

49. Bock A., Herkner K.R. Reticulocyte maturity pattern analysis as a predictive marker of erythropoiesis in paediatrics. Part II: Pilot study for clinical application // *Clinical & Laboratory Haematology*. - 1994. - Vol.16, №4. - P.343-348.
50. Особенности анемии у недоношенных детей / В.И. Вербицкий, В.П. Гераскина, Т.М. Кожухова, И.И. Вельтищева и соавт. // *Актуальные вопросы невынашивания, функциональной незрелости и выхаживания недоношенных: Тез. докл. обл. научно-практ. конф.* - Орел, 1981. - С. 26 – 27.
51. Усоните Я., Нашлюене А. Особенности крови здоровых недоношенных новорожденных детей в периоде адаптации // *Актуальные вопросы теоретической и практической медицины: Тез. докл. научно-практ. конф.* - Вильнюс, 1988. - С. 132-133.
52. Хертл М. Дифференциальная диагностика в педиатрии: В 2 т. / Пер. с нем. - М.: Медицина, 1990. - Т. II. - С. 380 - 395.
53. Байдун Л.В., Логинов А.В. Значение автоматического анализа крови в клинической практике // *Гематология и трансфузиология*. - 1996. - Т.41, №2. - С. 36-42.
54. Белокриницкая Т.Е., Кузник Б.И. Новые подходы к терапии анемии гестационного периода // *Российский вестник перинатологии и педиатрии*. - 1993.-№6. -С.11-13.
55. Владимирская Е.Б. Костномозговое кроветворение. Оценка миелограммы // *Гематология и трансфузиология*. - 1993. - № 4. - С. 4-6.
56. Педиатрия / Пер. с англ. П. Дворкин - М.: ТЭОТАР, 1996. - С. 99-135.
57. Ткаченко С.К., Секретар Л.Б. Деякі аспекти функціонального харчування недоношених дітей // *Нові технології в наданні медичної допомоги новонародженим: Матеріали укр.-польськ. конф. неонатологів*. - Київ, 2000. - С. 108-111.
58. Modoff-Cooper B., Devivoria-Papadoulos M., Brooten D. Serial nerobehavioral assessment in preterm infants // *Nurs Res*. - 1991. - Vol. 40, №2. - P. 94-97.
59. Нечас Э. Экспрессия гена эритропоэтина при гемолитических анемиях // *Гематол. и трансфузиол.* - 1997. - №1. - С. 22-25.
60. Жибурт Е.Б., Серебряная Н.Б. Эритропоэтин в клинической медицине // *Terra medica*. - 1997 г. - №3. - С.9-17.
61. Blackburn S., Loper D. Maternal. Fetal and Neonatal Physiology: A Clinical Perspective. - Philadelphia: Saunders, 1992.-P.194.
62. Brown MS., Jones M.A., Ohls R.K. et al. Single-dose pharmacokinetics of recombinant human erythropoietin in preterm infants after intravenous and subcutaneous administration // *Journal of Pediatrics*. - 1993. - Vol.122, №4. - P. 655-657.
63. Fernandes C.J., Hagan R., Frieberg A. et al. Erythropoietin in very preterm infants // *Journal of Paediatrics & Child Health*. - 1994. - Vol.30, №4. - P. 356- 359.
64. Juul SE. Enterally dosed recombinant human erythropoietin does not stimulate erythropoiesis in neonates // *J. Pediatr.* - 2003. - Vol.143, №3. - P. 321-326.
65. Phibbs H. Potencial for treatment of anemia of prematurity witch recombinant humanerythropoietin // *Current Opinion in Pediatrics*. - 1995. - Vol. 7, №2. - P. 145-145.

