Ю. І. Фещенко, М. С. Опанасенко, О. В. Терешкович, Б. М. Коник, М. І. Калениченко, О. Е. Кшановський, Л. І. Леванда

ХІРУРГІЧНИЙ ЕТАП ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА МУЛЬТИРЕЗИСТЕНТНИЙ ТУБЕРКУЛЬОЗ ЛЕГЕНЬ

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

Розвиток резистентності Micobacterium tuberculosis (МТБ) до протитуберкульозних препататів (ПТП) суттєво знижує ефективність консервативної терапії, подовжує термін лікування та підвищує економічні витрати на лікування (у 100 разів) в порівнянні з вартістю лікування хворих з чутливими до ПТП МБТ. Підвищення ефективності лікування даної категорії хворих можливе за рахунок застосування хірургічних методів сумісно з адекватною хіміотерапією.

Мета дослідження — оцінити власні результати виконання різних видів оперативних втручань у хворих на різні форми деструктивного мультирезистентного туберкульозу легень (МРТБЛ).

Матеріали і методи

Проведений ретроспективний аналіз результатів 406 власних операцій, виконаних у хворих на різні форми деструктивного МРТБЛ, що перебували на лікуванні у відділенні торакальної хірургії і інвазивних методів діагностики Державної установи «Національний інститут фтизіатрії і пульмонології імені Ф. Г. Яновського НАМН України» (НІФП НАМН) протягом останніх 10 років. В досліджуваній групі переважали чоловіки (співвідношення чоловіки/жінки — 256 (63,1 %)/150 (36,9 %). Віковий діапазон від 16 до 64 років (середній вік 36,1 роки). Випадок мультирезистентного туберкульозу встановлювався за даними лабораторії мікробіології НІФП НАМН, а також даними тесту лікарської стійкості МБТ до протитуберкульозних препаратів, отриманому в протитуберкульозному диспансері за місцем проживання.

Результати дослідження

Результати оперативного лікування оцінювались за наступними критеріями: припинення бактеріовиділення в післяопераційному періоді (методом дослідження мазку харкотіння по флотації і бактеріологічним методом); закриття порожнин розпаду підтверджене при рентгенологічному дослідженні (всім хворим рентгенконтроль 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:

Типові резекції частки легені (лобектомії, білобектомії) — за даною методикою прооперовано 114 (28,2 %) хворих на МРТБЛ. Припинення бактеріовиділення і закриття порожнин розпаду досягнуто у 105 хворих (92,1 %), післяопераційні (п/о) ускладнення або рецидиви МРТБЛ розвинулись у 7 (6,1 %) хворих, повторних операцій не проводилось. Ми вважаємо, що резекція легені в межах анатомічної частки (лобектомія, білобектомія) є найбільш раціональною операцією при МРТБ легень, при умові її радикальності і відсутності туберкульозних змін в інших відділах легені. Обов`язковою і принциповою умовою виконання лобектомій, білобектмій, сегментарних резекцій є роздільна обробка елементів кореня легені і застосування методів укріплення кукси бронха. При виконанні резекції для запобігання перерозтягнення легені слід обов`язково застосовувати методи корекції об`єму гемітораксу (пневмоперітонеум, діафрагмопластику або один з варіантів торакопластики).

Сегментарні (полісегментарні) резекції легень — виконано 59 (14,5 %) сегментарних (полісегментарних) резекцій легень (типові резекції з роздільною обробкою елементів кореня сегментів — 38 (64,4 %); атипові резекції - 21(35,6 %)). Оперативне лікування було ефективним у 57 (96,6 %) хворих. П/о ускладнення - 4 хворих (8,1 %) — у всіх випадках ліквідовані консервативно. Рецидиви МРТБЛ — 2 (3,4 %) хворих (6,1 %). У всіх випадках рецидивів ТБ виконувались атипові резекції легені. Виконання сегментарних резекцій можливе тільки при чітко відокремлених формах МРТБЛ у стадії стабілізації процесу (субплевральні туберкуломи, ізольовані каверни). Розширення показань до полісегментарних резекцій при розповсюдженому ураженні з наявністю множинних вогнищ деструкції і дисемінації призводить до зростання рівня післяопераційних специфічних ускладнень.

Двобічні резекції при обмежених деструктивних формах МРТБ легень — за даною методикою прооперовано 19 (4,7 %) хворих. Післяопераційні ускладнення — 2 (10,5 %) хворих: недорозправлення легені в ранньому післяопераційному періоді — 1 (5,3 %) хворий, осумкування ексудату в оперованому гемітораксі — 1 (5,3 %) хворий (післяопераційні ускладнення ліквідовані). Післяопераційних рецидивів і післяопераційної летальності не було. Загальна ефективність оперативного лікування склала 100 %.

