

ДЕРЖАВНИЙ ВИЩИЙ НАВЧАЛЬНИЙ ЗАКЛАД
«УЖГОРОДСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ»
Інститут післядипломної освіти та до дипломної підготовки
Кафедра пульмонології та фізіатрії

ПАТОГЕНЕТИЧНІ МЕТОДИ ЛІКУВАННЯ ТУБЕРКУЛЬОЗУ

Методичні рекомендації

Ужгород
Видавництво УжНУ «Говерла»
2013

Рекомендовано для лікарів-інтернів, сімейних лікарів, курсантів циклу переддипломної підготовки, лікарів-фіззіатрів, студентів старших курсів медичного факультету.

Автори:

Шимко Е.П. – доктор медичних наук, професор кафедри пульмонології та фізіатрії Ужгородського національного університету.

Скрип В.В. – асистент кафедри пульмонології та фізіатрії Ужгородського національного університету, генеральний директор Закарпатського ОКТМО «Фізіатрія».

Рецензент:

Рогач І.М. – доктор медичних наук, завідувач кафедри громадського здоров'я інституту післядипломної освіти та до дипломної підготовки УжНУ.

Методичні рекомендації затверджено на засіданні кафедри пульмонології та фізіатрії

(Протокол № 4 від 13 грудня 2012).

Вченій та методичній Раді інституту післядипломної освіти та

додипломної підготовки УжНУ

(Протокол №5 від 25 грудня 2012).

З М І С Т

1. Передмова.....	4
2. Патогенетична і симптоматична терапія.....	6
2.1. Гігієно-дієтичний режим.....	6
2.2. Протизапальні та десенсибілізуючі засоби.....	7
2.3. Фізіотерапевтичні методи лікування.....	8
2.4. Роль та місце деяких методів народної медицини в комплексному лікуванні туберкульозу.....	9
3. Санаторні та хірургічні методи лікування туберкульозу.....	11
Література.....	16

1. ПЕРЕДМОВА

Виникнення туберкульозу пов'язують з періодом появи людства. Пройшло надто багато часу, але тільки на початку 19-го століття для його лікування почали використовувати спочатку санаторно-курортні фактори, гігієнічний та дієтичний режими. Великий внесок в дослідження питань раціонального лікування туберкульозу мають праці видатних вчених-терапевтів С.П. Боткіна, А.А. Остроумова, Г.А. Захар'їна, В.А. Манасєїна, Ф.Г. Яновського.

Перший достатньо ефективний та патогенетично обґрунтований метод лікування туберкульозу шляхом накладання хворим штучного пневмотораксу було запропоновано в 1882 році італійським лікарем К. Форланіні. Цей метод одержав широке розповсюдження в цілому світі. Позитивний досвід застосування пневмотораксу служив підставою для широкого розвитку хірургічних методів колапсотерапії, які одержали широкий поштовх для свого розвитку.

Із середини 30-х років 20-го століття для лікування хворих на туберкульоз легень почали проводити хірургічне видалення ураженої легені або окремих її часток. Резекційна хірургія, початок якої було покладено задовго до відкриття хіміотерапії туберкульозу, одержала свій новий розвиток в еру хіміотерапії та зберігає своє важливе значення і в теперішній період часу.

Сучасна ефективна терапія туберкульозу пов'язана з відкриттям протитуберкульозних антибіотиків та хіміопрепаратів.

В 1943 році наш колишній співвітчизник, який народився на Вінниччині, вчився в Олдері – Зелман Ваксман, в США одержав перший високоефективний протитуберкульозний препарат – стрептоміцин [1], який має бактеріостатичний вплив на мікобактерію туберкульозу. За відкриття стрептоміцину З.Ваксмана у 1952 році нагороджено Нобелівською премією.

На сьогодні стрептоміцин входить в світові стандарти ДOTS-терапії при лікуванні вперше виявленого і повторних випадків захворювання на туберкульоз.

В Україні впровадження стандартів ДOTS-терапії адаптовано до існуючої Національної програми та регламентовано «Протоколом по впровадженню ДOTS-стратегії в Україні», який затверджено наказом МОЗ України №318 від 24.05.2006р. та наказом МОЗ України №276 від 28.05.2008р. «Клінічний протокол надання медичної допомоги хворим на останні захворювання – туберкульоз та ВІЛ-інфекцію».

