

М. С. Опанасенко, О. В. Терешкович

ДОСВІД ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ МУЛЬТИРЕЗИСТЕНТНОГО ДЕСТРУКТИВНОГО ТУБЕРКУЛЬОЗУ ЛЕГЕНЬ ІЗ ЗАСТОСУВАННЯМ ПУЛЬМОНЕКТОМІЇ І ПЛЕВРОПУЛЬМОНЕКТОМІЇ

ДУ «Національний інститут фтизіатрії і пульмонології ім. Ф. Г. Яновського Національної академії медичних наук України»

Вступ. Пневмонектомія (ПЕ) і плевропневмонектомія (ППЕ) використовуються фтизіохірургами при оперативному лікуванні туберкульозу (ТБ) легень вже протягом близько 60 років, і техніка їх виконання постійно міняється і удосконалюється. Причиною цього є більш низька ефективність протитуберкуль-

озної терапії в останні десятиріччя внаслідок широкого поширення медикаментозної резистентності, що потребує проведення більш радикальних оперативних втручань. Частота виконання ПЕ і ППЕ при ТБ легень за даними різних авторів становить від 21,6 до 56,4 % випадків. За даними нашої клініки часто-

Український пульмонологічний журнал. 2014, №1. Додаток

та виконання ПЕ і ППЕ при ТБ легень складає 19,3 %.

Мета роботи. Оцінити власні результати застосування ПЕ і ППЕ при оперативному лікуванні хворих на мультирезистентний деструктивний ТБ легень.

Матеріали і методи. Проведений ретроспективний аналіз результатів 96 операцій, виконаних у хворих на різні форми мультирезистентного туберкульозу (МРТБ) легень, що перебували на лікуванні у відділенні торакальної хірургії і інвазивних методів діагностики ДУ НІФП протягом 2003 - 2013 років. Чоловіків було 64 (66,7 %), жінок — 32 (33,3 %). Віковий діапазон хворих від 21 до 59 років. Більшість хворих були прооперовані з приводу хронічних форм туберкульозу — 92 (95,8 %). Тривалість захворювання до операції склала від 10 місяців до 6 років. Правобічних операцій було виконано 57 (58,4 %), лівобічних 39 (40,6 %). Пневмонектомія (ПЕ) була виконана у 46 (47,9 %) хворих, плевропневмонектомія (ППЕ) — у 31 (32,3 %) хворих, заключна плевропневмонектомія — у 17 (17,1 %) пацієнтів, пневмонектомія з під торакопластики — у 1 (1,0 %), заключна плевропневмонектомія з під торакопластики — у 1 (1,0 %) пацієнта. У 88 (91,7%) випадках нами були застосовані додаткові методи укріплення кукси бронху. У 62 (64,6 %) проведено формування кукси бронха по Литкіну і додаткове укріплення кукси по Суїту з використанням монофіламентного розсмоктуючого шовного матеріалу в модифікації клініки (накладання фібрин-колагенової пластини поверх шва кукси бронха і присипання губ кукси порошком іміпінему/циластатину). Також у 26 (27,1 %) випадках для герметизації кукси бронху був використаний лоскут перикардального жиру на судинній ніжці з попереднім укріпленням КБ синтетичними біополімерами за опісанню вище методикою.

Результати дослідження. Оперативне лікування було ефективним у 81 (84,4 %) пацієнта в строках спостереження до 10-ти років. Післяопераційні ускладнення розвинулись у 11 (11,5 %) хворих: 6 (6,3 %) пацієнтів — емпієма плеври з бронхіальною норичею, 2 (2,1%) спостереження — рання післяопераційна емпієма без бронхіальної норичі, 3 (3,1 %) хворих — післяопераційна внутрішньоплевральна кровотеча. 9 (9,4 %) пацієнтів були прооперовані повторно з приводу післяопераційних ускладнень: накладання торакоостоми з відкритою санацією — 1 (1,0 %) хворий, етапні торакопластики — 3 (3,1 %) хворих, відеоторакокопічна санація плевральної порожнини

— 2 (2,1%) хворий, видалення внутрішньоплевральної гематоми — 3 (3,1 %) хворих. У 6 (6,3 %) випадках ускладнення були ліквідовані; в інших 3 (3,1 %) спостереженнях сформувалась хронічна емпієма залишкової плевральної порожнини. У 6 (6,3 %) спостереженнях в післяопераційному періоді відмічалось прогресування ТБ в єдиній легені. У 1 (1,0 %) хворої загострення розвинулось на фоні вагітності, у 5 (5,2 %) по причині неналежного прийому протитуберкульозної терапії в післяопераційному періоді. Один з цих хворих був прооперований з приводу легеневої кровотечі при вперше виявленому МРТБ через 2 міс. від початку прийому протитуберкульозної терапії.

Післяопераційна летальність спостерігалась у 4 (4,2 %) випадках: 1 (1,0 %) пацієнт помер від профузної арозивної внутрішньоплевральної кровотечі з аорти, враженої специфічним процесом (тубаортит) після виконання торакоостоми з приводу емпієми плеври з бронхіальною норичею після ППЕ. 1 хворому (1,0 %) була виконана торакопластика з приводу емпієми плеври з бронхіальною норичею після ПЕ. Операція була неефективною, хворий помер через 14 міс після виконання торакопластики від прогресування МРТБ. 1 (1,0 %) хвора померла від прогресування МРТБ в єдиній легені через 18 міс. після операції. 1(1,0 %) хвора померла на операційному столі внаслідок рефлекторної зупинки зупинки серця при перев'язці легеневої артерії. На розтині виявлено злоякісну гемангіоперичитому з інвазією в стінку легеневої артерії і деструктивний МРТБ легень.

Висновки

1. Пульмонектомія (ПЕ) і плевропульмонектомія (ППЕ) є ефективними хірургічними методиками лікування хворих на МРТБ легень на фоні застосування протитуберкульозної терапії за 4 категорією;

2. Застосування ПЕ або ППЕ було ефективним у 84,4 % випадків, прогресування ТБ спостеріганось у 6,3 % хворих;

3. При виконанні ПЕ (ППЕ) у хворих на МРТБ легень обов'язковим є застосування додаткового укріплення кукси бронха і профілактики емпієми плеври;

4. Виконання ПЕ можливе при наявності щільних вогнищ, або дрібних щільних туберкулом в протилежній легені без ознак деструкції, що займають не більше одного сегменту; у всіх інших випадках більш доцільним є виконання колапсхірургічних втручань (первинної торакопластики або резекції з торакопластикою).