

М. С. Опанасенко, О. В. Терешкович
ЗАСТОСУВАННЯ ТОРАКОПЛАСТИКИ ПРИ ОПЕРАТИВНОМУ ЛІКУВАННІ
ТУБЕРКУЛЬОЗУ ЛЕГЕНЬ — ІСТОРИЧНІ АСПЕКТИ І СУЧАСНІ ПЕРСПЕКТИВИ

ДУ "Національний інститут фтизіатрії і пульмонології імені Ф. Г. Яновського АМН України"

У торакальній хірургії, як і в хірургії взагалі, більшість із основних видів оперативних втручань були розроблені в період кінця XIX — початку XX століть. Одним із таких "класичних" оперативних втручань є торакопластика (ТП). Основою виникнення колапсхірургічних втручань були емпіричні спостереження лікарів, які помітили, що при здатності організму до спонтанного виліковування туберкульозу (ТБ) спостерігаються ознаки зморщення і розвитку циротичних змін у легені: зменшення об'єму гемітораку, звуження міжребер'їв, западіння надключичної і підключичної ділянок. Базуючись на цих емпіричних спостереженнях Карло Форланіні у 1882 році запропонував застосування штучного пневмотораксу (ШП) для лікування ТБ легень. Враховуючи відсутність ефективних протитуберкульозних препаратів ця методика була практично єдиним патогенетично обумовленим і ефективним методом лікування ТБ на той час, і тривалий час ШП був основою фтизіохірургії.

Досвід застосування ШП практично підтвердив і дозволив теоретично сформулювати основний принцип колапсхірургії легеневого ТБ — непрямий вплив на вражену ТБ легеню, створення функціонального спокою легені, зміни лімфообігу і кровообігу колабованої легені, що в комплексі створює сприятливі умови для розвитку репаративних процесів і регресії ТБ. У той же час практичний досвід застосування ШП показав досить обмежені можливості даної методики при хронічних процесах в легенях, що обумовлене технічною неможливістю створення адекватного ефективного колапсу враженої легені по причині розвитку масивних внутрішньоплевральних спайок і фіброзних змін у стінці каверни. В 1888 р. Н. Quinke запропонував і вперше виконав часткову резекцію ребер з метою лікування туберкульозної каверни. Через два роки, в 1890 році, С. Spengler провів резекцію ребер не тільки над туберкульозною каверною, а і над всією ділянкою враження, з метою формування втягнутого рубця грудної стінки. С. Spengler також запропонував термін "торакопластика", який у подальшому став загальноприйнятим. До середини нинішнього століття ТП виконувалась у всіх розвинутих країнах світу.

Із відкриттям ефективних протитуберкульозних препаратів у лікуванні хворих на ТБ легень на перше місце вийшли резекційні оперативні втручання. Зменшення кількості виконаних ТП було об'єктивно обумовлене достатньо високою ефективністю консервативної терапії ТБ легень і стрімким розвитком резекційних методик оперативного лікування ТБ легень. За цей час змінилось ціле покоління фтизіохірургів і фтизіатрів, які мало знайомі з даною методикою, а іноді і відносяться до неї із недовірою. Однак, епідеміологічна ситуація змінилася в 90-х роках XX-го сторіччя. На території більшості республік колишнього СРСР, і в Україні зокрема, різко погіршилась епідеміологічна ситуація стосовно ТБ легень. Особливістю епідемії ТБ в Україні в сучасних умовах є велика кількість занедбаних форм, поширені полідеструктивні процеси, що супроводжуються масивним бактеріовиділенням. Другою особливістю є широке поширення медикаментозної резистентності МБТ. ТБ змінив своє обличчя — став більш агресивним, резистентним до протитуберкульозних препаратів, і, відповідно, успіхи консервативної епідеміотерапії стали більш скромними. Також знизилась ефективність резекційних оперативних втручань, і помінялась структура видів оперативних втручань при лікуванні ТБ легень. Враховуючи широку розповсюдженість медикаментозної резистентності МБТ і велику кількість занедбаних деструктивних форм ТБ в структурі загальної захворюваності на ТБ — ТП на даний час не втра-

тила свого значення як самостійний метод лікування і все ширше використовується в Україні і світі.

