

А. В. Белов, И. В. Корпусенко, Ю. Ф. Савенков
КОМБИНИРОВАННЫЕ ДВУСТОРОННИЕ РЕЗЕКЦИИ ЛЕГКОГО

*ГУ «ДМА МЗ Украины»
ДОККЛПО «Фтизиатрия», г. Днепропетровск*

В условиях наблюдаемой в Украине эпидемии туберкулёза отмечается увеличение двусторонних изменений в легких до 43,9 %, при этом количество деструктивных форм выросло до 90,7 %. В ряде случаев существует необходимость выполнения одномоментных двусторонних вмешательств (30–35 %), позволяющих в полной мере удалить очаги поражения, сократить риск реактивации процесса и сроки нахождения больного в хирургическом отделении.

Значительно расширяет возможности проведения одномоментных двусторонних резекций при туберкулёзе коррекция пострезекционного гемиторакса плевроколлагенопластикой.

На базе легочно-хирургического отделения ДОККЛПО «Фтизиатрия» города Днепропетровска прооперировано 12 больных с двусторонними формами туберкулеза, которым были выполнены двусторонние одномоментные резекции легких с плевроколлагенопластикой. Показанием к выполнению такого объёма вмешательств было двустороннее расположение туберкулом и двустороннее фиброзно-кавернозное поражение с локализацией в верхушечно-задних сегментах легких. Количество удаленных сегментов варьировало от 4 до 6. В 75 % случаев применялся трансплевральный двусторонний доступ (включая аксиллярные миниторакотомии), в 25 % случаев двусторонняя резекция производилась из трансстерального доступа. Показанием к выполнению коррекции гемиторакса стали объём резекций (50 % — S1+2 слева и S1+S2 справа, 25 % — верхняя лобэктомия справа и S1+2 слева, 25 % — верхняя лобэктомия справа и S1+2+S3 слева). В 50 % случаев коррекция производилась с обеих сторон (7–8 пластин коллагена), в оставшихся 50 % случаев коррекция выполнялась со стороны большего объёма резекции. Как правило, коррекция не проводилась при резекции S1+S2 справа, если клиническая ситуация и интраоперационное расправление легкого позволяло этого не делать.

Все больные прошли предоперационный курс лечения противотуберкулёзными препаратами в течение 6–8 месяцев, при этом у 3 больных выявлена химиорезистентность к основным химиопрепаратам (25 %).

Время оперативного вмешательства составило в среднем ($107,5 \pm 19,6$) минут, при этом выбор доступа не сказывался на общем времени оперативного вмешательства. На выполнение плевроколлагенопластики в среднем на одну сторону было затрачено ($9,5 \pm 0,5$) минут, при этом также существенного значения не имело, из какого доступа формировался новый купол плевральной полости. Интраоперационная кровопотеря была ($520,0 \pm 166,1$) мл в случае стернотомного доступа кровопотеря была в 1,6 раза больше, чем при трансплевральном. Дренажные потери составили ($325,0 \pm 92,4$) мл. Во всех случаях оперативных вмешательств плевральных осложнений не наблюдалось. Все больные в послеоперационном периоде получали стандартную для данных больных терапию. Послеоперационный койко-день составил ($20,5 \pm 2,7$). Микробиологическое и рентгенологическое контрольные исследования, проводимые на всем протяжении послеоперационного периода и дальнейшего диспансерного наблюдения, подтверждали отсутствие реактивации процесса в послеоперационном периоде.

Выводы. В сложившихся условиях легочного туберкулёза в Украине 30–35 % больных нуждаются в проведении двусторонних вмешательств.

Применение одномоментных двусторонних резекций легких в сочетании с корригирующими вмешательствами значительно повышает эффективность хирургического лечения больных с двусторонними деструктивными формами туберкулеза.

Используемые оперативно-технические варианты плевроколлагенопластики позволяют выполнять коррекцию пострезекционного гемиторакса с минимальной кровопотерей, продолжительностью и без интраоперационных осложнений.