Резекції легені з одномоментною торакопластикою в різних модифікаціях — за даною методикою прооперовано 44 (10,8 %) хворих. 4 (9,1 %) хворих були прооперовані з приводу рецидивів МРТБ легень; 2 (4,5 %) хворих — з приводу ускладнень попереднього неефективного оперативного лікування в інших клініках. Припинення бактеріовиділення, закриття порожнин розпаду вдалось досягти у 38 (86,4 %) хворих. Післяопераційні ускладнення — 3 (6,8 %) хворих. Післяопераційна летальность — 3 (6,8 %) хворих. Рецидиви

або подальше прогресування МРТБЛ в післяопераційному періоді — 3 (6,8 %). Повторні операції з приводу післяопераційних ускладнень — 2 (4,5 %) хворих. Ззагальна ефективність оперативного лікування в строках спостереження до 5-ти років склала 86,4 %.

Двобічні етапні оперативні втручання з використанням різних видів торакопластики при розповсюджених деструктивних формах МРТБ легень. За даною методикою прооперовано 10 (2,5 %) хворих. 9 (90,0 %) хворих прооперовані послідовно на обох легенях, 1 (10,0%) хвора прооперована тричі (двічі на правій легені і один раз на лівій). У цієї хворої 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 і через 2 міс. виконана резекція S6 лівої легені. Післяопераційні ускладнення — 2 (20,0 %) хворих — ліквідовані консервативно. Післяопераційна летальность — 1 (10,0 %) хворий. Рецидив МРТБЛ в післяопераційному періоді — 1 (10,0 %). Загальна ефективність оперативного лікування в строках спостереження до 5-ти років склала 80,0 %.

Пневмонектомії, плевропневмонектомії. За даними методиками прооперовано 48 (11,8 %) хворих. Припинення бактеріовиділення, ліквідація порожнин розпаду - 38 хворих (79,2 %). Рецидиви і некурабельні п/о ускладнення — 7 (14,6 %). Післяопераційна летальность — 3 (6,3 %) хворих: 1 пацієнт помер від профузної арозивної внутрішньоплевральної кровотечі з ураженої туберкульозним процесом аорти після виконання торакостомії з приводу емпієми плеври з бронхіальною норицею після плевропневмонектомії; 1 хворий помер через 14 міс після виконання торакопластики з приводу емпієми плеври з бронхіальною норицею після пневмонектомії від прогресування ТБ і 1 хвора померла від прогресування ТБ в єдиній легені через 18 міс. після операції. Загальна ефективність оперативного лікування в строках спостереження до 10-ти років склала 79,2 %. Ми вважаємо, що абсолютними умовами виконання пневмонектомії є: відсутність запальних змін в головному бронхі при проведенні ФБС і деструктивних змін в легені, що залишається; застосування методів додаткового укріплення кукси бронха, а також проведення плевризації кукси бронху чи укриття останньої клаптем перикардиального жиру на судинній ніжці.

Одномоментна екстраплевральна торакопластика. За даною методикою прооперовано 38 (9,4 %) хворих. Більшість хворих були проперовані з приводу однобічного фіброзно-кавернозного МРТБЛ з засівом в протилежну легеню — 28 (73,7 %) хворих; двобічний деструктивний МРТБ — 4 (26,3 %) хворих. 31 (97,4 %) хворий прооперований з приводу хронічних форм фіброзно-кавернозного МРТБ легень. 1 (2,6 %) пацієнт був прооперований при вперше діагностованому фіброзно-кавернозному МРТБ легень, ускладненому масивним кровохарканням. Припинення бактеріовиділення, закриття порожнин розпаду вдалось досягти у 30 (78,9 %) хворих. Післяопераційні ускладнення — 2 (5,3 %) хворих — ліквідовані консервативно. Післяопераційна летальність — 3 (7,9 %) пацієнтів; рецидиви або подальше прогресування МРТБЛ в післяопераційному періоді - 5 (13,2 %) хворих. Загальна ефективність оперативного лікування в строках спостереження до 10 — ти років склала 78,9 %.

