

Д. А. Филатов, Г. Н. Роенко, Д. А. Исаевский
ИСПОЛЬЗОВАНИЕ КОЛЛАГЕНОВЫХ ПЛАСТИН ПРИ РЕЗЕКЦИОННЫХ И
КОЛЛАПСОХИРУРГИЧЕСКИХ ОПЕРАТИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВАХ В ЛЕЧЕНИИ
ТУБЕРКУЛЁЗА ЛЁГКИХ

Луганский областной противотуберкулёзный диспансер

Хирургические методы лечения туберкулёза лёгких не теряют своей актуальности и на современном этапе развития фтизиатрии. Это обусловлено как увеличением удельного веса деструктивных и распространённых форм этого заболевания, исключающих полноценную морфологическую реституцию органа, так и высокой агрессивностью возбудителя, приобретшего резистентность к антимикобактериальным препаратам. Проблема несоответствия объёмов остающейся ткани лёгкого после его резекции и гемиторакса стоит особенно остро у больных с поли- и мультирезистентными формами туберкулёза, так как именно в данной ситуации, перерастяжение паренхимы резецированного лёгкого, либо остаточная полость одинаково неблагоприятно влияют на результаты хирургического лечения. Вместе с тем такие методы коррекции объёма пострезекционного пространства как торакопластика и перемещение купола диафрагмы достаточно травматичны и у тяжёлых и истощённых больных применение этих методик ограничено. Не менее остро стоит и проблема коллапсохирургических вмешательств, удельный вес которых за последнее время вырос, и, исходя из той «трансформации» морфологии легочного туберкулёза, которую мы наблюдаем, будет, несомненно, расти и далее. Коллапсохирургические вмешательства выполняются у больных с распространёнными процессами, исключая любую возможность резекционного вмешательства. У больных с такими формами заболевания имеются «скрытые» нарушения работы многих органов и систем, и травматичность торакопластики увеличивает риск послеоперационных осложнений. Во многом вышеперечисленные проблемы помогает разрешить применение коллагеновых гемостатических пластин по методике, разработанной под руководством Савенкова Ю. Ф. Коллаген, являясь полностью биodeградируемым материалом, позволяет избежать проблем с отторжением импланта. Также применение коллагена при плевроколлагенопластике после резекций легкого не увеличивает существенно ни травматичности, ни длительности оперативного вмешательства.

Плевроколлагенопластика выполнена нами у 8 человек после лобектомий по поводу поли- и мультирезистентного туберкулёза. Особенности течения послеоперационного периода является длительная температурная реакция у трети больных, которая, однако, не приводит к лейкоцитарному сдвигу и купируется, как правило, к 21-м суткам послеоперационного периода.

Аксиальный экстраплевральный пневмолиз с коллагенопластикой выполнен нами у 12 больных и у 2 больных торакоколлагенопластика. Течение послеоперационного периода, как правило, гладкое, болевой синдром выражен умеренно. Для получения адекватного концентрического коллапса мы использовали от 15 до 35 коллагеновых пластин. У 4 больных с 5–7 суток послеоперационного периода (после удаления) дренажа отмечено частичное просачивание экстравазата, которое купировалось в течение 10 суток тугим бинтованием и усилением неспецифической противовоспалительной терапии. Полное протекание коллагена нам встретилось у 1 больного с мультирезистентным туберкулёзом с формированием сухой экстраплевральной полости. Однако, невзирая на протечку, верхняя доля лёгкого осталась в коллапсе и на 4-й неделе послеоперационного периода бактериовыделение прекратилось. До этого больной являлся бактериовыделителем по мазку 9 месяцев. В настоящее время получены и отрицательные данные культурального исследования у этого больного. У 1 из всех больных после коллапсохирургических вмешательств бактериовыделение не прекратилось в течение 3 месяцев после операции.

Таким образом, применение коллагеновых пластин с целью компенсации пострезекционного пространства и заполнения экстраплевральной полости при коллапсохирургических вмешательствах — удобный, малотравматичный метод, который может применяться там, где классическая хирургия невозможна в силу тяжести состояния больного либо распространённости процесса.