До яких основних п'яти компонентів зводяться вимоги ДOTS-терапії туберкульозу? Це наступні положення [2, 4].

1. Постійна підтримка програми боротьби з туберкульозом з боку уряду і регіональних органів управління охорони здоров'я.
2. Виявлення випадків захворювання на туберкульоз за допомогою мікроскопічного дослідження мокротиння всіх хворих, що звернулися в медичну установу з підозрою на туберкульоз.

3. Проведення стандартного режиму лікування від 6 до 8 місяців у всіх хворих з позитивним мазком мокротиння під безпосереднім спостереженням медичних працівників.

4. Регулярне, безупинне забезпечення всіма необхідними протитуберкульозними препаратами.

5. Стандартна система реєстрації і звітності для проведення оцінки як результатів лікування, так і програми боротьби з туберкульозом в цілому.

Продовжуючи історичний експурс, після стрептоміцину із 1954 року фізіатри для лікування хворих почали вживати парааміносаліцилову кислоту (ПАСК), тібон, препарати гідразиду ізонікотинової кислоти: (ізоніазид, фтвазид, салюзид, метагид, ІННА-17). На початку 70-х років минулого століття в практику лікування хворих на туберкульоз ввійшли і інші високоефективні препарати – рифаміцини, етамбутол.

Кількість препаратів для лікування туберкульозу наростала із року в рік. Так, на сьогоднішній день в арсеналі фізіатра є понад 22 препаратів. З них основного, або так званого першого ряду – 5, другого (резервного) ряду – 9 та понад 7 медикаментів із групи «інших», що мають спеціальні покази до їх призначення [2, 3].

Але поряд з розширенням переліку кількості та урізноманітненням фармакокінетичного впливу окремих препаратів, виникла нова важлива проблема – розвиток стійкості, або привикання мікобактерій туберкульозу до протитуберкульозних препаратів. Основною причиною появи цього феномену відносять за рахунок спонтанної мутації та адаптації мікроба в умовах зміненого клінічного та індукованого патоморфозу захворювання. З іншого боку, поява та наростаюча частота поєднаного перебігу туберкульозу та ВІЛ-інфекції (коінфекція) ставить перед лікуючим лікарем нові завдання. Обидві ці хвороби є нестерпимо пригнічують клітинний імунітет та призводять до формування важких прогресуючих форм туберкульозу. Достатньо сказати, що кожен другий хворий з коінфекцією помирає від туберкульозу. А на завершальній стадії переходу ВІЛ-інфекції в СНІД провідне значення в долі хворого належить різним опортуністичним захворюванням, в тому числі онкологічним.

З наведеного достатньо перекошливо випливає, що роль неспецифічних методів лікування при туберкульозі мають далеко не другорядне значення. Якими би вагомими не були успіхи від застосування при туберкульозі антибіотиків та хіміопрепаратів, призначення симптоматичних засобів в ряді випадків залишається неоптимістичним. По-перше, не всі хворі однаково реагують на курсовий прийом антимікобактеріальних препаратів, у частині з них з'являються побічні, для нормалізації яких доцільно призначити інші ліки. Доведено, що антибіотики вивимають з організму вітаміни групи В1, В6, С, які потребують свого поповнення. В процесі лікування хворих нерідко доводиться посилювати або послаблювати запальний процес, змінювати імунну ланку макроорганізму, вносити корекцію в функціонування серцево-судинної, нервової та інших систем. Прикро, але ДOTS-стратегія не вважає

патогенетичне лікування потрібним, ґрунтуючись на його економічній нецільності. Наведений тільки стислий перелік окремих ситуацій, які вимагають використання патогенетичних методів свідчить про протилежне. Більш широке висвітлення проблеми наводиться нижче.

