

В.В. Короев,
сотрудник НИИ фтизиопульмонологии Первого МГМУ
им. И.М. Сеченова

И.И. Мартель,
сотрудник НИИ фтизиопульмонологии Первого МГМУ
им. И.М. Сеченова

А.А. Глотов,
к.м.н., заведующий эндоскопическим отделением
Университетской фтизиопульмонологической
клинической больницы Первого МГМУ им. И.М. Сеченова

И.И. Ениленис,
к.м.н., врач первой категории, заведующий
операционным блоком Университетской
фтизиопульмонологической клинической больницы
Первого МГМУ им. И.М. Сеченова

А.Б. Бижанов,
сотрудник НИИ фтизиопульмонологии Первого
МГМУ им. И.М. Сеченова

Я.Г. Имагозhev,
сотрудник НИИ фтизиопульмонологии Первого
МГМУ им. И.М. Сеченова

И.Б. Мургустанов,
сотрудник НИИ фтизиопульмонологии Первого
МГМУ им. И.М. Сеченова

О.Ш. Кесаев,
сотрудник НИИ фтизиопульмонологии Первого
МГМУ им. И.М. Сеченова

Д.Б. Гиллер,
д.м.н., профессор, заведующий кафедрой фтизиатрии
и торакальной хирургии Первого МГМУ им. И.М. Сеченова

V.V. Koroev,
research fellow of the Research institute of Phthisiopulmo-
nology of the First MSMU named after I.M. Sechenov

I.I. Martel,
research fellow of the Research institute of Phthisiopulmo-
nology of the First MSMU named after I.M. Sechenov

A.A. Glotov,
PhD, head of the endoscopic department of Phthisiopul-
monological hospital of the First MSMU named
after I.M. Sechenov

I.I. Enilenis,
PhD, first category doctor, head of the operating unit
of Phthisiopulmonological hospital of the First MSMU
named after I.M. Sechenov

A.B. Bizhanov,
research fellow of the Research institute of Phthisiopulmo-
nology of the First MSMU named after I.M. Sechenov

Ya.G. Imagozhev,
research fellow of the Research institute of Phthisiopulmo-
nology of the First MSMU named after I.M. Sechenov

I.B. Murgustov,
research fellow of the Research institute of Phthisiopulmo-
nology of the First MSMU named after I.M. Sechenov

O.Sh. Kesaev,
research fellow of the Research institute of Phthisiopulmo-
nology of the First MSMU named after I.M. Sechenov

D.B. Giller,
MD, prof., head of the chair of phthisiatry and thoracic
surgery of the First MSMU named after I.M. Sechenov

ОБШИРНЫЕ КОМБИНИРОВАННЫЕ РЕЗЕКЦИИ В ЛЕЧЕНИИ РАСПРОСТРАНЕННОГО ДЕСТРУКТИВНОГО ТУБЕРКУЛЕЗА ЛЕГКИХ

LARGE COMBINED RESECTIONS IN THE TREATMENT OF COMMON DESTRUCTIVE PULMONARY TUBERCULOSIS

КОНТАКТНАЯ ИНФОРМАЦИЯ:

Алексей Александрович Глотов, заведующий эндоскопическим отделением Университетской фтизиопульмонологической больницы

Адрес: 127994, г. Москва, ул. Достоевского, д. 4

Телефон: 8 (495) 61-45-35

E-mail: ftizio_mma@mail.ru

Статья принята к печати: 19.10.2012

Аннотация. Данная статья посвящена анализу применения обширных комбинированных резекций в лечении распространенного деструктивного туберкулеза легких.

Annotation. This article deals with the analysis of the extensive combined resection in treatment of advanced destructive pulmonary tuberculosis.

Ключевые слова. Туберкулез легких, резекционные операции, методика послеоперационного ведения.

Key words. Pulmonary tuberculosis, resection surgery, postoperative management techniques.

Комбинированные резекции легких, под которыми в хирургии туберкулеза подразумевается резекция в пределах разных долей легкого, по данным литературы, сопровождаются наибольшей частотой осложнений и летальности среди всех резекционных операций. Особенно большие проблемы возникают при резекциях объемом более половины легкого, которые мы и рассматриваем в нашей работе.

Целью нашего исследования было повышение эффективности хирургического лечения больных распространенным туберкулезом органов дыхания за счет совершенствования показаний, методики обширных комбинированных резекций и создание алгоритма послеоперационного ведения этой категории больных.

Материал и методы исследования: мы проанализировали результаты хирургического лечения 102 больных в возрасте от 5 до 68 лет, которым в период 2004 по 2011 гг. выполнены обширные комбинированные резекции объемом более половины легкого.