*Надійшла до редакції 2 листопада 2006р.*

УДК 616.25 – 089.819.87

## **ДО ПРОФІЛАКТИКИ УСКЛАДНЕНЬ ПРИ ЕКСТРАПЛЕВРАЛЬНІЙ ТОРАКОПЛАСТИЦІ**

***І.Д. Дужий, д-р мед. наук, проф.; Б.В. Радіонов, д-р мед. наук, проф.; О.В. Солодовник, асп.***

*Сумський державний університет*

*Автори наводять дані літератури, які обґрунтовують показання до застосування колапсохірургічних методів при лікуванні туберкульозу легень, ускладненого резистентністю мікобактерій туберкульозу до антибактеріальних препаратів. З метою попередження ускладнень пропонують пневмоперитонеум у до – та післяопераційний періоди. Діляться досвідом лікування 31 хворого.*

### **ВСТУП**

Незважаючи на значні зусилля органів охорони здоров'я загалом та медичних працівників, зокрема, ситуація з туберкульозу в Україні та у найближчих наших сусідів залишається напруженою. Захворюваність із року в рік продовжує зростати. За минулий рік у нашій державі вона

склала 85 на 100 000 населення. Як правило, цей показник сам по собі є негативним, хоча, з іншого боку, до нього потрібно відноситися діалектично, оскільки, на нашу думку, продовжується „ підчистка ” недіагностованих хворих у минулі роки. Попри все з кожним роком в Україні, як і у інших державах СНД, збільшується виявлення хворих на поширені форми туберкульозу легень [ 1]. Разом з тим все частіше спостерігаються деструктивні форми туберкульозу та ускладнений його перебіг [ 2, 3, 4 ]. За деякими авторами, 47,3 % хворих після госпіталізації у стаціонар внаслідок давності і поширеності процесу померла впродовж 6 міс лікування [ 5, 6 ]. Окрім цього, серед вперше виявлених хворих на туберкульоз первинна стійкість мікобактерій туберкульозу до антибактеріальних препаратів спостерігається у третині випадків, а за даними [ 7 ] - у 35,9 % пацієнтів. Завдяки значним економічним витратам держави та допомозі міжнародної спільноти витрати на лікування туберкульозу в Україні щорічно збільшуються, проте ефективність залишається недостатньою і вимагає бути значно кращою. Ми не будемо розглядати усіх причин, що призводять до небажаних наслідків, а торкнемося лише провідної – вторинної резистентності мікобактерій туберкульозу до протитуберкульозних засобів. За [10], вона розвивається у 53,6 % лікованих хворих, до того ж на рівні полірезистентності, за якою для пацієнта залишається дуже мало шансів на видужання. Вторинна стійкість розвивається вже між 4 - 6 місяцями лікування [ 8 ].

Зрозуміло, за таких умов покладатися на терапевтичний ефект антибактеріальних препаратів - недостатньо обґрунтоване бажання. Разом з тим встановлено, що як і за будь-яких інших інфекцій чи запальних процесів значна частка результуючої протидії макроорганізму проти мікобактерій належить природній резистентності організму, а саме: адаптаційним його можливостям та реактивності і набутим специфічному та неспецифічному імунітетам, рівень яких внаслідок різноманітних екологічних та економічних негараздів за останні роки значно знижений [3].

### НЕВИРІШЕНІ ЧАСТИНИ ПРОБЛЕМИ

У такій ситуації надія на антибактеріальне лікування, зонайменше, залишається примарною. Отже, спроби зупинити епідемічний процес як у нашій державі, так і за її межами у ближніх сусідів без застосування альтернативних методів лікування не можуть бути ефективними, оскільки головна ланка цього процесу – джерело інфекції – не може бути ліквідованою. Одним із таких альтернативних методів є хірургічний. Безумовно, до останнього часу чільне місце серед цих методів відводилося резектовним. Відомо, що після ґрунтовних праць М. М. Амосова у період 1951 – 1960 рр. на одну резекцію легень виконувалося 4 колапсо-хірургічних втручання. Наприкінці минулого століття – у 1971 – 1990 рр. – на 33 резекції легень виконувалася лише 1 торакопластика. З огляду на перелічені вище чинники за останні роки з’явилися праці, автори яких переконливо доводять потребу розширити показання до торакопластичних втручання ( 9, 10, 11 ), але у цій царині залишається низка невіршених проблем. Одними з яких є проблема попередження ускладнень у післяопераційний період та профілактика активації туберкульозного процесу.

