

УДК 616.24-002.5:616.712-089.844

**ВІДДАЛЕНІ РЕЗУЛЬТАТИ СОЦІАЛЬНОЇ ТА ТРУДОВОЇ
РЕАБІЛІТАЦІЇ У ХВОРИХ НА ПОШИРЕНИЙ ТУБЕРКУЛЬОЗ ЛЕГЕНЬ
З ЕКСТРАПЛЕВРАЛЬНОЮ ТОРАКОПЛАСТИКОЮ**

О.В. Солодовник, асистент;

В.В. Мадяр, канд. мед. наук, асистент;

Г.І. П'ятикоп, доцент;

Б.В. Мадяр, студент,

Медичний інститут Сумського державного університету, м. Суми

Хворим на поширений та резистентний туберкульоз легень виконано резекційні операції легень, а в основній групі - екстраплевральні торакопластики. Вивчено віддалені результати в обох групах та виявлено значне зменшення кількості інвалідів та покращання трудової реабілітації у хворих, яким виконано екстраплевральну торакопластику. Зроблено висновок про необхідність подальшого вивчення колапсхірургічних операцій, особливо в умовах сьогоднішньої епідемії.

Ключові слова: *туберкульоз легень резистентний, екстраплевральна торакопластика.*

ВСТУП

Лікування поширеного туберкульозу легень (РТЛ) залишається надто складною проблемою фтизіохірургії. У квітні 1993 р. ВООЗ проголосила туберкульоз глобальною проблемою і закликала лікарів докласти усіх зусиль, щоб припинити поширення цієї небезпечної хвороби, яка набула рис пандемії. З 1995 року в Україні офіційно зареєстрована епідемія туберкульозу [4, 5, 6, 10].

Сучасні сухоти характеризуються зростанням кількості поширених та резистентних форм, що призводить до недостатньої ефективності консервативної терапії. Все це призвело до збільшення летальності, погіршення ефективності та якості лікування [1, 5, 10].

Усе частіше виявляють поширені та за давніми легеневи процеси, які у значному відсотку випадків супроводжуються розпадом легеневої тканини. Особливістю сучасного туберкульозу є зміна МБТ з розвитком первинної та вторинної резистентності до антибактеріальних препаратів [1, 5, 6, 7]. Первинна резистентність, за даними різних авторів, спостерігається у 15-35 % випадків. У процесі лікування уже через шість місяців у 60 % хворих починає формуватися вторинна резистентність. Відсоток абацільовання та закриття деструктивних змін, за таких умов, залишається на незадовільному рівні [2, 5, 7, 9].

Усе вищезазначене призводить до зростання кількості ранніх та пізніх післяопераційних ускладнень та погіршення результатів хірургічного лікування хворих. Резистентність мікобактерії туберкульозу звужує коло пацієнтів, яких можна оперувати з очікуваним абацільованням та

припиненням активності туберкульозного процесу в легенях. Усе це змушує фтизіохірургів вивчати колапсохірургічні операції та екстраплевральну торакопластику зокрема.

МЕТА РОБОТИ

Потреба в хірургічному лікуванні хворих на туберкульоз легень серед пацієнтів протитуберкульозних диспансерів становить 18-22 %. Автори [4,7] вважають, що "... в сучасних умовах невинного поширення епідемії туберкульозу роль оперативного лікування зростатиме". Отже, необхідність у розширенні показань до хірургічного лікування при різних формах туберкульозу, особливо за поширених процесів, зрозуміла. За наявності резистентності мікобактерій до протитуберкульозних препаратів оперативне лікування є досить ризикованим. Розширення показань до резекційних операцій при цих процесах неминуче призводить до зростання кількості післяопераційних ускладнень місцевого характеру та реактивацій і рецидивів сухот у віддалений період. Вище зазначене вимагає індивідуального підходу у виборі методики хірургічного лікування та застосування запобіжних заходів щодо можливих ускладнень. На нашу думку, одним із таких заходів є екстраплевральна торакопластика [3, 4, 6, 8].

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

Нами було вивчено 266 пацієнтів з поширеним та резистентним туберкульозом легень, яким у Сумському обласному протитуберкульозному диспансері було виконано резекційні втручання легень та екстраплевральні торакопластики (ЕТ) протягом 1978 – 2008 років. Пацієнти з РТЛ були поділені на дві групи. Першу, основну, склали 116 пацієнтів, яким виконано ЕТ, другу, групу порівняння, - 150 пацієнтів, яким виконували традиційні резекційні втручання.