Большая часть операций произведена по поводу фиброзно-кавернозного туберкулеза легких — 57 больных (68%), кавернозного туберкулеза у 9 (10,7%), туберкуломы с распадом у 12 (14,3%), казеозной пневмонии и эмпиемы плевральной полости 6 (7,1%) Больным, оперированным с 2010 г., для оценки микроциркуляции легких в разные периоды после обширных резекции выполнялась сцинтиграфия легких.

Бациллярны на момент операции были 82% больных, из них у 59,5% выявлена множественная или обширная лекарственная устойчивость МБТ.

Раздельная обработка элементов корня удаляемой части легкого выполнялась во всех случаях обширных комбинированных резекций легких. Большинство резекций выполнялось из минидоступов (71,4%). Для уменьшения объема гемиторакса после резекции применялись оригинальные малоинвазивные методики отсроченной видеоассистированной торакопластики и перемещения диафрагмы. Коррекция объема плевральной полости после обширных резекций по поводу деструктивного туберкулеза выполнялась у 53 больных, из них резекции с одномоментной торакопластикой у 6 больных (11,3%), отсроченная торакопластика у 32 (60,3%), корригирующее перемещение диафрагмы у 15 (28,3%). В остальных случаях для корригирующих целей применялся пневмоперито-

неум. Средний объем кровопотери составил 234,4 мл (+/- 20 мл).

В послеоперационном периоде использовали длительное дренажное ведение плевральной полости по разработанной в клинике методике. Использование минидоступов позволило существенно уменьшить травматичность вмешательства и кровопотерю. Особенно рационально применение малоинвазивной техники было при наличии двусторонних поражений. Примером такой ситуации может быть следующее наблюдение.

Клинический пример: больная Х, 51 лет поступила в х/о. 23.11.09 г. При поступлении предъявляла жалобы на утомляемость, слабость.

Из анамнеза: туберкулез легких впервые выявлен в декабре 2007 г. при плановом осмотре по поводу сахарного диабета. Находилась на стационарном лечении в РПТД г. Грозный с 24.01.08 г. по 29.10.08 г. с диагнозом: инфильтративный туберкулез н/доли правого легкого в фазе распада. МБТ(—). Затем была переведена на амбулаторное лечение. Получала терапию по следующей схеме (Н, R, E, K, Of).

Сахарным диабетом болеет около 6 лет. Для оперативного лечения госпитализирована в х/о.

В мокроте при поступлении люминесцентным методом КУМ не обнаружены. Методом ПЦР ДНК МБТ так же не обнаружены.

При функциональном исследовании легких ЖЕЛ — 96,8 %, ОФВ1 — 105,3%. Вентиляционная способность легких в норме. Показатели Насыщения крови кислородом так же в норме (рО₂ — 71 мм, рСО₂ — 39,7 мм.рт.ст).

При радиоизотопном исследовании легких (99м Тс — МАА), справа в проекции верхушки легкого и частично в базальных сегментах наблюдалось выраженное снижение регионарного кровотока и составляет 49% от общего объема; слева в базальных сегментах кровотоков несколько обеднено и составлял 51%.

На обзорной рентгенограмме при поступлении (рис. 1) слева — слева на границе С2-С3 округлая туберкулома до 1,6 см в диаметре без признаков распада, имеет кальцинированные включения. Мелкие полости распада и сформированные каверны в нижних отделах С6, а так же С9, С10 правого легкого с наличием перикавитарных очагово-инфильтративных изменений. Единичные очаги в С2, С8 и средней доле правого легкого. Ателектаз части средней доли.



Рис. 1. Обзорная рентгенограмма: больной Х. при поступлении.

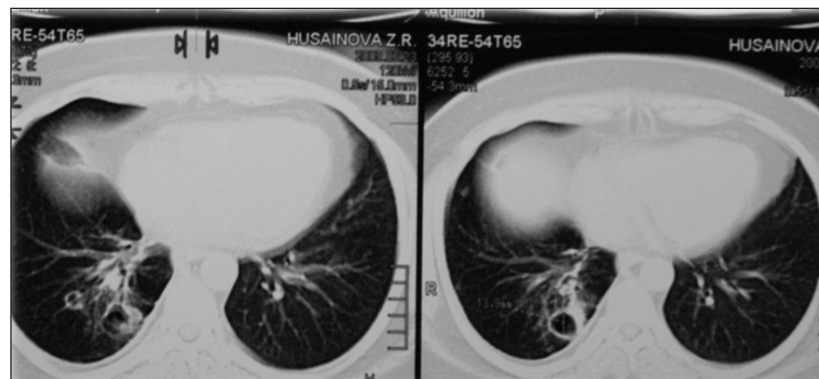


Рис. 2. Компьютерная томография больной Х. при поступлении

На ней определяются мелкие полости распада и сформированные каверны в нижних отделах С6, а так же С9, С10 правого легкого с наличием перикавитарных очагово-инфильтративных



По данным компьютерной томографии при поступлении (рис. 2), в левом легком система полостей распада с толстыми фиброзными стенками, множественные крупные очаги, местами сливающиеся в конгломераты. В в/доле правого легкого конгломерат очагов.

