

Інтраплевральна корегувальна торакопластика в хірургічному лікуванні дорослих і дітей, хворих на туберкульоз легень

Опанасенко М.С., Лисенко В.І., Терешкович О.В., Конік Б.М., Маєтний Є.М., Леванда Л.І., Калениченко М.І., Степанюк А.М., Шестакова О.Д., Фащук О.М., Нечаєнко І.П.

ДУ «Національний науковий центр фтизіатрії, пульмонології та алергології ім. Ф.Г. Яновського НАМН України», м. Київ, Україна

Обґрунтування. Основними методами хірургічного лікування хворих на туберкульоз легень (ТБЛ) є резекції легені в різному обсязі. Головними причинами неефективності резекційних методів лікування хворих на ТБЛ є: перерозтягнення резектованої легені, особливо при залишенні вогнищ відсіву, та порушення конгруентності залишених після резекції відділів легені. У таких випадках застосовуються різні методи корекції обсягу гемітораку. Одним з найефективніших методів є інтраплевральна корегувальна торакопластика.

Мета. Визначити ефективність застосування інтраплевральної торакопластики (ІПТП) при хірургічному лікуванні хворих на ТБЛ.

Матеріали та методи. У нашій клініці було проведено 52 оперативні втручання із застосуванням резекції легені з одномоментною корегувальною ІПТП. Ці хірургічні втручання було виконано в період із 2006 по 2024 р. У 45 (86,5 %) пацієнтів було проведено ІПТП за методикою, розробленою на базі клініки, в 7 (13,5 %) випадках виконувалася класична ІПТП. Методика, розроблена в нашій клініці (Патент України № 29878 «Спосіб хірургічного лікування хворих на туберкульоз легень»), ґрунтується на таких оперативно-технічних аспектах ІПТП: бічна торакотомія на 2 см нижче кута лопатки, підокісне субтотальне видалення 5-го ребра, торакотомія по ложі 5-го ребра, виконання основного етапу операції (резекції або плевректомії з декортикацією), інтраплевральне видалення 1-го, 2-го та 3-го ребер, дренажування плевральної порожнини двома дренажами, інтраплевральне підшивання передньої грудної стінки до задньої в зоні декостації, пошарове закриття торакотомної рани, створення післяопераційного пневмоперитонеуму об'ємом 1000-2000 см³. Класична ІПТП полягала в інтраплевральному видаленні від 3 до 5 ребер залежно від бажаного ефекту. Віковий діапазон хворих становив від 16 до 65 років. Було проведено 1 ІПТП дитині 16 років із приводу фіброзно-кавернозного ТБЛ справа. 43 (82,7 %) пацієнти були прооперовані з приводу хронічних форм ТБЛ. Двобічні процеси було діагностовано в 39 (75,0 %) випадках. Тривалість захворювання до операції становила від 10 місяців до 6 років. 8 (15,4 %) пацієнтів були прооперовані з приводу неефективного попереднього оперативного лікування в інших клініках або рецидивів ТБ. ТБ трахеї та/або бронхів на доопераційному етапі підготовки було діагностовано в 13 (25,0 %) хворих. У 43 (82,7 %) пацієнтів відзначалася полірезистентність мікобактерій до протитуберкульозних препаратів. Найчастіше корекція обсягу гемітораку виконувалася у хворих на фіброзно-кавернозний ТБЛ – 30 (57,7 %) випадків, у 16 (30,8 %) хворих корекція гемітораку виконувалася після резекцій із приводу множинних або конгломератних туберкулів з розпадом. Інші форми ТБЛ у дослідженні були поодинокими.

Результати та їх обговорення. Основною перевагою ІПТП є незначний косметичний дефект при задовільному зменшенні об'єму грудної клітки. Резекційні втручання з використанням класичної корегувальної ІПТП були такими: верхня лобектомія – 3 (42,9 %) випадки, плевректомія з декортикацією легені – 3 (42,9 %), полісегментарна резекція легені – 1 (14,3 %). В 1 (14,3 %) випадку після застосування класичної ІПТП настала смерть від гострої серцево-легеневої недостатності. Інших ускладнень не було. У період спостереження до 5 років 6 (85,7 %) пацієнтів досягли повного одужання. ІПТП, розроблена в нашій клініці (Патент України № 29878 «Спосіб хірургічного лікування хворих на туберкульоз легень»), найчастіше виконувалася для корекції обсягу гемітораку після верхньої лобектомії та комбінованої резекції легені: 26 (57,8 %) та 13 (28,9 %) випадків відповідно. Післяопераційні ускладнення при застосуванні ІПТП розвинулися в 5 (11,1 %) випадках. У 2 (4,4 %) пацієнтів у ранньому післяопераційному періоді виникла тромбоемболія дрібних гілок легеневої артерії з порушенням гемодинаміки. Цим пацієнтам терміново було призначено антикоагулянтну терапію (низькомолекулярні гепарини в максимальних терапевтичних дозах), яка тривала 7 днів з поступовим переходом на профілактичні дози антикоагулянтів непрямої дії. Післяопераційні ускладнення було ліквідовано, загальний результат лікування задовільний. В 1 (2,2 %) пацієнта в ранньому післяопераційному періоді виникла повітряна емболія внаслідок неадекватного поводження з центральним венозним катетером самим пацієнтом. Були призначені оксигенотерапія та прямі антикоагулянти в лікувальній дозі. Стан хворого нормалізувався через 2 доби. Загальний результат лікування цього пацієнта задовільний. В 1 (2,2 %) пацієнта, якому виконали верхню білобектомію та резекцію S6 правої легені з приводу мультирезистентного ТБЛ з відсівом у ліву легеню, через 3 місяці після операції було відзначено рецидив туберкульозного процесу в оперованій легені на тлі приймання протитуберкульозних препаратів. Загальний результат операції є незадовільним. Ще в 1 (2,2 %) спостереженні після верхньої лобектомії справа в післяопераційному періоді розвинулася серома підлопаткового простору. Цей пацієнт із супутньої патології мав цукровий діабет 2-го типу. Зазначене ускладнення було ліквідовано шляхом мікродренажування підлопаткового простору з уведенням у мікроіригатор антибіотиків широкого спектра дії (амікацин і цефтріаксон). Летальних випадків при застосуванні цього виду ІПТП зафіксовано не було. Загальна ефективність методу становила 88,9 %.

Висновки. ІПТП є ефективним методом корекції обсягу гемітораку, яка дає змогу досягти адекватного зменшення грудної клітки при незначному косметичному дефекті.