### МЕТА РОБОТИ

Вивчити можливості попередження дихальної недостатності у найближчій та у віддаленій післяопераційний періоди і профілактика аспірації у здорові відділи легень оперованої та контралатеральної легень патологічного вмісту із патологічної ділянки.

## ВИКЛАДЕННЯ ОСНОВНОГО МАТЕРІАЛУ ТА ЙОГО ОБГОВОРЕННЯ

Показання до торакопластичних втручань у нашій роботі відповідали розробленим раніше [ 2, 3 ]. Було виконано 31 оперативне втручання за типом задньо – верхньої екстраплевральної торакопластики. Прооперовано 8 хворих на вперше діагностований туберкульоз та 23 – на хронічні форми поширеного туберкульозного процесу. В усіх випадках мала місце деструкція легеневої тканини. Прооперовані хворі виділяли мікобактерії туберкульозу, резистентні до антибактеріальних препаратів на рівні полі – та мультирезистентності. Серед цих пацієнтів було 2 жінки і 29 чоловіків.

В усіх випадках із зазначеною вище метою було застосовано пневмоперитонеум у до – та післяопераційний періоди. Обґрунтуванням пневмоперитонеуму було наступне. Після операції досягається компресія у більшій чи меншій мірі патологічно зміненої легені. Внаслідок цього зазнає механічної дії і бронхосудинний комплекс, що погіршує відток крові до серця. Разом із цим погіршується чи й призупиняється обмін між альвеолярним повітрям та кров'ю киснем і вуглекислим газом. Розвиваються гіпоксемія та частково компенсована гіпоксія змішаного характеру. Подразнення центрів дихання вуглекислим газом та продуктами неповного окислення обміну речовин веде до прискорення та поглиблення дихання. Оскільки патологічно змінена частина легені перебуває у стисненому стані, інші відділи легень компенсаторно розширюються і починають працювати із значно збільшеним об'ємом. При цьому здавлюються усі судини, але найбільше – вени, як такі, що не мають м'язового шару. За рахунок цього підсилюються ще більше гіпоксемія і гіпоксія. Отже, компенсаторна емфізема перетворюється у патологічний чинник, що призводить до розвитку дихальної недостатності. Зменшивши компенсаторне перерозтягнення легень, ми досягаємо ліквідації цієї патофізіологічної ланки [1]. З іншого боку, потужно працюючи у компенсаторному режимі, здорові відділи легень створюють під час дихальних рухів значно більший негативний тиск, що спонукає до розвитку маятника - подібного руху повітря із стисненої легені, де існує „мертвий” простір у здорову і навпаки. Це додатково збільшує стан гіпоксемії – гіпоксії і дихальну недостатність. Разом із цим зазначене сприяє підсмоктуванню вмісту із патологічного відділу легені у нижні відділи та у протилежну легеню, а отже, і небезпечі розвитку бронхогенних відсівів аж до казеозної пневмонії. Профілактично накладений нами пневмоперитонеум, який продовжувався у післяопераційний період, сприяв зменшенню емфіземи легень та збільшенню об'єму рухів діафрагми, що попередило дихальну недостатність та розвиток аспіраційних елементів. У всіх оперованих хворих ( 31 ) у післяопераційний період не було суб'єктивного відчуття задишки та об'єктивного збільшення частоти дихальних рухів. Усі хворі на наступну добу після операції піднімались із ліжка і робили по декілька кроків по 2 – 3 рази на добу.

Усі хворі були абацильовані впродовж стаціонарного лікування у післяопераційний період (3 – 4 місяці). Каверни закрились у 29 пацієнтів. Один хворий помер від прогресування внаслідок асоціальної поведінки. Іще 1 хворий продовжує стаціонарне лікування.

