

Ю. Ф. Савенков, Н. В. Гранкина, П. Е. Бакулин
ЗНАЧЕНИЕ ЛОБЭКТОМИИ В ХИРУРГИИ ТУБЕРКУЛЕЗА ЛЕГКИХ

КП «Днепропетровское областное клиническое лечебно-профилактическое объединение «Фтизиатрия» ДОР»

Особенностями современного туберкулеза легких является его патоморфоз и биологическая агрессивность, значительное ухудшение клинической структуры за счет роста распространенных и остро прогрессирующих форм, нарастание химиорезистентных форм на фоне иммунодепрессии. Все эти факторы существенно снижают результативность полихимиотерапии. В комплексном лечении больных туберкулезом легких хирургические методы в сочетании с антибактериальной терапией позволяют повысить эффективность лечения на 20–25 %. В связи с этим клинико-рентгенологическое и морфологическое обоснование выбора наиболее оптимального объема резекции легкого при туберкулезе представляется актуальной проблемой фтизиохирургии.

Материал и методы

Для определения значения такого вида резекции легкого как лобэктомия нами изучены результаты 797 операций удаления доли легкого у больных туберкулезом, оперированных в КП «ДОККЛПО «Фтизиатрия» ДОР» в течение последних 20 лет. Исследование включает клинические материалы, касающиеся 280 больных с туберкуломами и 517 больных с фиброзно-кавернозным туберкулезом. Среди них мужчин было 642, женщин — 155. Большинство больных (72,8 %) оперировано в возрасте от 20 до 45 лет.

У 637 (79,9 %) анализируемых больных были выполнены типичные лобэктомии с раздельной обработкой элементов корня доли. Нижнедолевые резекции составили 17,6 %. 102 (12,8%) больным выполнялась комбинированная резекция легкого: лобэктомия + S6. В 48 % случаев были выполнены билобэктомии. Кроме того, отдельно анализировались результаты лобэктомий у больных с полихимиорезистентным туберкулезом. Изучались особенности интраоперационного периода, послеоперационные осложнения, ближайшие и отдаленные результаты.

Результаты и их обсуждение

Удельный вес лобэктомии среди всех видов резекций легкого при туберкулезе по материалам различных хирургических клиник составляет 25–30%. В легочно-хирургическом отделении КП «ДОККЛПО «Фтизиатрия» ДОР» пропорция лобэктомий в структуре всех резекций легкого при туберкулезе выросла с 19,6 % в 1994–98 г.г. до 35,6 % — в 2004–2008 г. (в 1,8 раза). При сравнении данных нашей клиники за период с 2004–2008г.г. с периодом 2009–2018 г.г. частота применения лобэктомии выросла в 1,5 раза. На 1800 резекций легкого при тубер-

кулезе выполненных в ДОККЛПО «Фтизиатрия» с 1984 г. по 2008 г. удельный вес лобэктомий составил 27,8 %, а за последние 10 лет (2007–2018 годы) частота лобэктомий возросла до 38,8 %.. По данным Ю.М.Репина (2007 г.) доля лобэктомий составляет от 31 % до 43 %, при этом зарубежные авторы отличаются большей радикальностью (43 %). Традиционными показаниями к лобэктомии являются наличие деструктивного или казеозно-очагового поражения, не выходящего за пределы анатомических границ долей легкого (Л. К. Богуш, 1978, М. И. Перельман, 2002). Кавернозное или поликавернозное поражение доли легкого, рубцовый стеноз долевого бронха, торпидно протекающие лобиты, кавернозно-цирротический однодолевой туберкулез, множественные казеомы — все эти патоморфологические формы обосновывают выполнение анатомической радикальной резекции, и именно лобэктомии.

Показания к сегментарным резекциям во фтизиохирургии в период 1980–1995 годов ставились довольно широко при ограниченном деструктивном и казеозно-некротическом поражении в фазе относительной стабилизации. По нашим данным частота моно- и бисегментарных резекций легкого прогрессивно уменьшается с 70,9 % в 1994–98 г.г. до 51,8 % — в 2004–2008 г.г., и до 48 % с 2009 по 2018 годы. Особенно заметно снижение удельного веса фиброзно-кавернозного туберкулеза как показания к бисегментарной резекции (с 21 % до 9,3 %). Уменьшение количества моно- и бисегментарных резекций с одновременным возрастанием частоты лобэктомий отражает патоморфологические закономерности современного туберкулеза легких. По данным морфологической характеристики резектатов при туберкуломах в 86 % случаев отмечаются очаги диссеминации, туберкулезный лимфангоит по ходу бронхов, казеозный перибронхит, панбронхит. По линии резекции выявляются следы лимфоаденобронхиальных перфораций. При сегментарном, полностью отграниченном туберкулезном инфильтрате наружная оболочка образована не фиброзной капсулой, а лимфоцитарным валом. Исходя из этого при казеомах с расположением в глубине корня сегмента, наличием очагов-отсевов в окружающей ткани, крупных полостей распада оптимальным объемом резекции должна быть лобэктомия. Это положение подтверждает тот факт, что тяжелые плевроролочные осложнения после сегментарных резекций развиваются у 10% оперированных больных, с летальностью — 3,2 % (Репин Ю. М. , 2007).