2. ПАТОГЕНЕТИЧНА І СИМПТОМАТИЧНА ТЕРАПІЯ ТУБЕРКУЛЬОЗУ

Окрім протитуберкульозних препаратів, спрямованих на пригнічення та знешкодження МБТ, в лікуванні туберкульозу застосовується ціла низка неспецифічних засобів, що впливають на перебіг специфічного запалення. Вони обумовлюють підвищення опірності організму, поліпшують обмін речовин, зниження якого обумовлене туберкульозною інтоксикацією, зменшують ексудативно-запальні прояви у фокусі запалення, прискорюють розсмоктування процесу з найменшим утворенням рубцевих змін, сприяють формуванню репаративних процесів [3,4]. Усі засоби патогенетичного впливу при туберкульозі можна умовно поділити на такі групи:

- 1) Гігієно-дієтичний режим
- 2) Неспецифічні медикаментозні засоби, зокрема:
 - a) протизапальні і десенсибілізуючі;
 - b) прозапальні;
 - c) імуностимулятори та імуномодулятори;
 - d) спрямовані на нормалізацію обмінних процесів.
- 3) Санаторне лікування
- 4) Фізіотерапевтичні методи.

2.1. Гігієно-дієтичний режим

Рекомендоване раціональне, збагачене білками і вітамінами харчування хворого згідно дієти №11 за Певзнером. Режим харчування змінюється залежно від стану хворого. Зокрема, від суворого постільного при тяжкому стані хворого, лихоманці, легеневої кровотечі, до режиму відносного спокою при покращенні самопочуття та продовженні стаціонарного етапу лікування і до тренувального в умовах санаторного лікування.

В дієті повинно бути не менше 100-110 г легкозасвоюваного (молоко, м'ясо, риба) білка, а в період видужання 120-140г (60% - тваринного походження). Вуглеводи дають у фізіологічних кількостях від 400 до 500 г. Важливо, щоб їжа була багатою на вітаміни, особливо на аскорбінову кислоту, тіамін і піридоксин.

Раціональне харчування хворих при туберкульозі передбачає достатню калорійність їжі, яка не повинна перевищувати норми більше, ніж на 15-25%. Доведено, що швидка і велика прибавка маси тіла може не поліпшити, а навпаки – погіршити стан хворого. Кількість жирів (100-110г), переважно у вигляді коров'ячого масла, не повинні перевищувати норми раціону здорової людини. Велике значення мають свіжі овочі, фрукти, що багаті на вітаміни.

2.2. Протизапальні та десенсибілізуючі засоби

Особливе місце серед вказаної групи препаратів займають гормони кори надниркових залоз – преднізолон, триамцінолон, гідрокортизон, дексаметазон та інші, які мають виражену протизапальну та десенсибілізуючу дію. Протизапальна дія глюкокортикоїдів здійснюється шляхом різкого пригнічення продукції гістаміну, що утворюється при взаємодії комплексу антиген-антитіло з клітинами. Протизапальний їх ефект пов'язаний зі стабілізуючою дією на біологічні мембрани, пригніченням синтезу або вивільнення медіаторів запалення, в тому числі простагландинів. Преднізолон і його аналогі також зменшують утворення колагена і тому запобігають надмірному формуванню грубої волокнистої тканини, затоення при їх застосуванні відбувається з переважанням розсмоктування ексудативних та інфільтративних змін. Проте, пригнічення проліферації фібробластів й утворення грануляційної тканини під впливом глюкокортикоїдів можуть мати і негативне значення, тому ці препарати застосовують лише на фоні повноцінної антимікробактеріальної терапії.

У зв'язку з такими особливостями дії, преднізолон і його аналогі призначають на початкових етапах лікування при формах туберкульозу з вираженим ексудативним компонентом. Зокрема, при ексудативному плевриті, перитоніті, перикардиті, асциті, туберкульозному менингіті, гострому міліарному туберкульозі, а також при побічних алергічних реакціях на протитуберкульозні препарати, туберкульозному ларингіті, замісна терапія при хворобі Аддисона, ураженні туберкульозом очей та сечостатевої системи, для запобігання фіброзування тканин.

Протипоказана терапія глюкокортикоїдами при гнійній інфекції, вагітності, виразці шлунку, гіпертонічній хворобі, серцевій декомпенсації, гострому ендокардиті, тромбоембліах, психозі, хворобі Іценко-Кушинга, важких формах цукрового діабету.

