

Ю. І. Фещенко, М. С. Опанасенко, Б. М. Конік, О. В. Терешкович
ХІРУРГІЧНЕ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ТУБЕРКУЛЬОЗ ЛЕГЕНЬ
З СУПУТНИМ АСПЕРГІЛЬОЗНИМ УРАЖЕННЯМ

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

Легеневий аспергільоз — це захворювання, яке виникає внаслідок колонізації грибів роду *Aspergillus fumigatus* тканини легень. Збудники інфекції широко поширені в навколишньому середовищі, а їх спори можуть осіменяти слизову оболонку дихальних шляхів, параназальних пазух і, завдяки малим розмірам (2,5 — 3,0 мкм), — досягати альвеол. Незважаючи на повсюдну присутність аспергіл, імунокompетентні особи не хворіють. Для розвитку патологічного процесу, необхідне поєднання комплексу умов і причин: висока інфікуюча доза, безсимптомне носійство, зниження імунітету, внаслідок антибактеріальної або імуносупресивної терапії, наявність тривало існуючих порожнин розпаду в легенях, тощо.

В нашій країні, через значну поширеність туберкульозу, *Aspergillus fumigatus* досить часто колонізує туберкульозні порожнини розпаду, що призводить до формування аспергіломи. Також аспергілома може утворюватись в бронхоектатичних змінах нетуберкульозної етіології, хронічних абсцесах, кістах, булах, в пухлинному вузлі з розпадом. На сканах комп'ютерної томографії аспергілома має вигляд округлої кулі всередині порожнини. Так як її основна маса зазвичай відділена від контурів порожнини повітряним простором, формується так званий симптом «повітряного півмісяця» (ознака Монода) (Рис. 1).

Основним проявом захворювання є рецидивуюче кровохаркання (діагностується в 70 — 80 % випадках). В 20 — 25 % випадках кровохаркання загрожує життю хворого із-за переходу в легеневу кровотечу. Гриб в процесі росту виділяє токсин, який ерозує стінки порожнини та прилеглі структури (в т.ч. судини).

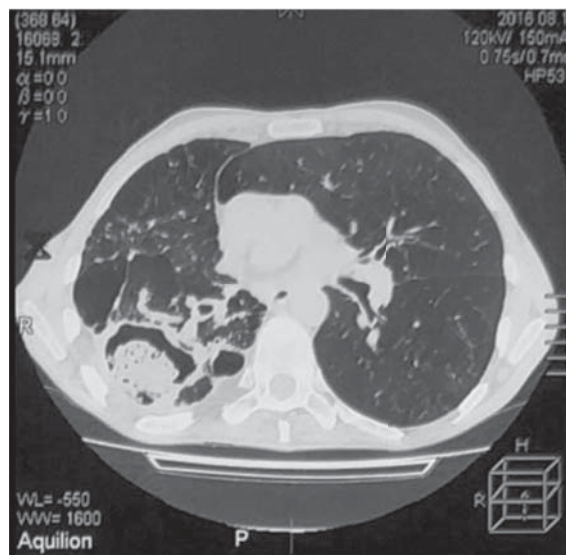


Рис. 1. Радіологічні ознаки аспергіломи легень.

Існує поділ аспергілом на прості і складні. При складній аспергіломі відмічається виражена клінічна симптоматика, рентгенологічно фіксуються значні перикавітарні інфільтрати, відбувається розвиток нових або збільшенням старих порожнин деструкції. Перебіг аспергіломи може ускладнюватись розвитком некротизуючого аспергільозу (Рис. 2). Для простої аспергіломи характерний безсимптомний перебіг.