Морфологический анализ резектатов легких, содержащих каверну, показал, что острота процесса обусловлена переходом специфического воспаления на окружающую легочную ткань с развитием перифокального воспаления и поражением дренирующих бронхов.

Диссеминація очагами казеозно-фіброзного типу або фокусами туберкульозної пневмонії спостерігалася у більшості пацієнтів, які займають більшу частину резецированої частини легкого. Епітеліоїдно-клітинні гранули зустрілися навколо інфільтратів у 60 % випадків, зовні капсул туберкуломи у 27 % і у 30 % в шарі грануляційної тканини стінок каверн. За даними Г. І. Казак з співавт. (2005), активні туберкуломи відзначаються у 79%, а саніровані каверни — лише у 10 % резектатів легкого.

Причини, які змушують виділяти пацієнтів з нижньодіафрагмальними процесами в окрему групу залишаються тими ж: схильність до швидкого розпаду, частіше ураження бронхіального дерева, гірші результати лікування. Наші клініко-морфологічні спостереження показують, що якщо в шостому сегменті визначено довго існуюча каверна або розпадаюча казеома, то зазвичай зустрічається засів і в базальних сегментах. При розташуванні казеоми або каверни в S6, а тим більше при наявності очагів в базальних сегментах або наявності неспецифічних змін (пневмосклероз, емфізема, бронхоектази) необхідно виконувати нижню лобектомію, а не ізолювану резекцію S6. Погіршення специфічного процесу після резекції S6 при деструктивному туберкульозі нами зареєстровано у 9,3 % пацієнтів, а після нижньої лобектомії — у 4,3 % (у 2,2 рази менше).

У 58 пацієнтів з комбінованим туберкульозним ураженням верхньої частини і сусіднього шостого сегмента виконували комбіновані лобектомії з резекцією S6. У 23 пацієнтів були множинні туберкуломи, з яких у 54 пацієнтів показанням до комбінованої резекції служив фіброзно-кавернозний туберкульоз. При цьому характер ураження шостого сегмента переважно проявляється інфільтрацією каверни з S2 в S6. Виконання подібних резекцій завжди відносилось до високої ступеня операційно-анестезіологічного ризику і супроводжується у 40–67,6 % післяопераційними ускладненнями і 3,3–4,7 % летальності.

За нашими спостереженнями післяопераційна летальність при лобектомії +S6 з приводу туберкуломи легкого траплялась у 6,6 % випадків, а при фіброзно-кавернозній — 16,2 %. При цьому основними причинами смерті були внутріплевральне кровотеча і гостра серцева недостаточність. І тим не менше, незважаючи на досить високий (13 %) сумарний показник летальності, виконання таких лобектомій є альтернативою органозберігаючим операціям — пневмоектоміям. З нашої точки зору показання до білобектомії виникають не частіше 4–5 % при всіх видах резекції легкого. Зазначене обставина обумовлена тим, що фізіологічний принцип радикальності допускає залишення розсіяних неактивних фіброзно-очагових змін в залишкових сегментах легкого. Наявність же свіжих очагових утворень також не може слугувати підставою для розширення зони видалення легочної тканини, оскільки повинні застосовуватися методи хірургічної корекції гемиторакса і інтенсивна внутрішньовенна поліхіміотерапія в післяопераційному періоді.

