



М.В. Секела,
В.В. Макаров, С.Ф. Кошак,
В.В. Томашевський,
Ю.В. Мотрук,
М.М. Максимович,
Л.М. Рак, П.В. Кузик

Львівський регіональний
фтизіопульмонологічний центр

Інститут клінічної патології
Львівського національного
медичного університету
ім. Данила Галицького

© Колектив авторів

ТОРАКОПЛАСТИКА В ЛІКУВАННІ ХІМІОРЕЗИСТЕНТНОГО ДЕСТРУКТИВНОГО ТУБЕРКУЛЬОЗУ ЛЕГЕНЬ

Резюме. У статті наведений досвід 41 екстраплевральної торакопластичної операції у хворих з поширеним деструктивним туберкульозом легень, що виконані у торакальній клініці Львівського регіонального фтизіопульмонологічного центру протягом 2008 – 2011 роках. Ці хворі склали основну групу обстежених. В контрольній групі було 30 хворих з полірезистентним деструктивним туберкульозом легень, що не підлягали колапсохірургічним втручанням. Доведено, що застосування екстраплевральної торакопластики у хворих з поширеним деструктивним хіміорезистентним туберкульозом легень значно підвищує результати лікування і може використовуватись у хворих на туберкульоз легень, де неможливе виконання резекційних операцій.

Ключові слова: полірезистентний деструктивний туберкульоз легень, колапсохірургічні втручання, екстраплевральна торакопластика.

Вступ

В Україні з 1995 року триває епідемія туберкульозу. З 2006 р. почала спостерігатися позитивна динаміка щодо рівня захворюваності та смертності від туберкульозу [1 – 3]. Досягнуте зниження захворюваності та смертності від туберкульозу можна вважати тимчасовим. В останні роки набуває поширення мультирезистентний туберкульоз, спостерігається ріст поширених полікавернозних процесів з масивним бактеріовиділенням, що значно знижує ефективність лікування хворих [2, 3]. Серед хворих у 25 % випадків захворювання переходить у хронічну форму, а летальність становить більше 20 %. У хворих з полірезистентним деструктивним туберкульозом хірургічне лікування показано у 20–22 % випадків. Реальний показник хірургічного лікування туберкульозу в Україні досить низький і становить усього 5–6 % [1]. Позитивні результати хірургічного лікування у хворих однібічним процесом складають близько 90 %, при двобічних специфічних процесах в легенях обмежуються застосування радикальних оперативних втручань, тому у хворих з поширеними деструктивними процесами, які виділяють поліхіміорезистентні штами МБТ, необхідно застосовувати нові види хірургічних втручань, що носять паліативний характер. За останнє десятиріччя використання цих операцій значно зросло (з 4 % до 10 %). У хворих з двобічним поширеним деструктивним туберкульозом легень проводили резекційні операції на легеневій паренхімі неможливо, тому первинна екстраплевральна торакопластика займає провідну роль у даній категорії.

Метою роботи була оптимізація паліативного хірургічного лікування хворих з поширеними деструктивними полірезистентними формами туберкульозу легень.

Матеріали та методи дослідження

В торакальній клініці Львівського регіонального фтизіопульмонологічного центру протягом 2008–2011 р. виконано 41 екстраплевральну торакопластичну операцію у хворих з поширеним деструктивним туберкульозом легень. Ці хворі склали основну групу обстежених. В контрольній групі було 30 хворих з полірезистентним деструктивним туберкульозом легень, що не підлягали колапсохірургічним втручанням. Пацієнтам, які підлягали оперативному втручання, було проведено комплекс загальноприйнятих методів дослідження: клінічних, рентгенологічних, в тому числі комп'ютерну томографію (КТ), лабораторних, мікробіологічних та функціональних досліджень. Також обов'язковими були відеофібробронхоскопія, плевроскопія.

