



І.Д. Дужий, О.В. Кравець, В.А. Дмитрук, І.І. Рудь
Сумський державний університет

Працездатність осіб, оперованих з приводу туберкульозу легень

Мета роботи — проаналізувати рівень інвалідності та втрати працездатності внаслідок оперативних втручань з приводу туберкульозу легень.

Матеріали та методи. Проаналізовано результати оперативного лікування у 343 хворих на туберкульоз легень. Хворим виконували такі види оперативних втручань: лобектомію, сегментарну резекцію легень, торакопластику, торакопластику в поєднанні з резекційними методами, плевректомію, пневмонектомію.

Результати та обговорення. Внаслідок втручання у 98 (28,6 %) хворих спостерігалось зниження або втрата працездатності зі встановленням групи інвалідності. 33 особи отримали II, а 65 — III групу інвалідності. Після лобектомії інвалідність встановлено у 37 (10,8 %) хворих, після сегментарної резекції легень — у 16 (4,7 %), торакопластику — у 34 (9,9 %), торакопластику з сегментарною резекцією чи лобектомією — у 2 (0,6 %), плевректомії — у 2 (0,6 %), пневмонектомії — у 7 (2,0 %). Виконання пневмонектомії призвело до інвалідності у 100 % випадків, торакопластику — у 73,9 %, сегментарної резекції — у 21,1 %, лобектомії — у 24,5 %, плевректомії — у 9,1 %, торакопластику з лобектомією або сегментарною резекцією — у 4,9 %. Після операції не працювали 77 (78,5 %) осіб, працевлаштовані — 15 (15,4 %), навчалось — 6 (6,1 %).

Висновки. Внаслідок оперативного лікування з приводу туберкульозу легень повна втрата працездатності зі встановленням II групи інвалідності мала місце у 9,6 % оперованих, часткова втрата працездатності (III група) — у 19,0 %. Симультанні оперативні втручання у плані реабілітації дають вищі результати, ніж резекційні.

Ключові слова

Легеневий туберкульоз, оперативне лікування, працездатність, інвалідність.

На сьогодні туберкульоз утримує перше місце серед причин смертності від інфекційних хвороб і призводить до високої інвалідності хворих на цю недугу. Епідемія туберкульозу зачепила не тільки країни із низьким рівнем соціально-економічного розвитку, а й розвинені держави [6, 7, 14, 16].

Показники первинної інвалідності дорослого населення внаслідок туберкульозу легень за останніх років залишалися на рівні 1,4 на 10 000 хворих. За останні два роки цей показник суттєво зріс і становить 1,9 на 10 000. Відомо, що серед хворих на туберкульоз 77 % складають особи працездатного віку (18–54 роки), що свід-

чить про негативний вплив на соціальний та економічний статус хворого й населення загалом. Серед первинно визнаних інвалідами внаслідок туберкульозу легень також переважають особи працездатного віку — 98,7 %. Отже, захворювання є не лише медичною, а й соціальною проблемою, яка характеризує соціально-економічний стан держави, санітарну культуру населення, ефективність роботи системи охорони здоров'я загалом [5, 7, 8, 14].

Важливою складовою комплексного лікування туберкульозу легень є хірургічне лікування, роль якого, з огляду на особливості перебігу захворювання, зростає [1, 4, 15].

Збільшення кількості випадків резистентності збудника туберкульозу серед уперше виявле-

них і пролікованих консервативно диктує потребу у вдосконаленні підходів до лікування хворих. Перспективним залишається ширше застосування нових методів хірургічного лікування, зокрема з використанням екстра- та інтраплевральної торакопластики і симультанних втручань [3].

Зарубіжні автори (США, Японія) також вказують на важливу роль своєчасно виконаної операції у лікуванні туберкульозу легень. Застосування резекційних оперативних втручань на тлі медикаментозного лікування дають змогу досягнути абацилювання таких хворих у 96–100 % випадків. Але хірургічне лікування, на їхню думку, повинно займати належне місце, особливо в разі лікування хворих на хіміорезистентний туберкульоз [11–13].

