

ПРО ВПЛИВ РЕЗЕКЦІЇ ЛЕГЕНЬ НА ПОКРАЩЕННЯ ЕПІДЕМІОЛОГІЧНОГО СТАНУ З ТУБЕРКУЛЬОЗУ НА ЗАКАРПАТТІ

Шимко Е.П., Донченко В.Л., Немеш А.А.

Туберкульоз легень і надалі залишається серйозною медикобіологічною та соціально-економічною проблемою охорони здоров'я. На фоні погіршення епідеміологічної обстановки з туберкульозу за останні роки [1, 2, 3, 4] важлива роль відводиться пошуку нових джерел розповсюдження інфекції та їх ефективна санація.

Нами поставлене завдання визначити роль та значення хірургічного етапу в комплексній терапії туберкульозу органів дихання та його вплив на епідеміологічні показники по туберкульозу. Для цього проаналізовано матеріали практичної діяльності Закарпатського облтубдиспансера за останні шість років. Хірургічний етап лікування представлено головним чином економними резекціями легень, що склали 57 відсотків від усіх хірургічних втручань. Економною резекцією вважається видалення частки легені в об'ємі 1-2 сегментів.

Економні резекції легень виконано у 184 хворих переважно віком від 20 до 60 років, 146 чоловіків та 38 жінок найбільш працездатного віку, в середньому віком до 50 років їх нараховувалось 80%. По клінічним формам з інфільтративним туберкульозом легень було 57, туберкульозами – 52, дисемінованим та фіброзно-кавернозним туберкульозом – 62, у 13 хворих верифікація діагноза встановлена після операції.

Із загальної кількості у 3 пацієнтів проведено двобічні послідовні операції та ще 2 хворих прооперовано на боці більшого ураження легені при початково планованому двобічному втручанні. Одночасний перебіг туберкульозу та цукрового діабету середньої важкості спостерігався у 4 хворих та одного хворого з наявністю повторної легеневої кровотечі прооперовано по життєвим показанням.

Слід відмітити, що за останні роки зросла відповідальність фтизіатрів в розділі диференціальної діагностики між туберкульозом легень та іншою патологією органів дихання. З'явилися певні труднощі для своєчасного виявлення та встановлення етіологічного фактору бронхо-легеневого процесу, пов'язані клінічним патоморфозом хвороб. Тому у випадках відсутності повної переконаності в доопераційному діагнозі, нами видалені частки легень досліджувались гістологічно та бактеріологічно.

При цьому встановлено, що у 18 пацієнтів доопераційний діагноз не відповідав післяопераційному, який ґрунтувався на підставі гістологічних та бактеріологічних досліджень видаленої частки легень. Зокрема, у 5 хворих початково діагностовано пухлинний процес, а пізніше згідно з результатами проведених досліджень, доказано наявність туберкульозних уражень, які можна назвати, як псевдотуморозні. В групі хворих із 13 чоловік до операції чітко висловлювалась думка про туберкульозну природу уражень та деякі з цих хворих протягом тривалого часу безуспішно лікувались туберкулостатичними препаратами. Спільною скіалогічною ознакою у них являлась наявність округлої тіні в легенях, а гістологія стверджувала про існування пухлини. Частота діагностики пухлин нарастає паралельно збільшенню віку хворих. Так, у віці до 30 років вони встановлювались у 2 із 85 (2.4%) хворих, від 31 до 51 у 5 із 82 (6.1%) та понад 51 рік у 6 із 17 (35.3%) хворих, що статистично достовірно ($P < 0.01$).

Наші матеріали доводять, що на ранніх етапах свого розвитку периферійний рак так само, як і туберкульоз, характеризується малосимптомністю клінічного перебігу кашлем, задишкою, кровохарканням, слабкістю, адинамією, похуданням та ін. Вирішальними ознаками на користь пухлини були: а) зміщення органів середостіння в сторону ураження; б) ретракція куполу діафрагми; в) звуження або відсутність контурів долевих бронхів в зоні розташування патології; г) поява злоякісних атипових клітин в бронхіальному секреті, д) високий вміст циркулюючих імунних комплексів в крові. Слід зауважити, що хворі з так званими округлими тінями в легенях повинні по можливості без затяжного дообстеження спрямовуватись на радикальне втручання, що одночасно вирішує протитуберкульозні та онкологічні завдання.