Слід пам'ятати про ускладнення, які виникають при тривалому прийомі глюкокортикоїдів. Це – стероїдний діабет, підвищення артеріального тиску, загострення виразки шлунку з можливою перфорацією, тромбози, остеопороз, вірилізм (зміна голосу, ріст волосся на обличчі у жінок), загострення латентних інфекцій або туберкульозного процесу.

Лікування зазвичай починається з 20-25 мг преднізолону, зі зменшенням кожні 4-5 днів дози препарату на 5 мг. Вечором препарат не призначають, бо це заважає сну хворих. Останнім часом надається перевага інтрімітуєчому призначенню цих препаратів (15-20 мг через день).

Із нестероїдних протизапальних ліків застосовують індометацин, пірабутол, бугадол, брүфен, інопробруфеннаїз та інші. Прокетин (пармідін), який діє на кіншову фазу запального процесу, також з успіхом використовується в комплексному лікуванні туберкульозу, він сприяє розсмоктуванню інфільтративних змін.

Десенсибілізуючі антигістамінні препарати (супрастин, димедрол, дипразин, діазолін, фенкарол, лоратадин, еріус) призначають для усунення алергічного компоненту запального процесу і при алергічних реакціях на

антимікобактеріальні препарати. До препаратів з протизапальною дією відносяться також інгібітори протеолітичних ферментів – контрикал, тразілол, гордокс – крапельно внутрішньовенно по 15-20 тис одиниць на 100 мл фізіологічного розчину.

До засобів, що мають антиоксидантну дію та зменшують інтенсивність перекисного окиснення ліпідів, прискорюють заживлення процесу, запобігають формуванню надлишкового фіброзу, відносять наступні препарати:

- тіосульфат натрію 30 % розчин по 5 мл внутрішньовенно один раз на добу;
- токоферолу ацетат (віг Е) по одній капсулі (0,05 – 0,1) всередину 1-2 рази на добу;
- три-ві, три-ві-плюс.

Окремо знаходиться ціла група імунокоригуючих препаратів – Т – активін, тималін, тимоген, спленін, левамизол, діуцифон, етхімізол, нуклейнат натрію. Але слід зауважити, що кожен з цих препаратів має свої покази до призначення і може бути застосований тільки після ретельного вивчення стану клітинного та гуморального імунітету, неспецифічних чинників захисту.

Для лікування хворих використовуються також антиліпоксанги – натрію оксібутірат по 0,75 всередину 2-3 рази на добу, а також препарати поєднані та імуногрозної дії – рибоксин по 0,2-0,4г всередину до їжі 2-3 рази на добу.

До засобів протизапальної терапії відносять продигіозан, туберкулін. Туберкулінотерапію проводять шляхом введення в область бокової поверхні плеча 20-50 ТУ туберкуліну 2 рази на тиждень. Якщо після введення виникла виражена місцева або загальна реакція, то дозу повторюють, або знижують її. Тривалість лікування туберкуліном складає в середньому до 2 місяців.

2.3. Фізіотерапевтичні методи лікування

Вони включають застосування ультразвуку, органного електрофорезу, магнітотерапію та лазеротерапію. Використання їх показано при уповільненні процесів загоєння каверни під впливом антимікобактеріальної терапії. Основне їх завдання – стимуляція репаративних процесів.

Ультразвук впливає на організм механічно (мікромасаж клітин), фізико-хімічно (зміна іонного балансу) та нервово-рефлекторно. Тим самим збільшується проникність гісто-гемаїтичних бар'єрів, що сприяє кращому проникненню слес препаратів до вогнищ ураження.

Більш ефективніший ультразвук при однобічних процесах вперше виявленого туберкульозу – вогнищеному, інфльтративному, обмежено-дисемінованому. Його призначають на 3-4 місяці хіміотерапії, а при поширених процесах – на 5-6 місяці.

Протипоказання до ультразвуку: злоякісні новоутвори, хвороби серцево-судинної системи, психоневротичні захворювання ураження ЦНС.

Низькоінтенсивна лазерна терапія гелій-неоновим лазером з допомогою апарата АФЛ-1 шляхом напкірного опромінення ділянок проєкції патологічних змін у легенях.

Магнітотерапія постійним магнітним полем призначається після стихання явищ інтоксикації у вигляді 10-денних курсів протягом 3 місяців.