### ВИСНОВКИ

Таким чином, запропоноване лікувально - профілактичне застосування пневмоперитонеуму після екстраплевральної торакопластики робить перебіг післяопераційного періоду більш безпечним за рахунок зменшення гіпоксемії – гіпоксії, а відтак – попередження розвитку дихальної недостатності. Окрім цього, завдяки зменшенню

компенсаторного емфізематозного розширення легень і зменшення дії „діафрагмальної помпи”, було попереджено засмоктування вмісту хворої ділянки легені у здорові, що дало змогу уникнути аспіраційних „відсівів” та попередити можливу реактивацію туберкульозу.

## SUMMARY

*The authors give data from literature that ground application indications for collapse surgery methods when treating pulmonary tuberculosis that is complicated by antibacterial drug resistance of tuberculosis mycobacteria. The authors suggest pneumoperitoneum during pre- and postoperative periods, they share their treatment experience of 31 patients.*

## СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Дужий І.Д. Екстраплевральна торакопластика та її місце в умовах епідемії туберкульозу // Клін. хірургія.-2—3.-№ 8.-С.38-40.
2. Афанасьев Н.Х., Винокуров И.И., Самсонова К.П. Эффективность коллапсохирургических вмешательств у больных деструктивным туберкулезом // Пробл. туберкулеза.-1997.-№ 2.-С.37-38.
3. Дужий І.Д. Хірургія туберкульозу легень і плеври .-К.:Здоров'я, 2003.-358 с.
4. Кобелева Г.В., Копылова И.Ф., Григорьева Е.А. Состав и морфологическая характеристика летальных исходов от туберкулеза // Пробл. туберк.-2002.-№ 5.-С.52-55.
5. Скрипник Н.А., Штейнцайг А.И. Неотложная диагностика туберкулеза и больных, госпитализированных в институт скорой помощи // Пробл. туберк.-1997.-№ 4.-С.14-17.
6. Шилова М.В., Хрулева Т.С. Эффективность лечения больных туберкулезом на современном этапе // Пробл. туберк. и болезней легких.-2005.-№ 3.-С.3-11.
7. Худушина Т.А., Волошина Е.П., Маслакова М.Г. и др. Некоторые аспекты работы противотуберкулезного диспансера в сложившейся социально-экономической ситуации // Пробл. туберк.-2002.-№ 3.-С.8-10.
8. Мельник В.М., Валецький Ю.М., Манохіна О.Ю. та ін. Причины неэффективного лікування хворих на вперше діагностований деструктивний туберкульоз легень // Журнал практичного лікаря.-2004.-№ 4.-С.17-20.
9. Репин Ю.М., Аветисян А.О., Ельзин А.В. и др. Значение лекарственной устойчивости микобактерий в хирургии туберкулеза легких // Пробл. туберк.-2001.-№ 9.-С.6-10.
10. Фролов Г.А., Попкова Н.Л., Калашников А.В. Результаты хирургического лечения больных туберкулезом легких с лекарственной устойчивостью // Пробл. туберк.-2002.-№ 7.-С.15-18.
11. Гиллер Г.В. Эффективность экстраплевральной торакопластики при туберкулезе легких // Пробл. туберк.-2002.-№ 11.-С.32-33.

*Надійшла до редакції 8 листопада 2006 р.*

УДК 616.24-002.5:616.25-002(477.82)

## ДО ПИТАННЯ ЕТІОЛОГІЇ СИНДРОМУ ПЛЕВРАЛЬНОГО ВИПОТУ ПРИ АКТИВНОМУ ТУБЕРКУЛЬОЗІ

**І.Д. Дужий, д-р мед. наук, проф.; В.Р. Крамаревич, здобувач;**

**Райд З. Я. Ель Асталь, здобувач**

*Сумський державний університет,*

*Волинський протитуберкульозний диспансер*

*Автори наводять дані літератури, за якими легеневі патологічні процеси можуть супроводжуватися СПВ. Діляться власними спостереженнями щодо розвитку різних видів плеврального випоту при активних формах туберкульозу легень. Діляться спостереженням 81 хворого.*

## ВСТУП

У зв'язку із значними змінами екологічної обстановки з кожним роком у клінічній практиці все частіше трапляються серозити,