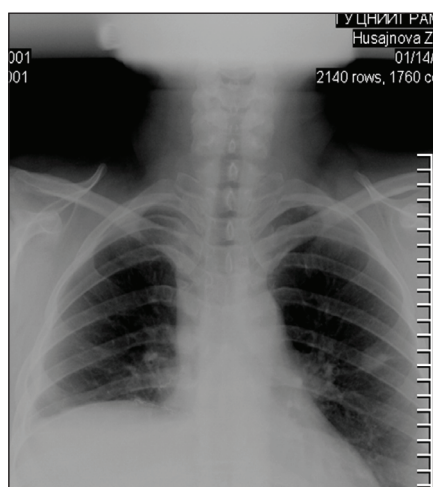


Рис. 3. Обзорная рентгенограмма больной Х. после хирургического лечения

После полного обследования был выставлен клинический диагноз: фиброзно-кавернозного туберкулеза правого легкого. Туберкулома верхней доли левого легкого. МБТ(—). Соп: сахарный диабет 2 т.

Лечение проводилось по индивидуальному режиму: таваник — 0,5, амикацин — 1,0 в/м, пиразинамид — 0,5×3 р.д., циклосерин — 0,25×3р/д, симптоматическая, гепатотропная и витаминотерапия.

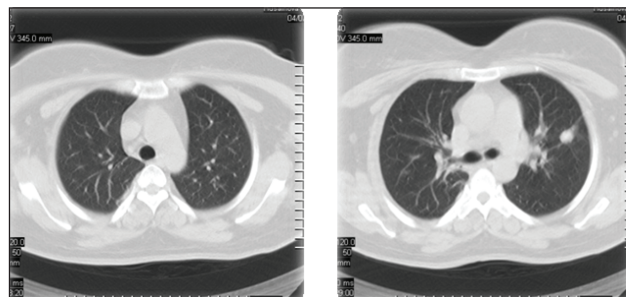
19.11.09 г. была выполнена операция: видео-ассистентторакопическая нижняя билобэктомия справа. (Хирург: Гиллер Д.Б.)

Послеоперационный период протекал без осложнений.

Гистологическое заключение (03.12.09 г.): фиброзно-кавернозный туберкулез легкого в фазе прогрессирования с формированием нескольких мелких туберкулом. Туберкулез мелких бронхов.

На обзорной рентгенограмме перед выпиской (через 1,5 месяца после операции) (рис. 3) оперированное легкое расправлено, полностью занимает весь объем плевральной полости. В легких дополнительных очаговых теней не определяется. Синусы свободны.

В левом легком без дополнительных очагово-инфильтративных изменений



По данным компьютерной томографии органов грудной клетки, после операции (рис. 4) справа очаговых изменений не определяется. Слева на границе С2 и С3 плотная туберкулома. Органы средостения не смещены. Синусы свободны.

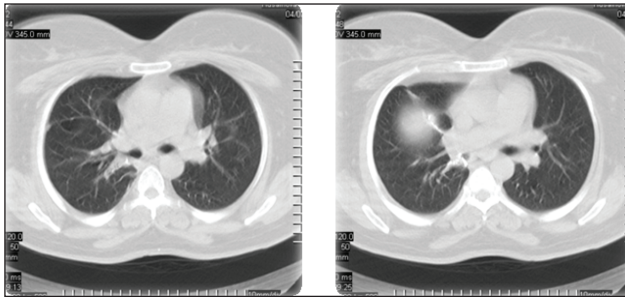


Рис. 4. Компьютерная томограмма больной Х. после хирургического лечения

В левом легком на границе С2, С3 определяется туберкулома без признаков распада

Больная выписана в удовлетворительном состоянии для продолжения лечения по месту жительства.

Учитывая тяжелый сахарный диабет, больной была рекомендована операция на левом легком по поводу туберкуломы. По просьбе пациентки операция была отсрочена на неопределенный срок.