Органний електрофорез – при ентральному застосуванні туберкулоstaticів органний електрофорез призначають через 2-3 години після прийому препаратів, а при внутрішньовенному – через півгодини після введення. Електрогальванізація можна проводити також після інгаляції розчинів туберкулоstaticів, ендотрахеально їх застосування.

Як правило, електрофорез покращує мікроциркуляцію в ураженому органі, сприяє проникненню лікарських засобів із судинного русла в тканини під впливом постійного електричного струму та їх накопичення у вогнищах туберкульозного запалення.

2.4. Роль та місце деяких методів народної медицини в комплексному лікуванні туберкульозу

Для оптимізації діяльності органів і систем організму в процесі його лікування необхідне поєднання антибактеріальних препаратів з фіто-, апі- та прополіс терапією. Резерви позитивної дії терапії збережених видів лікування клінічною фізіотерапією далеко не вичерпані, а науковою медичною вони вивчені до цього часу ще недостатньо.

Нами проведено аналіз ефективності рекомендацій 137 хворим, що знаходились протягом 2009 – 2010 років на стаціонарному, а далі – на амбулаторному етапі лікування з приводу різних форм активного вперше діагностованого туберкульозу органів дихання у віці від 18 до 76 років, серед них 84 чоловіків та 53 жінок. Найбільш раціональні з рекомендацій впроваджено в учбово-педагогічний процес [5].

Після стихання явищ специфічної інтоксикації хворим призначається столова ложка суміші наступного складу: топлене свиначе сало, вершкове масло, чистий мед, сік алое і какао у співвідношенні 100:100:100:15:10 на склянку гарячого молока. Хворі п'ють двічі на день по 1 склянці. Курс лікування залежить від переносимості суміші, тривалості рскомендованого основного курсу та стану функціональних проб печінки.

У окремих хворих до суміші алое, меду, свиначого жиру додавали меленого горіха і вживали по іншій методичці, а саме: перший тиждень – по 1 столовій ложці натще, другий тиждень – по одній десертній ложці, третій і до закінчення прийому засобу – по 1 столовій ложці.

Лікувальний механізм дії суміші наступний. Жири покривають енергетичний баланс при туберкульозі. А в складі меду є приблизно 300 різноманітних речовин, в тому числі вуглеводи (70-75%), ферменти, амінокислоти (23%), органічні кислоти, мікроелементи (понад 40), ароматичні сполуки (понад 100). Завдяки цьому мед має достатньо виражені бактерицидні властивості.

Задовільний результат одержано від призначення в якості відхаркучого засобу у вигляді настою або відвару алтєй лікарської (1,0 – 200,0) або грудного фіто чаю. В збір грудного чаю входили такі компоненти: корінь алтєй лікарської – 2 частини, листи підбілу звичайного («мати-й-мачуха») – 2 частини і трава материнки звичайної – 1 частина. Завдяки призначенню чаю такого складу досягався не тільки відхаркучий, але також бронхолітичний та седативний ефект у більшості хворих.

Хороший потогінний ефект викликає збір, до складу якого входять в рівній пропорції липа серделиста та плоди малини звичайної. У 43 із 137 хворих в якості додаткового засобу призначався прополіс, як різновид апітерапії. Відомо, що в складі прополісу є рослини смоли, віск, легкі олії, пілок, виділені бджолиних слинних залоз та мікроелементи.

Ми призначали спиртовий розчин або екстракт прополісу по 20 крапель тричі на день за 1 годину до їжі протягом 2-4 місяців. 37 із 43, або у 86% хворих відзначена протизапальна, антимікробна, знеболююча, антиоксидантна дія препарату, тобто синергічний ефект дії щодо основного захворювання.

На нашому досвіді виправданим є на етапі розсмоктування та фібротизації ексудативних плевритів, зворотної інволюції локальних легневих процесів, переважно в підтримуючій фазі лікування, призначення екстракту алое у вигляді ін'єкцій, свіжого або консервованого соку алое, який вживають по 1 чайній ложці двічі-тричі на день курсами по 3-4 рази на рік.