Етапні оперативні втручання з використанням торакопластики у хворих з гнійно-септичними ускладненями МРТБЛ. Всього за даною методикою прооперовано — 11 (2,7%) хворих. Показаннями до операції були: хронічна постпневмонектомічна емпієма плеври з бронхоплевроторакальною норицею — 4 хворих; хронічна емпієма плеври з бронхоплевроторакальною норицею після трансстернальної оклюзії правого головного бронха — 1 хворий; хронічна емпієма плеври з бронхіальною норицею — 6 хворих. Види проведених етапних оперативних втручань у поєднанні з торакопластикою: I етап: відкрита торакостомія (або відкрита торакостомія з верхнім етапом торакопластики); II етап — верхньо-задня екстраплевральна торакопластика; III етап — міопластика залишкової плевральної порожнини, закриття торакостоми. В деяких випадках екстраплевральна торакопластика і міопластика проводилась в два етапи. Післяопераційні ускладнення - 1 хворий (9,1 %): хворий з цукровим діабетом I тип, відторгнення шкірно-м`язевого лоскуту після міопластики — повторно сформована торакостома. Післяопераційна летальність — 1 хворий (9,1%). Загальна ефективність оперативного лікування склала 81,8 %.

Плевректомія з декортикацією легені або з резекцією легені (плевролобектомії). За даними методиками прооперовано 19 (4,7 %) хворих

Показання до операції: хронічна емпієма плеври — 9 (47,4%), панцирний плеврит — 10 (52,6%). Оперативне лікування було ефективним у 18 хворих (94,7%). У 1 (5,3%) пацієнта сформувалась залишкова плевральна порожнина, ускладнена емпіємою плеври, що потребувало повторного оперативного втручання.

Відеоасистовані резекції легені (типові лобектомії, білобектомії, сегментарні резекції) — за даною методикою прооперовано 44 (10,8 %) хворих. Припинення бактеріовиділення, закриття порожнин розпаду вдалось досягти у всіх 41 (93,2%) хворих; післяопераційні ускладнення — 3 (6,8 %) хворих. У всії випадках мала місце неспроможність кукси бронха з формуванням обмеженої залишкової плевральної порожнини. Післяопераційної летальності і рецидивів МРТБ не було.

Висновки

1) При хірургічному лікуванні МРТБЛ перевагу слід віддавати ататомічним резекціям, оптимальним варіантом операції є лобектомія (білобектомія).

2) При виконанні резекції для запобігання переростягнення легені слід обов`язково застосовувати методи корекції об`єму геміторакс (пневмоперітонеум, діафрагмопластику або один з варіантів торакопластики). Наявність обмеженої деструкції у протилежній легені не є перешкодою до резекції легені.

3) В ранньому п/о періоді (протягом не менше 1 міс. після операції) хворі мають отримувати протитуберкульозну терапію в режимі інтенсивної фази.

4) При неможливості виконання резекційних втручань застосовують колапсохірургічні втручання — екстраплевральну торакопластику в різних модифікаціях;

5) У хворих з двобічним деструктивним ТБ, обмеженим верхніми частками легень (не більше 3 сегментів з кожного боку) можливі двобічні резекційні або колапсохірургічні втручання, а також їх комбінація;

6) Виконання сегментарних резекцій можливе тільки при чітко відокремлених формах туберкульозного ураження у стадії стабілізації процесу субплевральні туберкуломи, ізольовані каверни). Розширення показань до полісегментарних резекцій при розповсюдженому ураженні з наявністю множинних вогнищ деструкції і дисемінації призводить до зростання післяопераційних специфічних ускладнень.

ЛІТЕРАТУРА

1. Звіти про роботу відділення хірургічного лікування туберкульозу і неспецифічних захворювань легень за 2007–2017 роки.
2. Дужий, І. Д. Екстраплевральна торакопластика та її місце в умовах епідемії туберкульозу [Текст] / І. Д. Дужий // Клініч. хірургія. — 2003. — № 8. — С. 38–40.
3. Іванкова, О. В. Ефективність хіміотерапії у хворих на хронічний туберкульоз легень залежно від профілю резистентності мікобактерій туберкульозу [Текст] / О. В. Іванкова // Український пульмонологічний журнал. — 2007. — № 1. — С. 59 — 61.
4. Осийский, И. Ю. Коллапсохирургические операции у больных с хроническим деструктивным туберкулезом легких [Текст] / И. Ю. Осийский // Сборник резюме 12– го Национального конгресса по болезням органов дыхания. — М., 2002. — 335 с.
5. Савенков, Ю. Ф. Значение торакопластики в излечении больных лекарственно-устойчивым туберкулезом [Текст] / Ю. Ф. Савенков, П. Е. Бакулин // Укр. пульмонол. журнал. — 2007. — № 2. — С. 37 — 39.
6. Фещенко, Ю. І. Хіморезистентний туберкульоз [Текст] / Ю. І. Фещенко, В. М. Мельник, А. В. Коблянська // Київ, 2003 — 133 с.
7. Фещенко, Ю. І. Основи клінічної фтизіатрії [Текст] / Ю. І. Фещенко, В. М. Мельник, І. Г. Ільницький // Київ, 2007 — 1173 с.