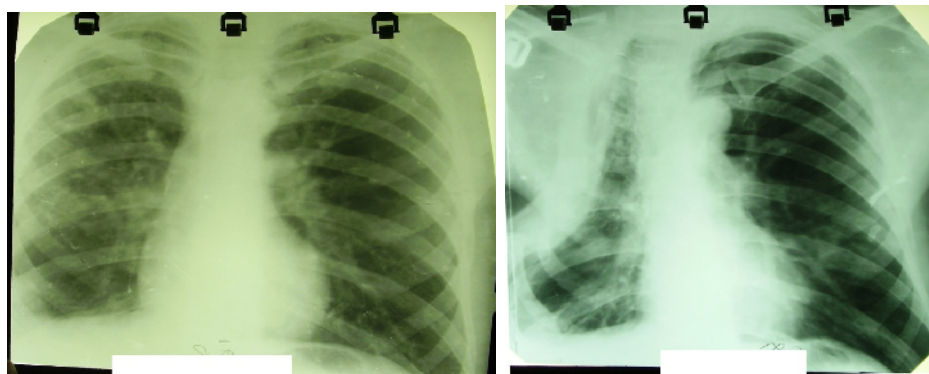


Рисунок 1 - Оглядова рентгенограма ОГК хворого Д. до та через 9 міс. після 6-реберної екстраплевральної торакопластики справа

Одним з основних показників ефективності хірургічного лікування взагалі, а фтизіатричних хворих особливо є відновлення соціального статусу та працездатності хворого, втрачених у зв'язку із хворобою. Критеріями, що визначають реабілітацію оперованих хворих, прийнято вважати повне клінічне одужання, підтвержене даними клінічного, променевого та функціональних досліджень, зі збереженням фахового працевлаштування або зміною його на адекватне, а також соціальну та трудову реабілітацію. Характер соціально-трудова реабілітації оперованих нами хворих подано у таблиці 1.

В основній групі пацієнтів 45 (54,2%) осіб на період обстеження інвалідності не мали. Серед інших 38 (45,8%) оперованих II групи

інвалідності мали 3 (3,6%) особи, а III групи – 35 (42,2%) обстежених.

В основній групі обстежені, які мали інвалідність, екстраплевральну торакопластику з приводу фіброзно-кавернозного туберкульозу перенесли 24 (52,2%) особи, дисемінованого – 12 (44,4%), інфільтративного – 2 (20,0%). На період анкетування серед 83 хворих основної групи не були задіяні у суспільно корисній роботі 28 (33,7%) осіб. Проте всі вони працювали у власному господарстві без будь-яких обмежень. Працевлаштування у інших оперованих було таким. Не за фахом суспільну роботу виконували 26 (31,3%) оперованих, роботу, пов'язану з фізичною працею, – 20 (24,1%) осіб, а з інтелектуальною працею – 9 (10,9%) оперованих.

Таблиця 1 - Соціально-трудова реабілітація оперованих у віддалений післяопераційний період

Клінічні форми туберкульозу, з приводу яких були прооперовані хворі		Інвалідність				Працездатність				
		не має	I група	II група	III група	не працює	працює не за фахом	За фахом		
								фізичн	розумо	
Основна група	Інфільтративний з розпадом, n = 10	8	-	-	2	2	1	4	3	
	Дисемінований з розпадом, n = 27	15	-	1	11	6	7	10	4	
	Фіброзно-кавернозний, n = 46	22	-	2	22	20	18	6	2	
	Всього	абс. (83)	45	-	3	35	28	26	20	9
		%	54,2	-	3,6	42,2	33,7	31,3	24,1	10,9
Контрольна група	Інфільтративний з розпадом, n = 37	27	-	4	6	15	9	5	8	
	Дисемінований з розпадом, n = 28	12	2	6	8	10	11	3	4	
	Фіброзно-кавернозний, n = 52	21	1	13	17	28	14	4	6	
	Всього	абс. (117)	60	3	23	31	53	34	12	18
		%	51,3	2,6	19,6	26,5	45,3	29,1	10,3	15,3
Достовірність		#	#	*	*	*	#	*	#	

* - $p < 0,05$ – достовірна різниця показників між групами;
- $p > 0,05$ – відсутність достовірної різниці показників між групами

У групі порівняння - 117 хворих - інвалідність на час обстеження не мали 60 (51,3%) оперованих. Першу групу інвалідності мали 3 (2,6%) оперованих. Це були ті хворі, у яких у післяопераційний період розвинулися ранні рецидиви туберкульозного процесу. Другу групу інвалідності мали 23 (19,6%) особи серед обстежених. Сюди ввійшли 17 хворих, які мали реактивації у післяопераційний період, та 6 хворих після пневмонектомії. Третю групу інвалідності мав 31 (26,5%) обстежених.

Після оперативних втручань з приводу інфільтративного туберкульозу

легень інвалідність у віддалений період мали 10 (27,0%) оперованих; після втручань з приводу дисемінованого туберкульозу інвалідність мали 16 (57,1%) оперованих; після втручань з приводу фіброзно-кавернозного туберкульозу інвалідність мав 31 (59,6%) оперований.

Серед досліджених групи порівняння не працювали 53 (45,3%) особи. Інші 64 (54,7%) хворих були працевлаштовані. Роботу, що не відповідає їх фаховій підготовці, виконували 34 (29,1%) досліджених, за фахом працювали 30 (25,6%) осіб, 12 (10,3%) з яких виконували фізичну працю, а 18 (15,3%) – розумову.