На етапі вищиски хворих зі стаціонару з метою стимуляції захисних сил організму, посилення поглинальної здатності фагоцитів використовували настоянку коренів ехінацеї пурпурової, яка, активуючи макрофаги та лімфоцити, перешкоджає розмноженню бактерій та обумовлює протизапальну дію. Призначали по 10-20 крапель 3 рази на добу. Починали з менших доз, поступово їх збільшували. Цей препарат, на наш погляд, належить до досить дієвого засобу стосовно попередження загострень та рецидивів туберкульозу.

В літературі останніх років широко обговорюється питання пр. корисність борсучого та ведмежого жиру при туберкульозі. Обидва ці жири являють собою природний комплекс білків, нуклеїнових кислот, вітамінів та мінеральних речовин. Призначаються при пневмоніях, обструктивних бронхітах, деколи навіть туберкульозі в якості допоміжного засобу, тобто при хворобах, що супроводжуються високим ступенем інтоксикації, виснаження. Але фальсифікація товару при його ринкової реалізації та висока вартість зменшують попит на його придбання.

Таким чином, на підставі наведених даних при виконанні стандартизованих схем лікування туберкульозу вважасмо обґрунтованим призначення патогенетичних засобів різної спрямованості дії, що впливають на окремі ланки патологічного процесу. Закономірним наслідком такого синергічного впливу є покращення якості життя хворого, а в подальшому забезпечує його клінічне видужання.

3. САНАТОРНЕ ТА ХІРУРГИЧНЕ ЛІКУВАННЯ ТУБЕРКУЛЬОЗУ

Які завдання вирішує санаторно-курортне лікування?

1. Підвищення клінічного вилікування у 75-80% хворих на туберкульоз та покращення функціональних показників у 95-98% хворих;

2. Діти з груп ризику та дорослі з малими формами туберкульозу легень можуть обмежитися санаторним етапом без госпіталізації в стаціонари (наприклад, санаторій "Човен");

3. Доліковування після гострої фази або перенесеного оперативного втручання.

Типи санаторно-курортних закладів

■ Місцеві санаторії, які не вимагають акліматизації;

■ Республіканські, останні діляться на:

■ Приморські кліматичні курорти: на південному березі Криму - Алушка, Сямейсь для хворих з торпідним перебігом туберкульозу органів дихання, з наявністю супутніх неспецифічних хвороб органів дихання, гіпертонічної хвороби I-II стадії, початкових форм атеросклерозу;

■ В Євпаторії та Бердянську існують санаторії для хворих на кістково-суглобовий, сечостатевої, очний, лімфатичних вузлів туберкульоз. Основний лікувальний фактор – таласопродурія, тобто морські купання та дихання морським повітрям;

■ Низькогірні кліматичні курорти Ворохта, Татарів, Яремча в Карпатах, Велика Ягла в Криму призначені для долікування легневих хворих;

■ Кумисолікування кобилячим молоком практикують деякі кримські санаторії. Застосовують його при поганій переносимості хіміопрепаратів і супутніх хворобах органів травлення.

Методи санаторно-курортного лікування хворих на туберкульоз

■ Аеротерапія або повітряні ванни активують адаптаційні механізми – кровотворення, дихання, нейроендокринної системи;

■ Хворим призначаються наступні режими: Режим О – це режим спокою або постільний при загостреннях або акліматизаційних реакціях; Режим І – щадний; Режим ІІ – щадно-тренувальний або тонізуючий та Режим ІІІ – тренувальний, який призначається при стабільній ремісії туб. процесу та супутніх захворювань;

■ В морському повітрі знаходяться солі натрію, магнію, кальцію, йод, бром;

■ Прохолодні повітряні ванни протипоказані при загостреннях туберкульозу, ускладнення після операцій, ревматизм, радикуліах, гіпертонічній хворобі ІІ-ІІІ ст;

■ Геліотерапія (дозована) призначається при торпідному або згасаючому перебігу туберкульозу легень (вогнищевому або інфільтративному), кістково-суглобових формах, лімфаденітах. Вона прискорює явища розсмоктування, стимулює імунітет, покращує зовнішнє дихання;

- Не призначають геліотерапію при загостреннях, кровотечах, атеросклерозі, гіпертонії – III стадії, захворюваннях крові, пухлинах, стенокардії;
- Лікувальна фізкультура: ранкова гігієнічна гімнастика спортивні ігри, теренкур, ближній туризм;
- Масаж: покращує кровотоку та лімфотоку;
- Бальнеотерапія у вигляді ванн: хлоридні, натрієві, вуглекислі, кисневі, грязьлікування – мулові та торф'яні грязі;
- Апаратна фізіотерапія: ультразвук, фонофорез, електрофорез медикаментами, диадинамік, інгаляційна аерозольотерапія.