Основними методами діагностики аспергільозу є: комп'ютерна томографія органів грудної клітини високої роздільної здатності, серологічна діагностика — виявлення антигену галактоманану в бронхоальвеолярному

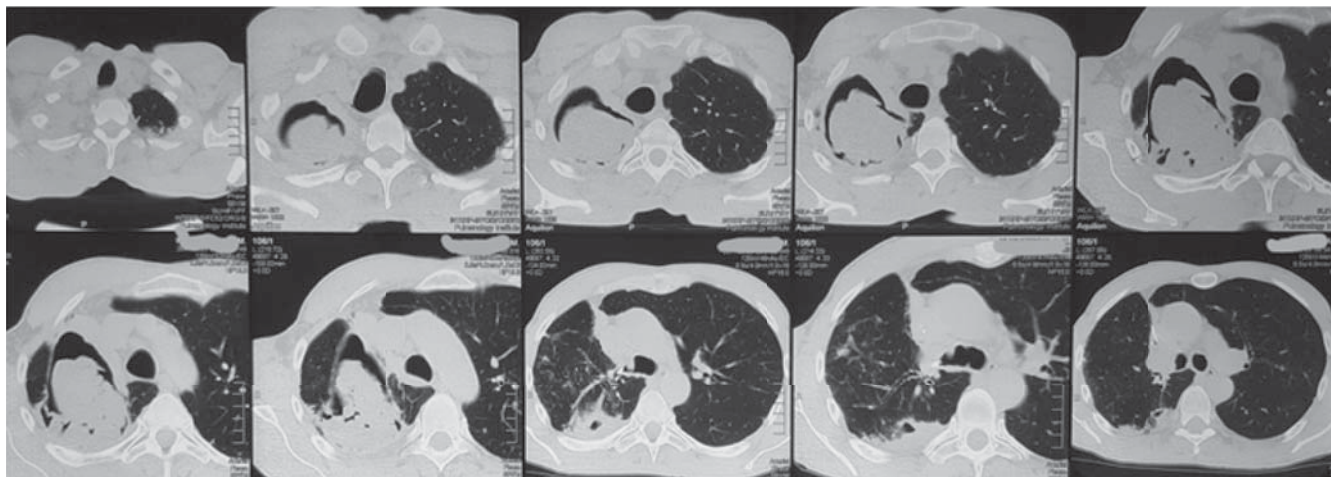


Рис. 2. Радіологічні ознаки аспергіломи, ускладненої некротизуючим аспергільозом.

Таблиця 1

Основні характеристики прооперованих пацієнтів

№	Характеристики					
	Стать	Вік, р	Кровохаркання	Фонове захворювання	Тривалість фонові хвороби, міс	Супутня патологія
1	Ч	53	так	ТБ	108	Хвороба Бехтерева
2	Ж	34	так	ТБ	2	Хронічний панкреатит
3	Ж	18	ні	ТБ	4	–
4	Ч	59	так	ЗЗТБ	60	Вірусний гепатит «С»
5	Ч	32	так	ТБ	48	Хронічне обструктивне захворювання легень
6	Ч	62	так	ЗЗТБ	120	Хронічне обструктивне захворювання легень
7	Ж	35	ні	ТБ	36	Хронічний алкоголізм
8	Ч	57	так	ТБ	45	Вірусний гепатит «С»

Примітки. Ч – чоловіча, Ж – жіноча, ТБ — туберкульоз, ЗЗТБ — залишкові зміни перенесеного туберкульозу

змиві, в сироватці крові, або біопсійному матеріалі; мікроскопія і посів мокротиння або біопсійного матеріалу.

Мета роботи — представити досвід клініки по хірургічному лікуванню хворих на туберкульоз легень із супутнім аспергільозним ураженням.

Матеріали та методи

Протягом останніх 10 у відділенні торакальної хірургії і інвазивних методів діагностики Державної установи «Національний інститут фтизіатрії і пульмонології ім. Ф. Г. Яновського НАМН України» перебували на лікуванні 12 хворих на туберкульоз легень, ускладнений аспергіломою. 4 (33,3 %) пацієнтам після дообстеження було відмовлено в операції внаслідок значних дихальних розладів (3 (25,0 %) випадки) і вираженої кардіогенної патології (1 (8,3 %) випадок). В 8 (66,7 %) випадках було застосовано хірургічні методи лікування захворювання. У 2-х (25,0 %) прооперованих пацієнтів аспергілома розвинулась на фоні залишкових змін після перенесеного туберкульозу, тоді як в 6 (75, %) випадках дана патологія поєднувалась із активним туберкульозом легень.