Однак не слід забувати, що ТБ легень є інфекційним захворюванням і ніяк не хірургічною проблемою. Основою лікування хворого є раціональна і ефективна хіміотерапія, а основним лікарем — фтизіатр. Об'єктивно, при раціональній організації співпраці між фтизіатрами і фтизіохірургами, хірургічного лікування потребують 10–12 % хворих. У першу чергу це хворі з хронічними деструктивними процесами, особливо з наявністю медикаментозної резистентності (мультирезистентності) і низькою ефективністю консервативної протитуберкульозної терапії. Подальша доля цих хворих — пожиттєвий прийом протитуберкульозних препаратів. Однак нерідко такі пацієнти продовжують консервативну терапію при її очевидній безперспективності ще протягом 1–3 років і потрапляють до хірургічних стаціонарів зі значним об'ємом враження легень, ознаками інтоксикації і поліорганної недостатності або з причини виникнення безпосередньої загрози життю внаслідок розвитку ускладнень туберкульозного процесу. Це призводить до розширення об'єму операції, виконання оперативного втручання в несприятливих умовах за розширеними показаннями, що спричиняє високу травматичність, значну крововтрату, високий ризик рецидивів туберкульозу і високу летальність.

Ми хочемо наголосити, що згідно наших власних спостережень, більшість із таких хворих, приречених у випадку подальшої консервативної терапії на смерть протягом 4–5 років, при своєчасному направленні до фтизіохірурга завдяки застосуванню ТП або ТП з резекцією легень, повертаються до нормального життя. Цей вид колапсхірургічного лікування відноситься до найбільш апробованих і найбільш безпечних методів хірургічного лікування хворих на ТБ легень у відношенні розвитку рецидивів ТБ у ранньому і пізньому післяопераційному періоді. За даними А. Ф. Кравченко (2005) проведена ТП при виконанні резекції легень призводить до зниження кількості рецидивів ТБ у віддалений період у 3,5 раза.

Власні спостереження. На даний час всі види торакопластичних оперативних втручань, що застосовуються нами при лікуванні легеневого ТБ, можна умовно розділити на три групи: самостійні лікувальні торакопластики (первинні ТП); операції, що направлені на корекцію об'єму гемітораку при резекційних втручаннях (резекції легень із коригуючою торакопластикою); операції при бронхоплевральних резекційних ускладненнях (табл.).

Протягом 2004–2008 років на базі відділення торакальної хірургії і інвазивних методів діагностики (хірургічне відділення №2) Державної установи "Національний інститут фтизіатрії і пульмонології імені Ф. Г. Яновського АМН України" (ДУ НІФП) були виконані модифіковані види первинної ТП і ТП з одномоментною резекцією у 41 хворого на деструктивний туберкульоз легень. Всього виконано 47 операцій у 41 хворого. У 13 (31,7 %) хворих виконана первинна ТП як самостійний лікувальний метод, у 3 (7,3 %) хворих — різні види ТП виконані при бронхоплевральних пострезекційних ускладненнях. У 25 (60,9 %) хворих виконані різні види ТП, які направлені на корекцію об'єму гемітораку при різних видах резекційних втручань. Серед прооперованих пацієнтів переважали чоловіки 32 (78,1 %), жінок було 9 (21,9 %). Віковий діапазон хворих склав від 16 до 59 років. Тривалість захворювання становила від 10 до 84 місяців. 7 пацієнтів (17,1 %) до госпіталізації відбували покарання у місцях позбавлення волі. У 29 (70,7 %) хворих мала місце дисемінація на стороні операції, у 6 (14,6 %) — в контралатеральній легені. Туберкульоз трахеї і/або бронхів спостерігався у 5 (12,2 %) хворих. У 13 хворих (31,7 %) в анамнезі відміча-