Результати дослідження та їх обговорення

Контингент хворих основної та контрольної груп за характером процесу був однаковим за більшістю показників. В обох групах хворих з полірезистентним деструктивним туберкульозом легень переважили чоловіки (82,5 % та 85,4 %), шкідливі звички були у більшості обстежених хворих: палили 86,5 % хворих основної та 82 % контрольної груп; зловживали алкоголем 46 % хворих основної та 42% порівняльної груп.

Порушували режим лікування 38,8 % хворих основної та 42,3 % контрольної груп, що



фактично призвело до низької ефективності специфічної поліхіміотерапії; симптоми специфічної інтоксикації виявили у 82,4 % хворих основної групи і в 76,4 % контрольної груп. У 85,2 % хворих основної та у 78,5 % контрольної груп виявлені суттєві порушення в гемограмах. В основній групі обстежених переважало одnobічне ураження легень (76%), а в контрольній групі – двобічне ураження (75 %).

Поширеність патологічного деструктивного процесу в легенях та полірезистентність до специфічних хіміопрепаратів були показами до колапсхірургічних втручань, так як виконати резекційні операції було неможливо.

У хворих основної групи виявлено зміни на ЕКГ токсичного характеру та ознаки хронічного легеневого серця у 66,5 % хворих: гіпертензія 1 ступеня (на 25-30 мм роках) – у 20,4 %; гіпертензія 2 ступеня (на 30-35 мм роках) – у 45,1 %. Дані відхилення не були протипоказаннями до виконання колапсхірургічних втручань.

Зміни порушень функції зовнішнього дихання в обох групах були однаковими: дихальна недостатність 1 ступеня – у 27,6 % хворих основної та 35 % хворих контрольної груп; дихальна недостатність 2 ступеня становила в обох групах – 56 %. Значні порушення фізіологічного характеру зі сторони дихальної і серцево-судинної систем були показаннями до паліативних колапсхірургічних втручань та відмови від резекційних операцій. Супутні захворювання виявлені у більшості хворих – 53 % в основній та у 54,5 % в контрольній групах. На початку лікування бактеріовиділення в основній групі було виявлено 75,6 %, а в контрольній – у 74,5 % хворих. Полірезистентність та мультирезистентність зросла в процесі лікування з 15 до 35-40 %. У більшості хворих туберкульозний процес набував хронічного характеру і тривалість лікування продовжувалась від 3 до 5 років. Динаміка легеневого процесу була негативною. Переважали інфільтративні процеси з розпадом, дисемінація в обидві легені та перехід в хронічну форму (фіброзно-кавернозний туберкульоз легень), що становило до 40 %. В контрольній групі фіброзно-кавернозний процес становив 45,4 %. Довготривале консервативне специфічне лікування сприяло формуванню поширених хронічних процесів. Поширеність патологічного деструктивного процесу в легенях та поліхіміорезистентність МБТ до антимікобактеріальних препаратів були показаннями до застосування колапсхірургічних втручань, через неможливість виконати резекційні операції. Фактично всі хворі з поширеним деструктивним туберкульозним процесом легень були віднесені в передопераційному періоді до групи підвищеного ризику (4-5 ступеня).

Перед проведенням колапсхірургічного втручання усім хворим проводили інтенсивну передопераційну підготовку в умовах торакального відділення тривалістю від 2 до 6 місяців. Остання включала в себе інтенсивну внутрішньовенну поліхіміотерапію, корекцію патологічних синдромів, лікування супутніх захворювань, санацію бронхіального дерева. Інтенсивна внутрішньовенна поліхіміотерапія включала 4-5 антимікобактеріальних препарати. Важливу роль відіграла патогенетична терапія, імунокорекція, дезінтоксикація. Побічні реакції у хворих на протитуберкульозні препарати не спостерігали.

Інтенсивна передопераційна підготовка дозволила досягти стабілізації процесу, зменшення інфільтрації та активності туберкульозного процесу. В основній групі з приводу поширеного деструктивного полірезистентного туберкульозу з розпадом було виконано 15 екстраплевральних торакопластик, при дисемінованому процесі з розпадом – 13, при фіброзно-кавернозному – 13 торакопластик.