Фахівці Німеччини і Великобританії вважають, що туберкульоз легень за чутливістю збудника до хіміотерапії повинні лікувати консервативно, а за розвитку резистентності — переходити до оперативних методів, серед яких останніми роками зростає роль ендоскопічних, мініінвазивних та колапсхірургічних втручань [9, 10].

Узагальнюючи досвід вітчизняних фахівців та країн СНД, можна зазначити, що майже 18–24 % хворих на туберкульоз легень мають потребу в оперативному лікуванні. Наявність чи розвиток різних видів резистентності мікобактерій до антибактеріальних препаратів посилює і розширює показання до оперативного лікування. На певному етапі перебігу процесу залежно від типу резистентності, переносності антибактеріальних препаратів та соціальної організованості хворого таке лікування залишається єдиною альтернативним методом. Незалежно від типу оперативного втручання (резекційне чи колапсхірургічне, із застосуванням торакотомії чи мініінвазивного доступу) завжди певною мірою зменшується об'єм функціонуючої легеневої паренхіми, а це на деякий час, до розвитку компенсаторних та адаптаційних змін, супроводжується рестриктивним типом порушень зовнішнього дихання, а це може призвести до деякої втрати працездатності, що зумовлюється характером роботи реабілітанта. З огляду на це важливо простежити за впливом хірургічних методів лікування на оздоровлення хворих (медична частина проблеми) та на їхнє повернення до соціально активного життя, зокрема й працездатності (соціальна частина проблеми) [2]. Відновлення функціональної здатності зовнішнього дихання у часовому просторі та стабілізація працездатності цікавлять лікарів, оскільки це визначає їхнє ставлення до хірургічних методів лікування. Саме це і визначає актуальність проблеми.

Мета роботи — проаналізувати рівень інвалідності та втрати працездатності внаслідок оперативних втручань з приводу туберкульозу легень.

Матеріали та методи

Проаналізовано результати оперативного втручання у 343 хворих на туберкульоз легень, яких лікували в Сумському обласному клінічному протитуберкульозному диспансері. З оперованих було 224 (65,3 %) чоловіків та 119 (34,7 %) жінок. Вік хворих коливався від 18 до 57 років (середній — $46,3 \pm 6,2$). У 219 (64,3 %) осіб захворювання на туберкульоз тривало до 2 років: у 138 (40,2 %) чоловіків та у 81 (23,6 %) жінки; понад 2 роки — у 124 (35,7 %): у 86 (25,1 %) і у 38 (11,1 %) чоловіків та жінок відповідно.

Фіброзно-кавернозний туберкульоз виявлено у 215 (62,7 %) хворих, інфільтративний туберкульоз — у 48 (14,0 %), циротичний — у 34 (9,9 %), множинні туберкуломи з розпадом — у 24 (7,0 %), хронічну туберкульозну емпієму плеври — у 22 (6,4 %) осіб.

Чутливість до хіміопрепаратів зберігалася у 204 (59,5 %) хворих. Бактеріовиділення з хіміорезистентністю спостерігалася у 139 (40,5 %) осіб. Із них монорезистентність встановлено у 42 (12,2 %) чоловіків та 17 (5,0 %) жінок, мультирезистентність — у 58 (16,9 %) та 22 (6,4 %) відповідно.

Хворим виконували такі види оперативних втручань: лобектомію — у 151 (44,0 %) хворого, сегментарну резекцію легень — у 76 (22,2 %), торакопластику — у 46 (13,4 %), торакопластику у поєднанні з резекційними методами — у 41 (12,0 %), плевректомію — у 22 (6,4 %), пневмонектомію — у 7 (2,0 %).

Результати та обговорення

Середній термін лікування хворих після виконання оперативного втручання у середньому становив ($72 \pm 9,5$) доби.

Завдяки операції у 330 (96,2 %) хворих досягли абацилювання. Рецидив туберкульозу легень спостерігався у 13 (3,8 %) осіб.

Унаслідок оперативного втручання у 98 (28,6 %) хворих (67 чоловіків та 31 жінка) відбулося зниження або втрата працездатності зі встановленням групи інвалідності. З них 33 особи дістали II, а 65 — III групи інвалідності (таблиця).