Таблиця

Види проведених оперативних втручань

Вид оперативного втручання	Кількість хворих	Відсоток (%)
Одномоментна екстраплевральна торакопластика (первинна ТП — 12; ТП при бронхолегеневих післяопераційних ускладненнях — 1)	13	31,7
Резекція легені з одномоментною екстраплевральною торакопластикою (верхня лобектомія — 5; довидалення верхньої долі — 1; верхня білобектомія — 1; плевропульмонектомія — 1)	8	19,5
Резекція легені з одномоментною екстраплевральною торакопластикою і формуванням нового куполу плеври (верхня лобектомія — 7; верхня білобектомія — 2; комбінована резекція — 1)	10	24,4
Інтраплевральна торакопластика у поєднанні з резекцією легені чи плевректомією з декортикацією легені (верхня лобектомія — 4; плевректомією з декортикацією легені — 2; комбінована резекція — 1)	7	17,1
Етапні двобічні оперативні втручання з використанням різних видів торакопластики (етапні резекційні втручання з екстраплевральною ТП — 2; етапні резекційні втручання з інтраплевральною ТП — 1)	321	7,3
Всього прооперованих хворих	41	100
Всього оперативних втручань	47	

лось кровохаркання, у 4 (9,8 %) — легенева кровотеча. 6 (14,6 %) хворих були прооперовані на фоні прогресуючого перебігу ТБ або відсутності повної стабілізації туберкульозного процесу. Двобічний деструктивний туберкульозний процес був діагностований у 5 хворих (12,2 %).

На момент поступлення при бактеріологічному посіві харкотиння МБТ виділяли 32 (78,1 %) хворих. 29 (70,7 %) виділяли МБТ з ознаками мультирезистентності при дослідженні тесту чутливості. У 3 (7,32 %) хворих отримано позитивний результат посіву вмісту каверни на МБТ при відсутності бактеріовиділення до операції. Нами були застосовані наступні види торакопластичних втручань в модифікації клініки.

Загальна ефективність оперативного лікування із застосуванням модифікованих методик ТП у строках спостереження до 4-х років склала 78,0 %. Досягти припинення бактеріовиділення вдалося у 29 хворих (70,7 %). Покращання клінічного стану, закриття порожнин розпаду і позитивна рентгенологічна динаміка відмічались у 32 хворих (78,0 %). Післяопераційні ускладнення розвинулись у 4 (9,8 %) хворих. 4 (9,8 %) пацієнта прооперовані повторно з приводу післяопераційних ускладнень: 3 хворих із приводу емпієми плеври з бронхіальною норцею, 1 хворий із приводу перфоративної виразки шлунку. Рецидиви в післяопераційному періоді або подальше прогресування процесу спостерігались у 3 (7,3 %) хворих. Після операції померли 5 (12,2 %) хворих. Причини летальності були наступними: тромбоемболія стовбура легеневої артерії — 2 хворих; розлитий перитоніт внаслідок перфорації виразки шлунку — 1 хворий; прогресуюча дихальна недостатність — 1 хвора, прогресування туберкульозного процесу — 1 хвора.

Висновки:

1. ТП є найбільш апробованим і найбільш безпечним методом хірургічного лікування хворих на ТБ легень у відношенні розвитку рецидивів ТБ в ранньому і пізньому післяопераційному періоді.

2. ТП є операцією вибору при лікуванні хворих на деструктивний ТБ легень у випадках неефективності консервативної протитуберкульозної терапії, а також коли застосування резекційних оперативних втручань є неможливим унаслідок розповсюдженості або відсутності стабілізації процесу.

3. У всіх випадках виконання резекційних втручань у хворих на деструктивний ТБ легень і особливо мультирезистентний ТБ, при наявності дисемінації в межах більш ніж одного сегменту залишеного об'єму легеневої паренхіми показане проведення корекції об'єму гемітораксу в той чи інший спосіб з метою запобігання перерозтягненню залишених сегментів легеневої паренхіми і, відповідно, запобігання реактивації туберкульозного процесу.

4. При проведенні оперативного лікування в умовах нестабільного перебігу туберкульозного процесу і попередньої неефективної консервативної протитуберкульозної терапії найбільш доцільним є застосування ТП (первинна торакопластика) або комбінованих оперативних втручань (резекція з торакопластикою).

5. Необхідним є ознайомлення широкого кола лікарів (фтизіатрів, фтизіохірургів) з можливостями і результатами застосування ТП при лікуванні розповсюджених і занедбаних форм ТБ легень і налагодження раціональної співпраці в інтересах хворого.