

Ю. Ф. Савенков, П. Є. Бакулін
ПОВТОРНІ ОПЕРАЦІЇ У ХВОРИХ НА ХІМІОРЕЗИСТЕНТНИЙ ТУБЕРКУЛЬОЗ ЛЕГЕНЬ

КЗ «Дніпропетровське обласне клінічне лікувально-профілактичне об'єднання «Фтизіатрія» ДОР

Хірургічні форми туберкульозу легень в сучасних умовах характеризуються розповсюдженістю ураження та прогресуванням на тлі хіміотерапії. Частота післяопераційних рецидивів туберкульозу легень складає від 10 до 18,4%. Частота післяопераційних ускладнень при хірургічному лікуванні післяопераційних рецидивів туберкульозу легень — від 9% після резекцій, та до 19-73% після заключних пневмонектомій.

Мета дослідження — підвищити ефективність хірургічного лікування хворих з ускладненим перебігом післяопераційного періоду та рецидивами туберкульозу легень на основі диференційованої тактики вибору показань, виду та об'єму оперативних втручань.

Матеріали і методи

Проведений аналіз результатів хірургічного лікування 212 хворих з післяопераційними ускладненнями туберкульозу легень, що були проліковані в КЗ «Дніпропетровське обласне клінічне лікувально-профілактичне об'єднання «Фтизіатрія» ДОР у період 1987-2017 років. Хворі розподілені на 6 груп. Першу групу склали 13 пацієнтів (5 (38,4% жінок та 8 (61,6%) чоловіків) віком 19-62 роки. Мультирезистентні штами мікобактерій туберкульозу (МБТ) виявлені у 7 (53,8%) хворих. (Хворим з від обмеженими місцевими або віддаленими рецидивами, в раніше оперованій легені, виконані повторні резекції легень. Повторні резекції виконували, як правило, в типовому анатомічному варіанті, з роздільною обробкою елементів кореня легень. В другу групу включено 34 пацієнта з тотальними післяопераційними рецидивами туберкульозу, яким були проведені одномоментні (29) та етапні (5) заключні пневмонектомії. Жінок в даній групі було 11 (32,3%). Вік оперованих хворих -22-56 років. Частота мультирезистентного туберкульозу (МРТБ) — 25 (73,5%). В більшості операцій застосовувався екстраплевральний пневмоліз. Застосування стандартної інтраопераційної обробки елементів кореня легень було можливо у 76% пацієнтів, в решті випадків застосовували трансперикардальний доступ. В третю групу увійшли 10 пацієнтів - 3 (30%) жінок, 7 (70%) — чоловіків, віком 24-57 років, з «решітчастою» легенею, хронічною емпіею плеври. Частота МРТБ в цій групі склала 70%. В даній групі застосовувалася 3-х етапна тактика хірургічного лікування: торакастомія, трансстернальна оклюзія відповідної гілки легеневої артерії та головного бронху, заключне видалення легень з ушиванням торакастоми. Інтервал між етапами складав 1,5- 2 місяці. Четверту групу склали 25 хворих з каверною в оперованій легені, для хірургічного лікування яких застосовували лікувальну торакопластику. В даній групі чоловіків було 17 (68%), жінок — 8 (32%), середній вік — 25-56 років. У 1 хворого