Відносно застосування лобектомії у пацієнтів з хіміорезистентним туберкульозом слід підкреслити необхідність дотримання двох принципів: анатомічності радикальності операції і обов'язковості корекції об'єму гемиторакса. Як показали наші дослідження, переважаючим типом ЛУ МБТ у пацієнтів, які перенесли лобектомію, були HRS і HRES. Післяопераційні ускладнення в групі пацієнтів з лобектомією без корекції гемиторакса відзначалися у 8 %, а у пацієнтів з корекцією гемиторакса — у 2,4 рази рідше (3,3 %). Ще більш віддаленими були результати: повторного ураження і рецидиву туберкульозного процесу після лобектомії без корекції при ЛУ МБТ розвинулися у 34 % пацієнтів, а в основній групі — у 10 % (у 3,4 рази менше). В цілому клінічна ефективність лобектомії при ЛУ МБТ становила 80 % (68 % в контрольній і 90 % — в основній групах).

Травматичність лобектомії нами оцінювалась за двома критеріями: об'єм крововтрати і частота інтраопераційних ускладнень. В процесі виконання лобектомії з приводу множинних туберкулом середня крововтрата і об'єм ексудату за перші 24 години становили 330 і 440 мл відповідно. При лобектомії з приводу фіброзно-кавернозного туберкульозу середня крововтрата становила 604 мл з об'ємом ексудату в перші 24 години — 536 мл. Частота інтраопераційних ускладнень в ході лобектомії не перевищує 4%. Як зазвичай, всі вони усуваються в ході операції без наслідків. Операція лобектомії відрізняється анатомічністю, технічною обробленістю і низькою травматичністю. Зменшенню хірургічного ризику сприяє поєднання лобектомії з корегуючою торакопластикой. За нашими даними при таких одночасних операціях післяопераційна летальність досягає 6 %, а за даними І.Д.Дужега (2005) — 7,5 %. Застосування ж лобектомії з метою корекції гемиторакса плевроколлагенопластикой не супроводжується летальністю, призводить до зменшення післяопераційних ускладнень у 7,8 рази і повністю ліквідує загрозу залишкової порожнини. Профілактика найбільш часто зустрічаних післяопераційних ускладнень закладена в технічно безупинно виконаній лобектомії. Тим не менше, сумарний рівень післяопераційних ускладнень після лобектомії становив 9,4 %, з летальністю — 4,3 %. Основну частину ускладнень становили пацієнти з фіброзно-кавернозним туберкульозом (12,7 % ускладнень і 6,5 % летальності). У пацієнтів з туберкуломами рівень ускладнень не перевищує 3 % при 0 % летальності. За даними Ю. М. Рєпіна (2007), післяопераційні ускладнення відзначалися у 44,6% оперованих пацієнтів. За нашими даними навіть при фіброзно-кавернозному туберкульозі після лобектомії вони становили 8,7 %. Розвиток залишкової плевральної порожнини відзначено у 2,5 %, а залишкової порожнини з бронхіальним свищем — у 5,4 % пацієнтів. Другу позицію займали системні ускладнення: кровотеча, ДВС — 2,3 %, гостра серцево-легочна недостаточність — 1,1 %.

Оцінюючи результати 797 лобектомій в цілому, можна відзначити високі загальні показники з сум-

марным уровнем клинической эффективности 95 % на госпитальном этапе при уровне летальности — 2 %.

При анализе отдаленных результатов у больных в сроки от 2 до 7 лет после лобэктомии по поводу фиброзно-кавернозного туберкулеза без коррекции гемиторакса обострение туберкулеза зарегистрировано у (16,2 ± 3,2) %. В то же время среди больных фиброзно-кавернозным туберкулезом, у которых лобэктомия сочеталась с корригирующей торакопластикой, обострение в те же сроки отмечено у (5,3 ± 1,4) % (в 3,0 раза меньше).

Выводы

С учетом патоморфоза современного туберкулеза легких операция лобэктомии наиболее соответствует принципу анатомической радикальности и функциональной экономности.

Удельный вес лобэктомии в структуре всех видов резекции легкого при туберкулезе должны составлять не менее 40 %.

Выполнение всех видов лобэктомии у больных туберкулезом легких следует сочетать с коррекцией гемиторакса, наиболее оптимальным способом которого является плевроколлагенопластика для верхнедолевых, и пневмоперитонеум — для нижнедолевых резекций.

К операциям с высокой степенью операционно-анестезиологического риска следует отнести лобэктомии с резекцией шестого сегмента с одномоментной корригирующей торакопластикой.

При составлении плана операции следует помнить, что в 17,5 % случаев в ходе операции резецируется больше легочной ткани, чем предполагалось, что обуславливает при активном и прогрессирующем туберкулезе выполнение оперативного вмешательства в пределах анатомических границ доли легкого.

Объем резекции легкого у больных современным туберкулезом легких должен определяться не столько анатомическими границами процесса, сколько его патоморфологической сущностью.