Показанням до виконання екстраплевральної торакопластики був одnobічний або двобічний поширений туберкульоз з розпадом у декількох сегментах легеневої паренхіми. Операції проводилися після 5-6 місячної неефективної антимікобактеріальної терапії. Переважно це були хворі з високою стійкістю МБТ до антимікобактеріальних препаратів (мульти- та полірезистентним), поширеним двобічним процесом. Переважали хворі асоціальної групи (вживання алкоголю, наркотиків, порушення лікувального режиму).

Основними протипоказаннями до виконання екстраплевральної торакопластики була активізація туберкульозного процесу, виражена інтоксикація, явища полігранної недостатності, туберкульозне ураження бронхів 2 та 3 ступеня, дифузний гнійний ендобронхіт та білямежистінне розміщення каверн.

Класичний варіант верхньо-задньої екстраплевральної торакопластики виконано у 29 хворих. Операція проводилася із заднього доступу, видаленням задніх відрізків 7 ребер (від шийки ребра до задньої аксілярної лінії), перше і друге ребро видаляли максимально. Після резекції ребер виконували апіколіс та межистинний пневмоліз на всьому протязі видалених ребер. Закінчувалася операція дренажуванням підлопаткового простору. Рана ушивалася наглухо. Наступного дня накладали стискаючу пов'язку на оперовану сторону грудної клітки. У 25 хворих виконана семиреберна верхньозадня екстраплевральна торакопластика, у 2 хворих – восьмиреберна та у 2 хворих – шестиреберна торакопластики.

Другий варіант хірургічних втручань у 12 випадках був розрахований на компресію ниж-



ньої ділянки легені, де розміщувався паталогічний процес, або наявність залишкової плевральної порожнини. Згідно даного методу видаляли 4-6 ребер, починаючи з 3 або з 4 ребра. У двох випадках проводилась додатково часткова декорткація легені і ушивання нориці.

Ефективність колапсохірургічних втручань оцінювалась за 4 основними критеріями: інтра- та післяопераційні ускладнення; кількість летальних випадків; перебіг туберкульозного процесу у віддалений післяопераційний період.

Під час оперативних втручань крововтрата знаходилася в межах 500-600 мл. У двох випадках крововтрата була більше 700,0 мл. Гемостаз проводився прошиванням міжреберних м'язів, діатермічною коагуляцією і тампонадою. Пошкодження крупних артерій і вен не спостерігалось.

До інтраопераційних ускладнень можна віднести гостру серцево-судинну недостатність, що констатовано у двох хворих. Порушення серцевого ритму спостерігалось у трьох хворих.

В післяопераційному періоді особливої уваги вимагав догляд за дренажами, операційною раною та правильним виконанням бинтування оперованої половини грудної клітки. Усім післяопераційним хворим після дезінтубації проводилась фібробронхоскопія. Післяопераційна специфічна хіміотерапія починалась у повному об'ємі на другу добу і тривала під час усього перебування у стаціонарі.

Пріоритет надавався внутрішньовенному введенню хіміопрепаратів. При необхідності виконувались плевральні пункції, післяопераційні пневмоперетонеуми, дихальна гімнастика, масаж грудної клітки. Ранній післяопераційний період протікав у 32 хворих без ускладнень. У одного хворого спостерігалась міжм'язева гематома. Гостре порушення серцево-судинної діяльності було у двох хворих (один з них помер, цьому хворому була вико-

нана пульмонектомія 20 років тому). Загальна летальність становила 2,44 %.

Ефективність післяопераційного лікування спостерігалась у 34 (82,9 %) випадках. Припинення бактеріовиділення констатовано у 32 (78 %) випадках. У 35 хворих проведено аналіз віддалених результатів: реактивація туберкульозного процесу спостерігалась у 4 (9,76 % з 41) хворих.

