

М. С. Опанасенко, О. Е. Кшановський, О. В. Терешкович
РОЛЬ ПУЛЬМОНЕКТОМІЇ І ПЛЕВРОПУЛЬМОНЕКТОМІЇ В КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ
МУЛЬТИРЕЗИСТЕНТНОГО ТУБЕРКУЛЬОЗУ ЛЕГЕНЬ

ДУ "Національний інститут фтизіатрії і пульмонології ім. Ф. Г. Яновського НАМН України"

Вступ

Основною проблемою лікування хворих на туберкульоз легень є наявність резистентності до протитуберкульозних препаратів, що значно погіршує результати консервативної терапії. Підходи до лікування туберкульозу (ТБ) легень протягом останніх років значно змінились. Очевидним є неспроможність подолати епідемію лише шляхом застосування протиепідемічних заходів і специфічної хіміотерапії. В даній ситуації хірургічний метод стає все більш актуальним. Одними з видів оперативних втручань, які застосовують у хворих на мультирезистентний туберкульоз (МРТБ) легень при значній поширеності процесу, є пневмонектомія (ПЕ) і плевропневмонектомія (ППЕ).

Матеріали і методи

Були проаналізовані результати 106 власних операцій, виконаних у хворих на різні форми МРТБ легень, що перебували на лікуванні у нашій клініці протягом 2003 — 2015 років. Чоловіків було 70 (66,4 %), жінок — 36 (33,6 %). Віковий діапазон хворих склав від 21 до 59 років. Більшість хворих були прооперовані з приводу хронічних форм туберкульозу — 102 (96,3 %). Тривалість захворювання до операції склала від 10 місяців до 6 років. Правобічних операцій було виконано 62 (58,5 %), лівобічних — 44 (41,5 %). Пневмонектомія (ПЕ) була виконана у 70 (66,4 %) хворих, плевропневмонектомія (ППЕ) — у 36 (30,3 %) хворих. Основними показаннями до ПЕ та ППЕ є наявність необоротних деструктивних змін в легені, що не можуть бути ліквідовані при застосуванні консервативної протитуберкульозної терапії і є джерелом інтоксикації і подальшого прогресування захворювання.

Всім хворим інтраопераційно проводилась укріплення кулки бронха одним із розроблених на базі клініки методів.

Результати

Оперативне лікування було ефективним у 98 (88,7 %) пацієнтів в термінах спостереження до 6 років. Післяопераційні ускладнення розвинулися у 8 (7,5 %) хворих: 4 (3,8 %) пацієнта — емпієма плеври з бронхіальною норицею, 1 (0,9 %) спостереження — рання

післяопераційна емпієма без бронхіальної нориці, 3 (2,8 %) хворих — післяопераційна внутрішньоплевральна кровотеча. 7 (6,6 %) пацієнтів були прооперовані повторно з приводу післяопераційних ускладнень: накладення торакастоми з відкритою санацією — 1 (0,9 %) хворий, етапні торакопластики — 2 (1,9 %) хворих, відеоторакоскопічна санація плевральної порожнини — 1 (0,9 %) пацієнт, видалення внутрішньоплевральної гематоми — 3 (2,8 %) хворих. У 8 (7,5 %) спостереженнях в післяопераційному періоді відзначалося прогресування МРТБ в єдиній легені. У 1 (0,9 %) пацієнтки загострення розвинулося на тлі вагітності, у 5 (4,7 %) з причини неналежного прийому протитуберкульозної терапії в післяопераційному періоді. Післяопераційна летальність склала 3,8% (4 випадки): 1 (0,9 %) пацієнт помер від арозивної внутрішньоплевральної кровотечі з аорти, ураженої специфічним процесом (туберкульозний аортит) після виконання торакастомії з приводу емпієми плеври з бронхіальною норицею після ППЕ. 1 (0,9 %) хворому була виконана торакопластика з приводу емпієми плеври з бронхіальною норицею після ПЕ. Операція була неефективною, хворий помер через 14 місяців після виконання торакопластики від прогресування МРТБ. 1 (0,9 %) хворий помер від прогресування МРТБ в єдиній легені через 18 міс. після операції. 1 (0,9 %) пацієнтка померла на операційному столі в результаті рефлекторної зупинки серця при перев'язці легеневої артерії. На розтині виявлена злоякісна гемангіоперицитомі з інвазією в стінку легеневої артерії і деструктивний МРТБ легень.

Висновок

Застосування ПЕ або ППЕ було ефективним в 88,7 % випадків на тлі протитуберкульозної терапії по 4 категорії. При виконанні ПЕ (ППЕ) у хворих МРТБ легень обов'язковим є застосування додаткового зміцнення кулки бронха і профілактики емпієми плеври. Виконання ПЕ можливе за наявності щільних вогнищ, або дрібних щільних туберкулом в протилежній легені без ознак деструкції, які займають не більше одного сегмента, у всіх інших випадках більш доцільним є виконання колапсхірургічних втручань (первинної торакопластики або резекції з торакопластикою).