Соціальна і трудова реабілітація хворих основної групи та групи порівняння суттєво відрізнялись за показниками інвалідності та працевлаштування. Серед хворих групи порівняння інвалідів II групи було більше, ніж у основній (3,6% проти 19,6%) - ($p < 0,05$). У основній групі фізичну працю змогли виконувати 24,1%, а в групі порівняння - 15,3% ($p < 0,05$).

Позитивний вплив екстраплевральних торакопластик, порівнюючи з резекційними оперативними втручаннями на відновлення соціального статусу та працездатності, дає нам право стверджувати, що виконання у хворих на поширений та резистентний туберкульоз легень екстраплевральної торакопластики є обґрунтованим.

ВИСНОВКИ

У віддалений післяопераційний період унаслідок використання екстраплевральної торакопластики соціальна і трудова реабілітація хворих покращилася. Так, інвалідів II групи було більше серед хворих, які перенесли резекційні методи лікування, ніж після екстраплевральної торакопластики (3,6% проти 19,6% відповідно). Це дало можливість даним особам працювати фізично у 2,3 рази частіше, порівнюючи з пацієнтами, які перенесли резекційні методи лікування.

Перспективи подальших досліджень. Ми бачимо необхідність розширення показань до ЕТ, подальше удосконалення техніки проведення існуючих ЕТ, підготовки пацієнтів до операції та післяопераційного ведення хворих.

SUMMARY

LONG-TERM RESULTS OF SOCIAL AND LABOUR REHABILITATION IN PATIENTS WITH DISSEMINATED AND RESISTANT PULMONARY TUBERCULOSIS WITH EXTRAPLEURAL THORACOPLASTY

*O.O. Solodovnik, V.V. Madyar, H.I. Pyatikop, B.V. Madyar,
Medical Institute of Sumy State University, Sumy*

Resection operations were performed in patients with disseminated and resistant pulmonary tuberculosis, and in the main group - extrapleural thoracoplasty. Long-term results in both groups were studied and significant reduction of disabilities and improving the work rehabilitation of patients who completed extrapleural thoracoplasty were found. The authors draw a conclusion that further study of collapsosurgical operations especially in today's epidemics is of barest necessity.

Key words: resistant pulmonary tuberculosis, extrapleural thoracoplasty.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Асанов Б.М. Роль хирургических методов в повышении эффективности лечения впервые выявленных больных с деструктивными формами туберкулеза легких / Б.М. Асанов // Туберкулез в России: VIII Российский съезд фтизиатров, 6-8 июня 2007 г.: тезисы докл. – Москва, 2007. - С. 456-457.
2. Бобырев М.Г. Коллапсохирургические методы лечения в современной хирургии туберкулеза легких / М.Г. Бобырев, В.В. Суднищев, В.М. Навроцкий // Туберкулез в России: VIII Российский съезд фтизиатров, 6-8 июня 2007 г.: тезисы докл. – Москва, 2007. - С. 460.

3. Возможности хирургического лечения больных деструктивным туберкулезом легких при полирезистентности возбудителя / Д.В. Краснов [и др.] // Туберкулез в России: VIII Российский съезд фтизиатров, 6-8 июня 2007 г.: тезисы докл. – Москва, 2007. - С. 282.
4. Гарифулин З.П. Эффективность хирургического лечения больных лекарственно-устойчивым туберкулезом органов дыхания в зависимости от характера течения заболевания / З.П. Гарифулин, Х.К. Аминев // Проблемы туберкулеза и болезни легких. - 2009. - №7. - С. 41-46.
5. Дужий І.Д. Хірургія туберкульозу легень та плеври / І.Д. Дужий. – К.: Здоров'я, 2003. – 360 с.
6. Коллапсохирургические операции у больных лекарственно устойчивым туберкулезом легких / Б.В. Радионов, И.А. Калабуха, О.В. Хмель, Ю.Ф. Савенков // Туберкулез в России: VIII Российский съезд фтизиатров, 6-8 июня 2007 г.: тезисы докл. – Москва, 2007. - С. 488-489.
7. Результати хірургічного лікування хворих на мультирезистентний деструктивний туберкульоз легень / М.С. Опанасенко [та ін.] // Український пульмонологічний журнал. - 2007. - №3. - С. 59-64.
8. Торакопластика / Б.В. Радионов, Ю.Ф. Савенков, И.Д. Дужий, И.А. Калабуха, О.В. Хмель. - Днепрпетровск: РВА "Дніпро-ВАЛ", 2007. - 181 с.
9. Surgical treatment of patients with disseminated destructive multidrug resistant lung tuberculosis / M.M. Bagirov [et al.] // Abstr. 15th ERS Annual Congress (Copenhagen, Denmark, September 17-21, 2005). – Copenhagen. - 2005. - Vol. 26, № 49. - P. 489.
10. WHO. Emergence of Mycobacterium tuberculosis with Extensive Resistance to Second-Line Drugs. Worldwide, 2000 - 2004 / A. Wright, G. Bai, L. Barrera [et al.] // Weekly. - 2006. - Vol. 55, № 11. - P. 301-305.

Надійшла до редакції 2 грудня 2010 р.