мала місце ВІЛ — інфекція. Мультирезистентність відмічена в 84% випадків. 5-ти реберна торакопластика заснована у 10 (40%) хворих, 6-ти реберна — у 11 (44%), 7-ми реберна — у 4 (16%). Усі колапсхірургічні втручання були проведені по розробленій нами методиці з виконанням екстраплевального пневмолізу та фіксації верхівки легень. Ефективність операції оцінювали через 6 та 12 місяців. П'яту групу склали 94 хворих (32 (34%) жінок, 62 (66%) чоловіків, віком 18-50 років, яким виконані торакоміопластичні втручання з приводу залишкової плевральної порожнини після резекції легень. Мультирезистентність МБТ в даній групі склала 75 (79,8%). У 59 хворих спостерігалася формування залишкової плевральної порожнини без бронхіальної нориці, при цьому верхньо-задня локалізація порожнини була у 92,2% пацієнтів. Виконані 3-х реберні торакоміопластики (8,5%), 4-х реберні — 16,9%, 5-ти реберні — 54,2%, 6-ти реберні — 11,9%, 7-ми реберні — 8,5%. У 23 хворих мала місце бронхіальна нориця. Методика торакоміопластики в даних випадках включала ліквідацію нориці та залишкової порожнини. Шосту групу склали 36 пацієнтів, оперованих з приводу нориці кукси бронху після пневмонектомії. Серед пацієнтів переважали чоловіки — 33 (91,7%). Вік пацієнтів — 21-66 років. МРТБ виявлений у 77,7% хворих. Попередня торакастомія виконана у 12 (33,3%) пацієнтів. Для ліквідації нориці кукси бронху виконувалася операція Абруціні — Богуша, із застосуванням трансстернальної трансперикардальної реампутації кукси головного бронху в аорто-кавальному проміжку, з обов'язковою реампутацією правої гілки легеневої артерії. При лівобічних куксах проводили мобілізацію та зміщення правої гілки легеневої артерії. У 5 хворих з короткою куксою бронху виконали резекцію трахеобронхіального кута з ручним ушиванням дефекту трахеї.

Результати дослідження

Вибір типу та об'єму резекції у хворих першої групи проводили за принципом органозберігаючих втручань. Ускладнення у вигляді емпієми плеври з бронхіальною норицею виникли у 2 (15,4 %) хворих. Післяопераційна летальність відмічена у 1 (7,7 %) пацієнта від пневмонії. Клінічна ефективність в даній групі склала 76,9 %. Частота післяопераційних ускладнень в другій групі склала 27,3 %, післяопераційна летальність — 3 (9,1 %). На протязі року після операції померло 6 (18,2 %) пацієнтів від прогресування туберкульозного процесу. Клінічна ефективність в даній групі склала 81,8 %. В третій групі летальність після трансстернального етапу операції досягала 25-30 %. В четвертій групі післяопераційних ускладнень не було. Зареєстрований 1 (4 %) випадок післяопераційної летальності. При оцінці результатів операцій через

12 місяців в 6 (24 %) випадках клінічний ефект не досягнутий. Сумарна клінічна ефективність в даній групі — 72 %. В п'ятій групі ефективність операції досягала 98 %. Із 23 хворих, яким застосована торакоміопластика з приводу залишкової плевральної порожнини з однією бронхіальною норичею, у 5 (21,7 %) хворих операція була неефективною. В шостій групі основним післяопераційним ускладненням є рецидив норичі (реканалізація). Дане ускладнення зафіксовано у 4 (11 %) хворих. Післяопераційна летальність склала 14,2 %. В цілому, клінічна ефективність операцій в даній групі хворих складає 85,7 %.

Висновки

При місцевих обмежених рецидивах в межах анатомічної частки легені методом вибору є повторна резекція легені по типу лобектомії, що дозволяє досягти клінічного ефекту у 77 % хворих. При локалізації обмежених віддалених рецидивів в сегментах, що прилягають к зоні первинної резекції, але відносяться до іншої

анатомічної частки, особливо у хворих з низькими функціональними резервами, застосування 5-ти реберної торакопластики дозволяє досягти повного клінічного ефекту в 72 %. При тотальних неускладнених та ускладнених емпіємою плеври рецидивах туберкульозу, показане виконання заключної пневмонектомії торакотомним доступом одномоментно, або з попереднім накладанням торакостоми, що дозволяє досягти клінічного ефекту в 81,8 % випадків. Трансстернальна оклюзія бронхо - судинних елементів кореня легені дозволяє розширити границі операбельності у тяжкого контингента хворих з «решітчастою» легенею та емпіємою плеври. При залишкових плевральних порожнинах та після резекційних емпіємах плеври застосування торакоміопластики дозволяє досягнути клінічного ефекту в 85,7 % випадків. Застосування методики трансстернальної трансперикардіальної реампутації кукси головного бронху дозволило, незалежно від локалізації та довжини кукси, досягнути повного клінічного ефекту в 85,7 % випадків.