

Б. Н. Коник, Н. С. Опанасенко**ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ИНТРАПЛЕВРАЛЬНОЙ КОРРИГИРУЮЩЕЙ ТОРАКОПЛАСТИКИ ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ***ГУ “Национальный институт фтизиатрии и пульмонологии им. Ф. Г. Яновского НАМН Украины”*

Цель работы. Ознакомить торакальных хирургов и врачей других специальностей с эффективностью применения интраплевральной торакопластики (ИПТП) при хирургическом лечении больных туберкулезом (ТБ) легких.

Материалы и методы. Нами был проведен анализ собственных результатов 37 оперативных вмешательств с применением резекции легкого с одномоментной корригирующей ИПТП. Все оперативные вмешательства были выполнены в отделении торакальной хирургии и инвазивных методов диагностики ГУ “Национальный институт фтизиатрии и пульмонологии им. Ф. Г. Яновского НАМН Украины” с 2006 по 2013 гг. В 30 (81,1 %) случаях была проведена ИПТП по методике, разработанной на базе клиники, в 7 (18,9 %) случаях выполнялась классическая ИПТП. При последней производилось интраплевральное удаление от 3-х до 5-ти ребер в зависимости от желаемого эффекта.

В результате наблюдений была модифицирована методика ИПТП (Патент Украины № 29878 «Способ хирургического лечения больных туберкулезом легких»). Основные оперативно-технические моменты модифицированной интраплевральной торакопластики (МИПТП) следующие: боковая торакотомия на 2 см ниже угла лопатки; поднадкостничное субтотальное удаление 5-го ребра; торакотомия по ложу 5-го ребра; выполнение основного этапа операции (резекции или плеврэктомии с декортикацией); интраплевральное удаление 1-го, 2-го и 3-го ребер; дренирование плевральной полости 2-мя дренажами; интраплевральное подшивание передней грудной стенки к задней в зоне декортации; послойное закрытие торакотомной раны; создание послеоперационного пневмоперитонеума в объеме 1000–2000 см³.

В исследуемой группе преобладали мужчины — 23 (62,2 %), женщин было 14 (37,8 %). Возрастной диапазон больных составил от 16 до 65 лет. 25 (67,6 %) пациентов были прооперированы по поводу хронических форм ТБ легких. Двусторонние процессы были диагностированы в 28 (75,7 %) случаях. Длительность заболевания до операции составляла от 10 месяцев до 6 лет. 5 (13,5 %) пациентов были прооперированы по поводу осложнений неэффективного предыдущего оперативного лечения в других клиниках или рецидивов туберкулеза. Туберкулез трахеи и/или бронхов на дооперационном этапе подготовки был диагностирован у 6 (16,2 %) больных. В 27 (73,0 %) случаях имела место полирезистентность микобактерий к противотуберкулезным препаратам. Чаще всего коррекция объема гемиторакса выполнялась у больных с фиброзно-кавернозным ТБ легких — 14 (37,8 %) случаев; 12 (32,4 %) больным коррекция гемиторакса выполнялась после резекций по поводу множественных или конгломеративных туберкулом с распадом. Другие формы ТБ легких в исследовании были единичными.

Результаты и обсуждение. Основным качеством ИПТП был незначительный косметический дефект при удовлетво-

рительном уменьшении объема грудной клетки. Резекционные вмешательства с использованием классической корригирующей ИПТП были следующими: верхняя лобэктомия — 3 (42,9 %) случая, плеврэктомия с декортикацией легкого — 3 (42,9 %) и 1 (14,3 %) наблюдение — полисегментарная резекция легкого. В 1 (14,3 %) случае использования классической ИПТП наступила смерть от острой сердечно-легочной недостаточности. Других осложнений не было.

В период наблюдения до 5-ти лет 6 (85,7 %) пациентов достигли полного выздоровления. МИПТП чаще всего выполнялась для коррекции объема гемиторакса после верхней лобэктомии и комбинированной резекции легкого: 13 (43,3 %) и 6 (20,0 %) случаев соответственно. Послеоперационные осложнения при применении МИПТП развились в 5 (16,7 %) случаях. У двух (6,7 %) пациентов в раннем послеоперационном периоде возникла тромбозия мелких ветвей легочной артерии с нарушением гемодинамики. Обоим пациентам срочно была назначена антикоагулянтная терапия (низкомолекулярные гепарины в максимальных терапевтических дозах), которая продолжалась 7 дней с постепенным переходом на профилактические дозы антикоагулянтов непрямого действия. Послеоперационные осложнения были ликвидированы, общий результат лечения удовлетворительный. У одного (3,3 %) пациента в раннем послеоперационном периоде возникла воздушная эмболия в результате неадекватного обращения с центральным венозным катетером самим пациентом. Были назначены оксигенотерапия и прямые антикоагулянты в лечебной дозе. Состояние больного нормализовалось через 2 суток. Общий результат лечения у данного пациента удовлетворительный. У одного (3,3 %) пациента, которому была проведена верхняя билобэктомия и резекция S6 справа по поводу мультирезистентного ТБ легкого с отсеком в левое легкое, через 3 месяца после операции был отмечен рецидив туберкулезного процесса в оперированном легком на фоне приема противотуберкулезных препаратов. Общий результат операции неудовлетворительный. Еще в одном (3,3 %) наблюдении после верхней лобэктомии справа в послеоперационном периоде развилась серома подлопаточного пространства. Из сопутствующей патологии у пациента был сахарный диабет 2-го типа. Данное осложнение было ликвидировано путем микродренирования подлопаточного пространства с введением в микроиригатор антибиотиков широкого спектра действия (амикацин и цефтриаксон).

Летальных случаев при применении МИПТП не было. Общая эффективность метода составила 96,7 %.

Выводы. Таким образом, эффективность использования ИПТП составила 94,6 %, послеоперационная летальность — 2,7 %, а уровень послеоперационных осложнений — 13,5 %.