Основні характеристики пацієнтів з аспергіломою, яким були виконані оперативні втручання представлені в таблиці 1.

В групі дослідження незначно переважали чоловіки. Середній вік прооперованих пацієнтів склав 43,8 років. В 6 (75,0 %) випадках аспергілома проявлялась рецидивуючим кровохарканням, що стало основним приводом до хірургічного методу лікування. Тривалість фонового захворювання до операції складала від 2 до 120 місяців. Рівень супутньої патології серед досліджуваних пацієнтів склав 87,5 %.

Таблиця 2

Показники оперативних втручань та післяопераційного періоду

№	Показники					
	Об'єм та сторона резекції	Тривалість, хв	Крововтрата, мл	інтраопераційні ускладнення	післяопераційні ускладнення	тривалість лікування, дні
1	плевропневмон-ектомія зліва	320	1100	пошкодження лівої підключичної артерії	емпієма плеври з бронхіальною норичею	36
2	верхня лобектомія справа +торакопластика	240	310	–	–	30
3	відеоасистована пневмонеотомія справа	300	150	–	нагноєння операційної рани	28
4	верхня лобектомія зліва	255	240	зупинка серцевої діяльності	тривале недорозправлення оперованої легені	86
5	правобічна плевропневмон-ектомія	320	340	–	–	30
6	первинна екстраплевральна 7-ми реберна торакопластика справа	200	600	–	–	45
7	лівобічна плевропневмонектомія	180	200	–	інтраплевральна кровотеча	30
8	первинна екстраплевральна 7-ми реберна торакопластика зліва	210	350	–	–	40

Результати

Всі пацієнти з діагнозом аспергіломи до і після оперативного втручання отримували специфічну противікову терапію. Тривалість такого лікування на доопераційному етапі залежала від рентгенологічних даних і клінічних проявів захворювання, а основним завданням було стабілізувати інфекційний процес. Середня тривалість лікування в післяопераційному періоді склала 3 місяці.

Основні показники проведених оперативних втручань та післяопераційного періоду представлені в таблиці 2.

В 3 (37,5 %) випадках в клініці хворим з аспергіломою виконувалась плевропневмонектомія, 1 (12,5 %) хворий була виконана відеоасистована пневмонектомія справа. В 2 (25,0 %) пацієнтам була проведена первинна екстраплевральна 7-ми реберна торакопластика. В 1 (12,5 %) випадку було виконано верхню лобектомію зліва, і ще 1 (12,5 %) хворий було проведено верхню лобектомію справа з коригуючою торакопластикою.

Середня тривалість оперативного втручання склала 253 хв, а середня інтраопераційна крововтрата — 411 мл. Середня тривалість лікування в післяопераційному періоді склала 40,6 дня (від 14 до 86 днів).

1 (12,5 %) хворий був виписаний з дренажем у зв'язку з розвитком хронічної емпієми лівої плевральної порожнини з бронхіальною норичею. Загальна ефективність хірургічного лікування хворих на туберкульоз легень із супутнім туберкульозним ураженням склала 87,5 %.

Висновки

Хірургічне лікування хворих на туберкульоз легень в поєднанні з аспергіломою є досить складною задачею з багатьма невирішеними питаннями, проте систематизація власного досвіду в поєднанні з досягненнями інших клінік може призвести до покращення надання допомоги даному контингенту хворих. Для покращення показників лікування таких пацієнтів велике значення має відбір хворих для хірургічного етапу. Показник відмови в хірургічному лікуванні в нашій клініці склав 33,3 %.