

М. С. Опанасенко, О. В. Терешкович, Б. М. Конік, М. І. Калениченко
МОЖЛИВОСТІ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ МУЛЬТИРЕЗИСТЕНТНОГО ДЕСТРУКТИВНОГО
ТУБЕРКУЛЬОЗУ ЛЕГЕНЬ

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

Мета дослідження — оцінити власні результати оперативного лікування хворих на деструктивний мультирезистентний туберкульоз легень (МРТБ).

Матеріали і методи

Проведений ретроспективний аналіз результатів 243 власних операцій, виконаних у хворих на різні форми деструктивного МРТБ, протягом 2010–2015 р.р. Співвідношення чоловіки/жінки — 168 (69,1 %)/75 (30,9 %). Віковий діапазон від 16 до 64 років (середній вік — 31,7 роки). МРТБ — 178 (73,3 %) хворих; РРТБ — 65 (26,7 %) хворих. 19 (7,8 %) пацієнтів були прооперовані з приводу неефективного попереднього оперативного лікування.

Результати

Резекції частки легені (лобектомії, білобектомії) — прооперовано 54 (22,2 %) хворих. Припинення бактеріовиділення і закриття порожнин розпаду — 50 хворих (92,6 %), п/о ускладнення — 7 (12,9 %) хворих, повторних операцій не проводилось. Рецидиви МРТБ в п/о періоді — 4 хворих (7,4 %). Резекція легені в межах анатомічної частки (лобектомія, білобектомія) є найбільш раціональною операцією при МРТБ легень. Обов'язковою умовою виконання резекцій легені є роздільна обробка елементів кореня легені і застосування методів укріплення кукси бронха, а також, для запобігання перерозтягнення легені, слід застосовувати методи корекції об'єму гемітораку (пневмоперітонеум, френікопріпсію або один із варіантів торакопластики).

Сегментарні (полісегментарні) резекції легень — виконано 49 (20,2 %) операцій (типові резекції з роздільною обробкою елементів кореня сегментів — 38 (77,5 %); атипові резекції — 11 (22,5 %)). Оперативне лікування ефективне у 46 (93,9 %) хворих. П/о ускладнення — 4 хворих (8,1 %), рецидиви ТБ — 3 хворих (6,1 %). У всіх випадках рецидивів ТБ виконувалися атипові резекції легені.

Двобічні резекції при обмежених деструктивних формах МРТБ легень — прооперовано 16 (6,6 %) хворих. П/о ускладнення — 2 (12,5 %) хворих. П/о рецидивів і п/о летальності не було. Ефективність оперативного лікування в строках спостереження до 5-ти років склала 100 %.

Комбіновані резекції легені з одномоментною торакопластикою в різних модифікаціях - прооперовано 36 (14,8 %) хворих. 4 (11,1 %) хворих були прооперовані з приводу рецидивів МРТБ легень; 2 (5,6 %) хворих — з приводу ускладнень попереднього неефективного оперативного лікування в інших клініках. Ефективне лікування — 28 (77,8 %) хворих. П/о ускладнення — 3 (8,3 %) хворих. П/о летальність — 3 (8,3 %) хворих. Рецидиви МРТБ в п/о періоді — 3 (8,3 %). Повторні операції з приводу п/о ускладнень — 2 (5,6 %) хворих.

Двобічні етапні оперативні втручання з використанням різних видів торакопластики при розповсюджених деструктивних формах МРТБ легень — прооперовано 4 (1,7 %) хворих. У 4 хворих виконано 9 оперативних втручань: 3 хворих прооперовані послідовно на обох легенях, 1 хвора прооперована тричі (двічі на правій легені і один раз на лівій). Ефективність оперативного лікування в строках спостереження до 5-ти років склала 100 %. П/о ускладнень, рецидивів і п/о летальності не було. У 1 хворої I етап (первинна ТП) був недостатньо ефективним (в післяопераційному періоді зберігалась каверна під ТП). Проведене довидалення верхньої долі правої легені з реторакопластикою.

Пневмоектомії, плевронпневмоектомії — прооперовано 27 (11,1 %) хворих. Ефективне лікування — 21 хворий (77,8 %). П/о ускладнення — 3 (11,1 %) хворих. Рецидиви МРТБ в п/о періоді — 3 (11,1 %) хворих. Абсолютними умовами виконання пневмоектомії є: відсутність запальних змін в головному бронхі при проведенні ФБС і деструктивних змін в легені, що залишається; застосування методів додаткового укріплення кукси бронха і профілактики емпієми плеври.

Одномоментна екстраплевральна торакопластика — прооперовано 32 (13,2 %) хворих. Більшість хво-

рих були проперовані з приводу одnobічного фіброзно-кавернозного МРТБ — 28 (87,5 %) хворих; двобічний деструктивний МРТБ — 4 (12,5 %) хворих. Ефективне лікування — 25 (78,1 %) хворих. П/о ускладнення — 2 (6,3 %) хворих; п/о летальність — 4 (12,5 %) пацієнтів. Рецидиви МРТБ в п/о періоді — 3 (9,3 %) хворих.

Етапні оперативні втручання з використанням торакопластики у хворих з гнійно-септичними ускладненнями МРТБ — прооперовано — 7 (2,9 %) хворих. Показання до операції: хронічна постпневмонектомічна емпієма плеври з бронхіальною норницею. П/о ускладнення - 1 хворий (14,3 %). П/о летальність — 1 хворий (14,3 %). П/о рецидивів МРТБ не було. Ефективне лікування — 71,4 %.

Плевректомія з декортикацією легені або з резекцією легені (плевролобектомії) — прооперовано 16 (6,6 %) хворих. Показання до операції: хронічна емпієма плеври — 6 (37,5%), панцирний плеврит — 10 (62,5 %). Оперативне лікування було ефективним у всіх 16 хворих (100 %). П/о ускладнення — 3 (18,7 %) хворих. Повторних операцій не було.

Відеоасистовані резекції легені — за даною методикою прооперовано 6 (2,5 %) хворих. Припинення бактеріовиділення, закриття порожнин розпаду вдалось досягти у всіх 6 (100 %) хворих; п/о ускладнення — 1 (16,7 %) хворий (недорозправлення легені, яке потребувало додаткового дренивання). П/о летальності і рецидивів МРТБ не було.

Висновки

1. Хірургічне лікування може покращити результати лікування хворих на МРТБ з незворотними змінами.

2. При хірургічному лікуванні МРТБ перевагу слід віддавати анатомічним резекціям, оптимальним варіантом операції є лобектомія (білобектомія).

3. При виконанні резекції для запобігання перерозтягнення легені слід обов'язково застосовувати методи корекції об'єму гемотораксу (пневмоперітонеум, френікотрипсію або один із варіантів торакопластики).

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 розповсюдженному ураженні з наявністю множинних вогнищ деструкції і дисемінації призводить до зростання післяопераційних специфічних ускладнень.