ХІРУРГІЧНЕ ЛІСУВАННЯ ХВОРИХ НА ТУБЕРКУЛЬОЗ ЛЕГЕНЬ

Консервативні методи: накладання штучного пневмотораксу або штучного пневмоперитонеума.

Можливі ускладнення:

- При пневмотораксі: повітряна емболія судин головного мозку, спонтанний пневмоторакс, плевропульмональний шок та пневмоплеврит;
- При пневмоперитонеумі: підшкірна та межистінна емфізема, емболія судин головного мозку.

Операції діляться на планові, невідкладні (кровотечі) та термінові (тобто вимушені), коли прагнуть полегшити страждання хворого.

Не показана операція, якщо ємність легень становить менше 50% належної величини, коефіцієнт резерву дихання – менше 4, проба Штанге <20сек., Собразе <15сек., вік хворого перевищує 60. Крім того, інфаркт міюкарда, недостатність кровообігу ІА, гіпертонічна хвороба, ампліодоз, недостатність нирок.

Види операцій:

- Радикальні (резекційні): пневмонекомія, лобектомія, сегментектомія, комбінована резекція.
- Колапсхірургія: торакопластика, ІПП та ІІІ.
- Проміжні операції: кавернотомія і кавернопластика, дренаж каверни, перев'язування бронха, легеневої артерії.

В яких випадках показана операція пневмонекомії?

При однібічному циротичному туберкульозі легень, однібічному кавернозному процесі без ураження протилежної легені, знову ж таки однібічна казеозна пневмонія, полікавернозний процес, комбінація туберкульозу з нагнійними захворюваннями легень.

Пневральна порожнина, яка залишається після монектомії – заповнюється ексудатом до рівня ІІІ ребра приблизно до 3-4 тижня, в подальшому настає фіброз цього ексудату та спадання порожнини протягом 4-8 місяців.

Операція лобектомії, тобто видалення частки легені, показана хворим на фіброзно-кавернозний туберкульоз, можлива також наявність вогнищ в інших частках легені. Язичкові сегменти видаляються одночасно з долею легені

зліва, оскільки вони рідко не уражаються слід. процесом. Нижньодольові лобектомії завжди пов'язані з ураженням та видаленням трьох або чотирьох базальних сегментів.

Операція сегментарної резекції показана при прогресуючих туберкульозах легень, обмеженому (1-2 сегменти) фіброзно-кавернозному туберкульозі, обмеженому вогнищевому та дисемінованому (1-2 сегменти) туберкульозі легень з періодичними загостреннями.

Комбінована резекція передбачає видалення сегментів з кількох долей. Після резекції хворі до 2-ох місяців знаходяться в стаціонарі, а потім їх ще на 2 місяці направляють в санаторії. Антибактеріальна терапія триває після операції 4 місяці. Далі протягом 2 років хворі одержують проф. курси АБТ тривалістю 2-3 місяці. Працездатність після операції резекції легені відновлюється через 6 місяців.

Операція кавернотомія і кавернопластика – це розкриття і наступне відкриття лікування каверни. Ці операції робиться хворим похилого віку, у яких загальний стан не дозволяє робити операцію резекції легень.

Операція торакопластики проводиться у хворих з низькими функціональними показниками дихання та кровообігу, коли процес розташований в верхніх відділах легень, каверна немає щільних фіброзних стінок, відносно не важкий стан хворого.

Операція дренажування каверни з введенням через мікроіригатор антибактеріальних препаратів.

Операція плевросктомії і декортикації легень у випадках емпієми плеври.