Таким чином, застосування екстраплевральної торакопластики у хворих з поширеним деструктивним хіміорезистентним туберкульозом легень є альтернативним методом до резекційних оперативних втручань при неможливості їх виконання. Колапсохірургічні втручання повинні використовуватися індивідуально для кожного хворого, в залежності від локалізації патологічного процесу та функціональних показників. Ускладнення після торакопластик мінімальні, а позитивний ефект значно вищий в основній групі хворих порівняно з контрольною.

Висновки

1. Застосування екстраплевральної торакопластики у хворих з поширеним деструктивним хіміорезистентним туберкульозом легень значно підвищує результати лікування даної категорії пацієнтів.

2. Використання колапсохірургічних втручань дозволяє проводити паліативні операції навіть при низьких функціональних резервах організму.

3. Екстраплевральна торакопластика може використовуватись у хворих на туберкульоз легень, де неможливе виконання резекційних операцій.

4. Застосування класичної екстраплевральної торакопластики і модифікованих її варіантів значно зменшують інтраопераційні та післяопераційні ускладнення. Післяопераційна летальність зменшується у 2,5 рази.

ЛІТЕРАТУРА

1. *Колапсотерапевтичні* методики у фізіотричній практиці: метод. посібник для лікарів / Ю.І. Фещенко, М.С. Опанасенко, О.Д. Стащенко [та співав.]. – К., 2010. – 31 с.
2. *Основи клінічної фізіотричії* / за ред. Ю. І. Фещенка, В. М. Мельника, І. Г. Ільницького. – Київ – Львів: Атлас. – 2007. – 1168 с.

3. *Фещенко Ю.І.* Сучасна стратегія боротьби з туберкульозом в Україні / Ю.І. Фещенко, В.М. Мельник // К.: Здоров'я. – 2007. – 664 с.

ТОРАКОПЛАСТИКА
В ЛЕЧЕННІ
ХІМІОРЕЗИСТЕНТНОГО
ДЕСТРУКТИВНОГО
ТУБЕРКУЛЕЗА ЛЕГКИХ

*М.В. Секела,
В.В. Макаров, С.Ф. Кошак,
В.В. Томашевский,
Ю.В. Мотрук,
М.М. Максимович, Л.М. Рак,
П.В. Кузик*

Резюме. В статті представлено досвід 41 екстраплевральної торакопластическої операції у хворих з розповсюдженим деструктивним туберкульозом легких, які виконані в торакальній клініці Львівського регіонального фтизіопульмонологічного центру в період 2008 – 2011 рр. Ці хворі склали основну групу дослідження. В контрольній групі було 30 хворих з полірезистентним деструктивним туберкульозом легких, які не підлягали колапсохірургічним втручанням. Доведено, що використання екстраплевральної торакопластики у хворих з розповсюдженим деструктивним хіміорезистентним туберкульозом легких значительно підвищує результати лікування і може застосовуватися у хворих туберкульозом легких, де неможливо виконання резекційних операцій.

Ключевые слова: *полirezистентный деструктивный туберкулез легких, колапсохірургіческие втручання, екстраплевральна торакопластика.*

THORACOPLASTY IN
THE TREATMENT OF
CHEMORESISTANT
DESTRUCTIVE PULMONARY
TUBERCULOSIS

*M.V. Sekela, V.V. Makarov,
S.F. Koshak, V.V. Tomaszewski,
Yu.V. Motruk,
M.M. Maksimovich,
L.M. Rak, P.V. Kuzik*

Summary. The paper presents the experience of 41 extrapleural thoracoplasty surgery in patients with extensive destructive pulmonary tuberculosis, which are made in the Thoracic Clinic of regional pulmonology center of Lviv during the 2008 - 2011. These patients constituted the study group. In the control group had 30 patients with multiresistant destructive pulmonary tuberculosis, which are not subject to collapse-surgery interventions. It is proved that the use of extrapleural thoracoplasty in patients with advanced chemoresistant destructive pulmonary tuberculosis significantly improves outcomes and can be used in patients with pulmonary tuberculosis, which resection operations cannot be performed.

Key words: *multiresistant destructive pulmonary tuberculosis, collapse-surgery interventions, extrapleural thoracoplasty.*