

О. В. Терешкович, М. І. Калениченко, Л. М. Загаба
ДОСВІД ЗАСТОСУВАННЯ ЕКСТРАПЛЕВРАЛЬНОЇ ТОРАКОПЛАСТИКИ ПРИ ХІРУРГІЧНОМУ
ЛІКУВАННІ МУЛЬТИРЕЗИСТЕРНОГО ТУБЕРКУЛЬОЗУ ЛЕГЕНЬ

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

Мета дослідження

Оцінити власні результати застосування різних видів екстраплевральної торакопластики (ЕПТП) при хірургічному лікуванні хворих на мультирезистентний туберку-

льоз легень (МРТБЛ).

Матеріали і методи

Проведений ретроспективний аналіз результатів 83

Український пульмонологічний журнал. 2015, № 2. Додаток.

власних операцій, виконаних у 79 хворих на різні форми МРТБЛ, що перебували на лікуванні у відділенні торакальної хірургії і інвазивних методів діагностики Державної установи «Національний інститут фтизіатрії і пульмонології ім. Ф. Г. Яновського НАМН України» (НІФП НАМН) протягом 2006-2015 рр. В досліджуваній групі переважали чоловіки (співвідношення чоловіки/жінки — 51 (64,5%) / 28 (35,5 %). Віковий діапазон від 16 до 64 років. Хронічні форми туберкульозу легень (ХТБЛ) були діагностовані у 71 (89,8 %) хворих; вперше діагностований туберкульоз легень (ВДТБЛ) - у 8 (10,1 %) хворих. 28 (35,5 %) пацієнтів були прооперовані з приводу неефективного попереднього оперативного лікування в інших клініках або рецидивів МРТБЛ. Туберкульоз трахеї і/або бронхів на момент поступлення при фібробронхоскопії діагностований у 22 (27,8 %) хворих.

Результати дослідження

Результати оперативного лікування оцінювались за наступними критеріями: припинення бактеріовиділення в післяопераційному періоді (методом дослідження мазку харкотіння по флотажі і бактеріологічним методом); закриття порожнин розпаду (всім хворим рентген-контроль виконувався методами рентгенографії і комп'ютерної рентгенографії перед операцією і п/о); наявність рецидивів в післяопераційному періоді або подальше прогресування процесу; наявність ускладнень; післяопераційна летальність. Проаналізовані результати виконання наступних видів оперативних втручань:

Одномоментна екстраплевральна торакопластика. За даною методикою прооперовано 29 (36,7 %) хворих. Більшість хворих були прооперовані з приводу однобічного деструктивного МРТБЛ — 19 (65,5 %) хворих; двобічний деструктивний МРТБЛ — 10 (34,5 %) хворих. 27 (92,1 %) хворих прооперовано з приводу хронічних форм фіброзно-кавернозного МРТБЛ. 2 (7,0 %) пацієнта були прооперовані при фіброзно-кавернозному ВДТБЛ, ускладненому масивним кровохарканням. Припинення бактеріовиділення, закриття порожнин розпаду вдалось досягти у 20 (68,7 %) хворих. Післяопераційні ускладнення — 3 (10,3 %) хворих; післяопераційна летальність — 3 (10,3 %) пацієнтів. Рецидиви або подальше прогресування МРТБЛ в післяопераційному періоді - 3 (10,3 %) хворих.

Резекції легені з одномоментною торакопластикою в різних модифікаціях - за даною методикою прооперовано 36 (45,6 %) хворих (ХТБЛ — 29 (80,6 %) хворих; ВДТБЛ — 7 (19,4 %) хворих. 4 (11,1 %) хворих були прооперовані з приводу рецидивів МРТБЛ легень; 2 (5,6 %) хворих — з приводу ускладнень попереднього неефективного оперативного лікування в інших клініках. Припинення бактеріовиділення, закриття порожнин розпаду вдалось досягти у 28 (77,8 %) хворих. Післяопераційні ускладнення — 3 (8,3 %) хворих. Післяопераційна летальність — 3 (8,3 %) хворих. Рецидиви або подальше прогресування МРТБЛ в післяопераційному періоді — 3 (8,3 %). Повторні операції з приводу післяопераційних ускладнень — 2 (5,6 %) хворих.

Двобічні етапні оперативні втручання з використанням різних видів торакопластики при розповсюджених

деструктивних формах МРТБЛ легень. За даною методикою прооперовано 4 (5,1 %) хворих. У 4 хворих виконано 9 оперативних втручань: 3 хворих прооперовані послідовно на обох легенях, 1 хвора прооперована тричі (двічі на правій легені і один раз на лівій). Види оперативних втручань: I етап: первинна екстраплевральна торакопластика, II етап — нижня лобектомія контрлатеральної легені, III етап - верхня лобектомія у поєднанні з екстраплевральною реторакопластикою; I етап — верхня лобектомія у поєднанні з екстраплевральною торакопластикою, II етап — комбінована резекція контрлатеральної легені; I етап — комбінована резекція (S1,S2,S6) з інтраплевральною торакопластикою, II етап - комбінована резекція (S2,S6) контрлатеральної легені; I етап — резекція S1,S2,S3 лівої легені, II етап — первинна екстраплевральна торакопластика справа. Загальна ефективність оперативного лікування в строках спостереження до 7-ми років склала 100 %. Післяопераційних ускладнень, рецидивів і післяопераційної летальності не було. В 1 хворій I етап (первинна ТП) був виконаний при відсутності стабілізації ТБ і був недостатньо ефективним (в післяопераційному періоді зберігалась каверна під ТП). Проведена довидалення верхньої долі правої легені з реторакопластикою.

Етапні оперативні втручання з використанням торакопластики у хворих з гнійно-септичними ускладненнями МРТБЛ. Всього за даною методикою прооперовано 10 (12,7 %) хворих. Показання до операції: хронічна емпієма плеври. Види проведених етапних оперативних втручань у поєднанні з торакопластикою: I етап: відкрита торакостомія (або відкрита торакостомія з верхнім етапом торакопластики); II етап — верхньо-задня ЕПТП; III етап — міопластика залишкової плевральної порожнини, закриття торакостоми. В деяких випадках екстраплевральна торакопластика і міопластика проводилась в два етапи. Післяопераційні ускладнення — 1 хворий (10,0 %): хворий з цукровим діабетом I тип, відторгнення шкірно-м'язового лоскуту після міопластики — повторно сформована торакостома. Післяопераційна летальність — 2 хворих (20,0 %). Післяопераційних рецидивів МРТБЛ не було. Загальна ефективність оперативного лікування в строках спостереження до 8-ми років склала 70,0 %.

Висновки

1. Підвищення ефективності оперативного лікування МРТБЛ і його ускладнень при неможливості виконання резекційних втручань можливе за рахунок застосування різних видів колапсхірургічних втручань.

2. Вибір методики екстраплевральної торакопластики залежить від локалізації і поширеності патологічного процесу, конкретної клінічної ситуації і досвіду хірурга.

3. Виконання колапсхірургічних втручань можливе лише в умовах спеціалізованих фтизіохірургічних стаціонарів, так як прооперовані хворі в післяопераційному періоді потребують тривалої оксигенотерапії, профілактики і лікування вентиляційних порушень, проведення ендобронхіальної санації, профілактики тромбоемболічних ускладнень і адекватної протитуберкульозної терапії.