Таким чином, після лобектомії інвалідність загалом було встановлено у 37 (10,8 %) хворих, після сегментарної резекції легень — у 16 (4,7 %), торакопластики — у 34 (9,9 %), торакопластики з сегментарною резекцією чи лобектомією — у 2 (0,6 %), плевректомії — у 2 (0,6 %), пневмонектомії — у 7 (2,0 %).

Таблиця. Вплив оперативного втручання при туберкульозі легень на показники інвалідності

Вид оперативного втручання	Розподіл залежно від виду операції	Хворі, які дістали інвалідність			
		II група		III група	
		Абс.	%	Абс.	%
Лобектомія	151	7	2,0	30	8,7
Торакопластика	46	15	4,4	19	5,5
Сегментарна резекція легень	76	3	0,9	13	3,8
Пневмонектомія	7	5	1,5	2	0,6
Плевректомія	22	1	0,3	1	0,3
Торакопластика у поєднанні з резекційними методами	41	2	0,6	—	—
Загалом	343	33	9,6	65	19,0

Виконання пневмонектомії призвело до інвалідності у 100 % випадків, торакопластики — у 73,9 %, сегментарної резекції — у 21,1 %, лобектомії — у 24,5 %, плевректомії — у 9,1 %, торакопластики з лобектомією або сегментарною резекцією — у 4,9 %. Отже, найефективнішим було оперативне втручання з приводу хронічного туберкульозного плевриту, після якого інвалідність встановлено у 9,1 % оперованих. Після симультанних втручань (поєднання резекційних та колапсхірургічних операцій) інвалідність встановлено лише у 4,9 % оперованих, що менше у 4,1 разу, ніж після сегментарних резекцій, і у 5 разів, ніж після лобектомій. За такої значної різниці у встановленні інвалідності між симультанними і резекційними втручаннями перші можна вважати відносно функціонально зберігаючими, оскільки торакопластика за таких втручань виконує функцію стабілізації залишеної після резекції легені у своєму «природному» стані без зміщення, перерозтягнення і деформації бронхів, що призводить до функціональних порушень [16].

Основними факторами інвалідності у оперованих хворих були: значна тривалість захворювання — 42 (42,9 %) особи, тяжкий перебіг захворювання — 26 (26,5 %), соціально-побутові фактори — 12 (12,2 %), резистентність мікобактерій туберкульозу — 12 (12,2 %), асоціальне ставлення хворого до лікування — 6 (6,1 %).

Головними показниками ефективності оперативного лікування хворих на туберкульоз легень були клінічне одужання, відновлення працездатності та соціальна адаптація людини.

Досліджуючи стан працездатності хворих, оперованих з приводу туберкульозу легень з групою інвалідності, встановлено, що після лікування не працювали 77 (78,5 %) осіб, працевлаштовано — 15 (15,4 %), навчалося — 6 (6,1 %). Серед хворих, які не працювали після операції з певних причин, працездатність відновлено у 36 (36,7 %). Серед працевлаштованих за фахом працювали 10 (10,2 %) оперованих; роботу, що не відповідала фаховій підготовці, виконували 5 (5,1 %) реабілітантів (3 осіб — розумову працю, 2 — фізичну). У групі хворих, які навчалися, працездатними були 4 (4,1 %). Таким чином, серед усіх хворих з інвалідністю працездатність відновлено у 55 (56,1 %) осіб.

Висновки

Внаслідок оперативного втручання з приводу туберкульозу легень повна втрата працездатності зі встановленням II групи інвалідності мала місце у 9,6 % оперованих.

Часткову втрату працездатності (III група інвалідності) спостерігали у 19,0 % оперованих хворих.

Симультанні оперативні втручання у плані реабілітації дають вищі результати, ніж резекційні.

Перспективи подальших досліджень. Продовжити подальше нагромадження матеріалу та вивчити вплив на інвалідність функціональних змін дихальної і серцево-судинної систем окремо. Встановити фахові зміни у реабілітантів залежно від типу оперативних втручань.

Конфлікту інтересів немає. Участь авторів: розробка концепції та дизайну дослідження, отримання результатів, аналіз отриманих даних, редагування — І.Д. Дужий; збір матеріалу, статистична обробка даних, аналіз отриманих даних, підготовка тексту — О.В. Кравець; збір матеріалу, статистична обробка даних — В.А. Дмитрук; збір матеріалу, статистична обробка даних — І.І. Рудь.

