

Б. Н. Коник, И. М. Купчак, О. К. Обремская
ЗНАЧЕНИЕ КОРРЕГИРУЮЩЕЙ ИНТРАПЛЕВРАЛЬНОЙ ТОРАКОПЛАСТИКИ ПРИ
ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ

ГУ "Национальный институт фтизиатрии и пульмонологии им. Ф. Г. Яновского НАМН Украины"

Введение

В условиях существующей эпидемии туберкулеза (ТБ), увеличения количества резистентных форм к противотуберкулезной химиотерапии, возросла необходимость оперативного лечения больных запущенными формами ТБ легких. Одной из эффективных методик является интраплевральная торакопластика (ИПТП), которая дает возможность обеспечить соответствие объема гемиторакса и объема резецированного легкого.

Материалы и методы

Нами был проведен анализ собственных результатов 40 оперативных вмешательств с применением резекции легкого с одномоментной коррегирующей 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 2015 гг. В 33 (82,5 %) случаях была проведена ИПТП по методике, разработанной на базе клиники, в 7 (17,5 %) 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 плеврэктоми 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 декостации; послойное закрытие торакотомной раны; создание послеоперационного пневмоперитонеума в объеме 1000 – 2000 см³. В исследуемой группе преобладали мужчины — 25 (62,5 %) случаев, женщин было 15 (37,5 %). Возрастной диапазон больных составил от 16 до 65 лет. 27 (67,5 %) пациентов были прооперированы по поводу хронических форм ТБ легких. Двусторонние процессы были диагностированы в 28 (70,0 %) случаях. Длительность заболевания до операции составляла от 10 месяцев до 6 лет. 6 (15,0 %) пациентов были прооперированы по поводу осложнений неэффективного предыдущего оперативного лечения в других клиниках или рецидивов ТБ. ТБ трахеи и/или бронхов на дооперационном этапе подготовки был диагностирован у 6 (15,0 %) больных. В 27 (67,5 %) случаях имела место полирезистентность микобактерий к противоту-

беркулезным препаратам. Чаще всего коррекция объема гемиторакса выполнялась у больных с фиброзно-кавернозным ТБ легких — 15 (37,5 %) случаев; 12 (30,0 %) 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 удовлетворительном уменьшении объема грудной клетки. Резекционные вмешательства с использованием классической коррегирующей ИПТП были следующими: верхняя лобэктомия — 3 (42,9 %) случая, плеврэктоми 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: 16 (48,8 %) и 6 (18,2 %) случаев соответственно. Послеоперационные осложнения при применении МИПТП развились в 5 (15,2 %) случаях. У двух (6,0 %) пациентов в раннем послеоперационном периоде возникла тромбоэмболия 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 (3,0 %) 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 (3,0 %) 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 (3,0 %) наблюдении после верхней лобэктомии справа в послеоперационном периоде развилась серома подлопаточного пространства, которая была ликвидирована путем мик-

родренирования подлопаточного пространства с введением в микроирригатор антибиотиков широкого спектра действия (амикацин и цефтриаксон). Из сопутствующей патологии у пациента был сахарный диабет 2-го типа.

Выводы

Общая эффективность ИПТП составила 95,0 %, уровень послеоперационных осложнений — 15,0 %, а послеоперационная летальность — 2,5 %.