Тестові завдання:

1. Учитель О., 28р., лікувався 10 міс., в т.ч. 2 місяці санаторно з приводу інфільт. туберкульозу верхньої частки правої легень, фаза розпаду, МБГ(+). Наступило значне покращення – абактеріальність мокротиння, закриття порожнини розпаду. Ваша тактика щодо працевлаштування.
 - a. Допустити до попередньої роботи.
 - b. Продовжити листок непрацездатності до 12 місяців, після чого допустити до роботи.
 - c. Направити на МСЕК для встановлення III групи інвалідності.
 - d. Направити на МСЕК для встановлення II групи інвалідності.
 - e. Запропонувати іншу роботу.
2. Який найбільш оптимальний тип санаторних закладів показаний для лікування дітей з груп ризику
 - a. Приморські санаторії
 - b. Низькотісні кліматичні курорти
 - c. Високотісні санаторії
 - d. Амбулаторне спостереження
 - e. Місцеві санаторії
3. Які з перелічених супутніх хвороб не є протипоказом для лікування хворих на активний туб-з органів дихання в умовах санаторіїв південного берегу Криму?
 - a. Гіпертонічна хвороба II-III ст.
 - b. Злоякісні пухлини
 - c. Атеросклероз, часті приступи стенокардії
 - d. Ревматизм, неактивна стадія
 - e. Захворювання крові
4. Тривалість антимікобактеріальної терапії після успішно проведеної резекції верхньої частки правої легень з приводу туберкульозу.
 - a. 1-2 тижні
 - b. 3-4 тижні
 - c. 2-3 місяці
 - d. 4-6 місяців
 - e. 7-10 місяців
5. На якому місяці спостереження та лікування хворого на вперше виявлену деструктивну форму туберкульозу легень вирішується питання про доцільність застосування хірургічного методу лікування?
 - a. 2-3 місяць
 - b. 6-8 місяць
 - c. 10-12 місяць
 - d. після року
 - e. 4-6 місяць

6. Що служить основною причиною застосування хірургічних втручань при туберкульозі органів дихання?
 - a. Бажання та згода хворого.
 - b. Часті загострення специфічного процесу.
 - c. Негативне ставлення хворого до прийому антимікобактеріальних препаратів.
 - d. Короткотермінові ремісії хвороби.
 - e. Неefективність основного курсу антимікобактеріальної терапії.

7. Які з перерахованих видів хірургічних втручань при туберкульозі легень являються найбільш ефективними та фізіологічно обгрунтованими?
 - a. Торакопластика
 - b. Екстраплевральний пневмоліз
 - c. Лобектомія
 - d. Операція дренування каверни
 - e. Резекційні втручання

ЛІТЕРАТУРА

1. Фатула М.І., Фатула Ю.М. Українці – лауреати Нобелівської премії. Науково-довідкове видання. – Ужгород, - 2011, 76 с.
2. Фтизіатрія. За загальною редакцією акад. А.Я. Циганенка і проф. С.І. Зайцевої. Харків. «Факт», - 2004, 400 с.
3. Фтизіатрія. За загальною редакцією В.І. Петренка – Вінниця, Нова книга, 2006, 500 с.
4. Шимко Е. П., Скрип В.В., Марковий Л.Ю. Організаційні аспекти роботи центральної лікарської комісії в ефективності реалізації адаптованої ДОТС – стратегії туберкульозу. Методичні рекомендації. Ужгород. Говерла, - 2009, 27 с.
5. Шимко Е. П., Скрип В.В., Сарващ Й.Ф. Роль та місце деяких методів народної медицини в комплексному лікуванні туберкульозу. «Матеріали міжнародної науково-практичної конференції 20-21 квітня 2012 в сан. «Квітка полонини» по тематичі «Фітотерапія: здобутки і перспективи.» - Ужгород 2012 с. 77 – 80.

Формат 60x84/16. Умовн. друк. арк. 0,93. Зам. № 1. Наклад 150 прим.
Видавництво УжНУ «Говерла».
83000, м. Ужгород, вул. Капітульна, 18. Тел.: 3-32-48. Е-mail: hovela@i.ua

Свідоцтво про внесення до державного реєстру
видавців, виготовників і розповсюджувачів видавничої продукції –
Серія 3т № 32 від 31 травня 2006 року