Список літератури

1. Гарифуллин З.Р., Аминов Х.К. Эффективность хирургического лечения больных лекарственно устойчивым туберкулезом органов дыхания в зависимости от характера течения заболевания // Туберкулез и болезни легких.— 2009.— № 7.— С. 41–46.
2. Дужий І.Д. Хірургія туберкульозу легень та плеври.— К.: Здоров'я.— 2003.— 560 с.
3. Дужий І.Д., Кравець О.В. Коласохірургія у лікуванні сучасного туберкульозу легень.— Суми: Сумський державний ун-т, 2016.— 321 с.
4. Корпусенко І.В. Применение малоинвазивной экстраплевральной торакопластики у пациентов с двухсторонним туберкулезом легких // Новости хирургии.— 2015.— № 23 (1).— С.37–43. doi: http://dx.doi.org/10.18484/2305-0047.2015.1.37.
5. Іпатов А.В., Гондуленко Н.О., Паніна С.С. та ін. Первинна інвалідність серед дорослого населення та населення працездатного віку внаслідок туберкульозу в Україні за 2006 рік // Український вісник медико-соціальної експертизи.— 2017.— № 1 (23).— С. 3–13.
6. Петренко В.І., Процюк Р.Г. Проблема туберкульозу в Україні // Туберкульоз, легеневі хвороби, ВІЛ-інфекція.— 2015.— № 2.— С. 16–28.
7. Поліщук Л.М., Радаєва І.М., Устянська О.В. Туберкульоз — соціальна проблема в Україні // Молодий вчений.— 2017.— № 11 (51).— С. 92–95.
8. Український центр контролю за соціально небезпечними хворобами міністерства охорони здоров'я України: [Електронний ресурс]. <http://ucdc.gov.ua/uploads/files/%D1%8C%D0%BE%D0%B83.pdf>.
9. Cummings I., O'Grady J., Pai V. et al. Surgery and tuberculosis // Curr. Opin. Pulm. Med.— 2012.— Vol. 18, N 3.— P. 241–245. doi: 10.1097/MCP.0b013e3283521391.
10. Klotz L.V., Lindner M., Hatz R.A. Pulmonary tuberculosis — is surgery still necessary? // Zentralbl. Chir.— 2015.— Vol. 140, suppl. 1.— P. 36–42. doi: 10.1055/s-0035-1546249.
11. Pomerantz B.J., Cleveland J.C. Jr, Olson H.K. et al. Pulmonary resection for multi-drug resistant tuberculosis // J. Thorac. Cardiovasc. Surg.— 2001.— Vol. 121, N 3.— P. 448–453. doi: 10.1067/mtc.2001.112339.
12. Shiraishi Y., Katsuragi N., Kita H. et al. Aggressive surgical treatment of multidrug-resistant tuberculosis // J. Thorac. Cardiovasc. Surg.— 2009.— Vol. 138, N 5.— P. 1180–1184. doi: 10.1016/j.jtcvs.2009.07.018.
13. Takeda S., Maeda H., Hayakawa M. et al. Current surgical intervention for pulmonary tuberculosis // Ann. Thorac. Surg.— 2005.— Vol. 79, N 3.— P. 959–963. doi: 10.1016/j.athoracsur.2004.09.007.
14. World Health Organization. Global Tuberculosis Report 2017.— Geneva, 2017.— 262 p.
15. WHO Regional Office for Europe. The role of surgery in the treatment of pulmonary TB and multidrug- and extensively drug-resistant TB.— 2014.— 17 p.
16. Zhang Y., Yew W.W. Mechanism of drug resistance in Mycobacterium Tuberculosis: update 2015 // Int. J. Tuberc. Lung Dis.— 2015.— Vol. 19, N 11.— P. 1276–1289. doi: 10.5588/ijtld.15.0389.

И.Д. Дужий, А.В. Кравец, В.А. Дмитрук, И.И. Рудь
Сумский государственный университет

Трудоспособность лиц, оперированных по поводу туберкулеза легких

Цель работы — проанализировать уровень инвалидности и потери трудоспособности в результате оперативных вмешательств по поводу туберкулеза легких.

