявна значна кількість хворих на хронічні деструктивні форми туберкульозу легень не співзвучні з частотою проведених хірургічних втручань. Є невідповідність і в районах області, в яких є багато хворих на хронічний деструктивний туберкульоз легень, а хірургічна активність доволі низька. Це свідчить про недостатнє усвідомлення деякими фтизіатрами доцільності хірургічного лікування в загальному комплексі хворих на туберкульоз легень. Тут, на нашу думку, по-

Таблиця 1. Клінічні форми туберкульозу легень

Клінічна форма	Роки				Разом
	1991-1995	1996-2000	2001-2005	2006-2010	
Туберкульоза	32 (40,5 %)	34 (41,0 %)	31 (29,8 %)	50 (48,1 %)	147 (39,7 %)
Фіброзно-кавернозна	24 (30,4 %)	31 (37,3 %)	44 (42,3 %)	19 (18,3 %)	118 (31,9 %)
Інфільтративна	9 (11,4 %)	9 (10,8 %)	15 (14,4 %)	17 (16,3 %)	50 (13,5 %)
Дисемінована	3 (3,8 %)	1 (1,2 %)	5 (4,8 %)	4 (3,8 %)	13 (3,5 %)
Хронічна туб. емпієма	4 (5,1 %)	3 (3,6 %)	2 (1,9 %)	11 (10,6 %)	20 (5,4 %)
Інші	7 (8,9 %)	5 (6,0 %)	7 (6,7 %)	3 (2,9 %)	22 (5,9 %)
Всіх	79 (100 %)	83 (100 %)	104 (100 %)	104 (100 %)	370 (100 %)

Таблиця 2. Види хірургічних втручань (1991-2010 рр.)

Вид операції	Роки		Разом
	1991-2000	2001-2010	
Пульмонектомія	22 (13,6 %)	8 (3,8 %)	30 (8,1 %)
Лобектомія	51 (31,5 %)	46 (22,2 %)	97 (26,2 %)
Сегментектомія	71 (43,8 %)	126 (60,6 %)	197 (53,2 %)
Торакопластика	5 (3,1 %)	8 (3,8 %)	13 (3,5 %)
Плевректomia (декорткація)	3 (3,7 %)	15 (7,2 %)	21 (5,7 %)
Інші	7 (4,3 %)	5 (2,4 %)	12 (3,3 %)
Всіх	162 (100 %)	208 (100 %)	370 (100 %)

винні відігравати важливу роль постійно діючі семінари щодо місця і значення оперативних втручань у загальному комплексі лікування хворих на туберкульоз легень на сучасному етапі боротьби з туберкульозом.

У частини (3,8 %) хворих пульмонектомія, рідше лобектомія, була доповнена частковою коригуючою торакопластиком чи застосуванням пневмоперитонеуму з метою швидшої ліквідації післяопераційно порожнини. За останнє десятиріччя почастишали оперативні втручання (з 3,7 % до 7,2 %) типу плевректомі (декортікації), що передусім зумовлено недостатнім лікуванням туберкульозних плевритів чи емпієм.

На завершення слід відмітити, що хірургічна активність в області вимагає активізації та оптимізації. Перш за все, фтизіатри повинні бути усвідомлені в доцільності та ефективності хірургічних методів лікування хворих на туберкульоз легень, зокрема, при обмежених деструктивних формах туберкульозу легень і мультирезистентності. Такі хворі як і пацієнти з туберкульозом легень взагалі повинні обов'язково консультуватися фтизіохірургом після завершення інтенсивно фази терапії з метою відбору х на хірургічне лікування.

**ВИСНОВКИ** 1. Хірургічне лікування є однією з важливих складових комплексно терапії хворих на туберкульоз легень на сучасному етапі боротьби з туберкульозом.

2. Своєчасне застосування оперативного втручання є найперспективнішим, оскільки воно більш економічне (економічна резекція легень) і економічно вигідним з погляду необґрунтовано тривало антимікобактеріально терапії.

3. Недоліком хірургічного лікування в області є доволі низька хірургічна активність хворих на хронічний деструктивний туберкульоз легень – основне джерело туберкульозно інфекції, до того ж, часто хіміорезистентний.

#### СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Пульмонологія та фтизіатрія [Текст]: підручник у 2-х т.; за ред. Ю. І. Феценка, В. П. Мельника, І. Г. Ільницького. – Київ, Львів : Атлас, 2009. – 1336 с.
2. Туберкульоз органів дихання: руководство для врачей / А. Г. Хоменко, М. М. Авербах, А. В. Александрова и др.; под ред. А. Г. Хоменко. – 2-е изд., перераб. и доп. – М. : Медицина, 1988. – 576 с.
3. Петренко В. И. Фтизиатрия : учебник [Текст] / В. И. Петренко. – К. : Медицина, 2008. – 488 с.
4. Феценко Ю. І. Туберкульоз: організація діагностики, лікування, профілактики та контролю за смертністю [Виробниче видання] / Ю. І. Феценко, В. М. Мельник, Л. В. Турченко, А. В. Лірник. – К. : Здоров'я, 2010. – 448 с.
5. П'ятночка І. Т. Туберкульоз [Текст]: підручник / І. Т. П'ятночка, С. І. Корнага, Л. А. Грищук та ін. – Тернопіль, ТДМУ, 2005. – 280 с.

Отримано 04.05.11