Таким чином, з приводу туберкульозу був прооперований 171 чоловік. Серед них хворих з вперше виявленими формами хвороби було 114 та 57 повторно лікованих. Мікобактерії туберкульозу визначались в харкотинні методом прямої бактеріоскопії, флотації та посівом, при відсутності секрету досліджувались промивні води бронхів. Повна картина про епідеміологічну небезпеку хворих доповнювалась всебічним бактеріологічним дослідженням видаленої при операції частки патологічно зміненої легені.

З метою встановлення бактеріовиділення кожен хворий підлягав комплексному обстеженню. Дослідження харкотиння та промивних вод бронхів початково проводили не менше трьох разів методом прямої бактеріоскопії, а при від'ємних результатах – методом флотації. Крім того, проводився трьохразовий посів перед початком лікування у вперше діагностованих хворих або при загостреннях і рецидивах процесу, а в період лікування хіміопрепаратами – не рідше одного разу в місяць, як правило, після дводенної перерви у прийомі туберкулостатичних засобів.

Мікобактерії туберкульозу всіма доступними методами (бактеріоскопія, флотація, люмінесцентна мікроскопія, посів) визначались у харкотинні 64 із 114 (54.1%) хворих з вперше виявленим та у 29 із 57 (50.8%) серед повторно лікованих, статистичної різниці не встановлено ($P > 0.2$).

Окремо проаналізовано результати бактеріологічних досліджень взятого при операції матеріалу 78 хворих, у яких до операції встановлювалась стійка абактеріальність, в їх числі 50 хворих з вперше виявленими формами деструктивного туберкульозу легень та 28 повторно лікованих. Дослідження взятої при операції зміненої ділянки легені по методу Ціля-Нільсона дозволило встановити масивне бактеріовиділення у 30 із 50 (60.0%) хворих першої групи та у 14 із 28 (50.0%) другої, тобто з більш тривалим перебігом хвороби. Отже, судячи інтегрально у 44 із 171 (25.7%) хворого бактеріовиділення було встановлене тільки під час операції. Звідси випливає, що співставлення клініко-морфологічних та бактеріологічних даних до і після операції виправдано та доцільне в першу чергу з практичної точки зору. Воно дозволяє поширити нашу уяву про характер патологічного процесу, його бактеріологічну характеристику та прогноз.

Одержані нами матеріали стверджують, що примінення економних резекцій не тільки вирішує питання радикального загоснення хвороби, але одночасно ліквідує місцеве вогнище розповсюдження інфекції, вносить певні корективи в строки та методику диспансерного спостереження за хворими в стаціонарних та амбулаторних умовах.

ЛІТЕРАТУРА

1. Гурецька А.О. Короткострокова хімотерапія хворих деструктивним туберкульозом легень (рецидиви туберкульозу та раніш неефективно ліковані процеси). Автореф. канд.дис., Київ, 1997, 19 с.
2. Фещенко Ю.І. Туберкульоз і неспецифічні захворювання легень – національна проблема охорони здоров'я України. //Український пульмонологічний журнал, 1995, № 1, С.6-9.
3. Фещенко Ю.І., Мельник В.М., Ільницький І.Г., Мясніков В.Г. Лікування туберкульозу. //Київ, 1996, 117 с.
4. Фещенко Ю.Г., Петренко В.М., Черенько С.О. Шляхи покращення виявлення і лікування хворих на туберкульоз органів дихання. //Український пульмонологічний журнал, 1995, № 4, С.5-9.

SUMMARY

INFLUENCE OF ECONOMIC LUNG RESECTIONS UPON EPIDEMIOLOGICAL SITUATION OF TUBERCULOSIS IN TRANSCARPATHIA

Shimko E.P., Donchenko V.L., Nemesh A.A.

Comparative study of clinicomorphological and bacteriological information before and after surgical treatment in 171 patients with various forms of destructive tuberculosis of lung permits additionally for 25.7% of them to discover BK only during the operation. Surgical operation was not only helpful to heal up the patients, but also to eliminate a dangerous local place of infection and to provide the methods and terms of dispensary control after the patients.