Материалы и методы. Проведен анализ результатов оперативного лечения 343 больных туберкулезом легких. Больным выполняли следующие виды оперативных вмешательств: лобэктомия, сегментарную резекцию легких, торакопластику, торакопластику в сочетании с резекционными методами, плеврэктомия, пневмонэктомия.

Результаты и обсуждение. Как следствие вмешательства у 98 (28,6 %) больных наблюдалось снижение или потеря трудоспособности с последующим установлением группы инвалидности. 33 человека получили II, а 65 — III группу инвалидности. После лобэктомии инвалидность была установлена 37 (10,8 %) больным, после сегментарной резекции легких — 16 (4,7 %), торакопластики — 34 (9,9 %), торакопластики с сегментарной резекцией или лобэктомией — 2 (0,6 %), плеврэктомии — 2 (0,6 %), пневмонэктомии — 7 (2,0 %). Выполнение пневмонэктомии привело к инвалидности в 100 % случаев, торакопластики — в 73,9 %, сегментарной резекции — в 21,1 %, лобэктомии — в 24,5 %, плеврэктомии — в 9,1 %, торакопластики с лобэктомией или сегментарной резекцией — в 4,9 % случаях. После перенесенной операции не работали 77 (78,5 %) человек, трудоустроены — 15 (15,4 %), обучались — 6 (6,1 %).

Выводы. Вследствие оперативного лечения по поводу туберкулеза легких полная потеря трудоспособности с установлением II группы инвалидности наблюдалась у 9,6 % оперированных, частичная потеря трудоспособности (III группа) — у 19,0 %. Симультантные оперативные вмешательства в плане реабилитации дают лучшие результаты, чем резекционные.

Ключевые слова: туберкулез легких, оперативное лечение, трудоспособность, инвалидность.

I.D. Duzhiy, O.V. Kravets, V.A. Dmytruk, I.I. Rud
Sumy State University, Sumy, Ukraine

Persons working capacity after pulmonary tuberculosis surgery

Objective – to analyze the level of disability and incapacity for work resulting from surgical interventions for pulmonary tuberculosis.

Materials and methods. The analysis of the results of surgical treatment of 343 patients with pulmonary tuberculosis was performed. The following types of surgical interventions were performed in the patient: lobectomy, segmental resection of the lungs, thoracoplasty, thoracoplasty in combination with resection methods, pleurectomy, pneumonectomy.

Results and discussion. Because of the intervention 98 (28.6 %) patients experienced a decrease or loss of capacity to work, followed by the appointment of a disability group. Among them 33 got II, and 65 – III disability groups. After lobectomy, disability was diagnosed in 37 (10.8 %) patients, after segmental lung resection – in 16 (4.7 %), thoracoplasty – in 34 (9.9 %), thoracoplasty with segmental resection or lobectomy – in 2 (0.6 %), pleurectomy – 2 (0.6 %), pneumonectomy – 7 (2.0 %) patients. Pneumonectomy has led to disability in 100 % of cases, thoracoplasty – 73.9 %, segmental resection – 21.1 %, lobectomy – 24.5 %, pleurectomy – 9.1 %, thoracoplasty in combination with lobectomy or segmental resection – in 4.9 % of cases. After the carried operation 77 (78.5 %) people were not worked, 15 (15.4 %) were worked 6 (6.1 %) were studying.

Conclusions. As a result of surgery treatment for pulmonary tuberculosis, a total loss of capacity to work with the appointment of the II group of disability was 9.6 % of operated, partial loss of capacity to work (group III) – in 19.0 % of patients. Simultaneous surgical interventions give better results than resection as regards the rehabilitation.

Key words: pulmonary tuberculosis, operative treatment, working capacity, disability.

Контактна інформація:

Дужий Ігор Дмитрович, акад. АН ВШ України, д. мед. н., проф., зав. кафедри загальної хірургії, радіаційної медицини та фізіотрії
40021, м. Суми, вул. Гамалея, 1/39
Тел. (0542) 65-65-55
E-mail: gensurgery@med.sumdu.edu.ua

Стаття надійшла до редакції 16 липня 2018 р.