При функциональном исследовании легких на момент выписки ЖЕЛ — 60%, ОФВ1 — 60,6%. Значительное снижение вентиляционной способности легких рестриктивного типа. Умеренная гипоксемия, насыщение О₂ и КЩС в норме (рСО₂ — 40,8 мм; рО₂ — 72 мм). В анализе мокроты методом ЛЮМ многократно КУМ не обнаружены.

Больная выписана в удовлетворительном состоянии для продолжения лечения по месту жительства.

Повторно госпитализирована на заключительный этап хирургического лечения через 10 мес.

При функциональном исследовании легких на момент повторной госпитализации ЖЕЛ — 83 %, ОФВ1 — 82%. Вентиляционная способность легких в норме. В анализе мокроты методом ЛЮМ КУМ не обнаружены.

22.11.10. г. была выполнена операция: Видеоассистенторакоскопическая краевая резекция верхней доли слева. (Хирург: Гиллер Д.Б.)

Послеоперационный период протекал без осложнений.

Гистология (02.12.10 г.): туберкулома легкого в фазе стабилизации.

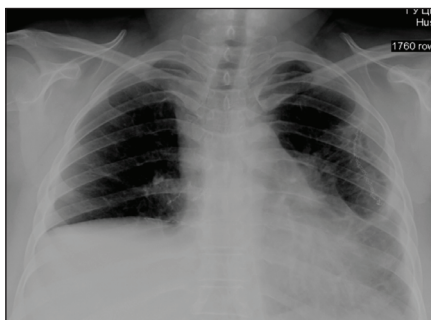


Рис. 5. Обзорная рентгенограмма больной Х. после 2 операции (21 сутки)

На обзорной рентгенограмме после 2 операции (21 сутки после операции) (рис. 5). Левое легкое расправлено, полностью занимает весь объем плевральной полости. В легких очаговых и инфильтративных изменений не определяется. Синусы свободны.

Левое легкое расправлено, полностью занимает весь объем плевральной полости. В легких очаговых и инфильтративных изменений не определяется

При функциональном исследовании легких на момент выписки ЖЕЛ — 61%, ОФВ1 — 57,7%. Значительное снижение вентиляционной способности легких по смешанному типу. Умеренная гипоксемия, насыщение О₂ и КЩС снижено (рСО₂ — 44,5 мм; рО₂ — 58 мм). В анализе мокроты методом ЛЮМ многократно КУМ не обнаружены.

Больная выписана в удовлетворительном состоянии для продолжения лечения по месту жительства.

Через 11 месяцев после выписки проведено контрольное обследование.

По данным компьютерной томографии органов грудной клетки (рис. 6), в легких очаговых и инфильтративных изменений не определялось. Синусы свободны.

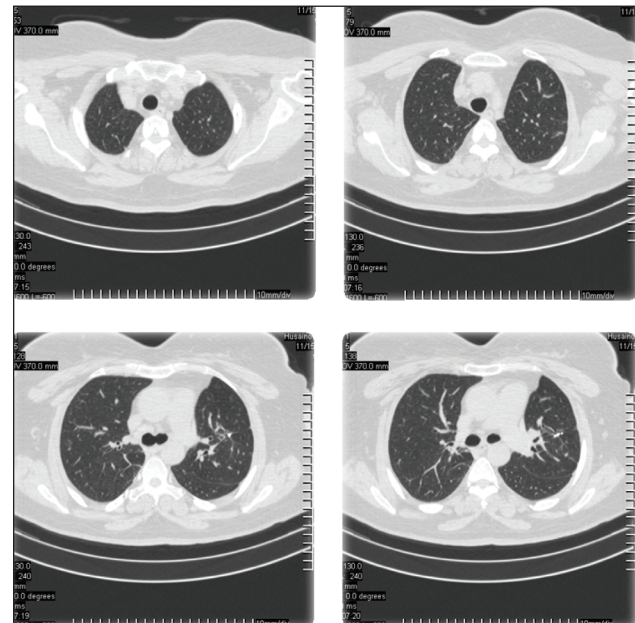


Рис. 6. Компьютерная томограмма больной Х. через 11 месяцев после выписки.

В легких очаговых и инфильтративных изменений не определяется

При радиоизотопном исследовании легких (99м Тс — МАА), объем правого легкого уменьшен за счет хирургического лечения, микроциркуляция в сохранившемся участке легкого достаточная, распределение капиллярного кровотока равномерное, контуры четкие. Объем кровотока справа составля-

ет 48; слева отмечается усиление микроцеркуляции в базальных сегментах и составлял 52%.

По данным функционального исследования, ЖЕЛ — 71 %, ОФВ1 — 70,%. Незначительное снижение вентиляционной способности легких по смешанному типу; газы крови (рСО₂ — 45 мм; рО₂ — 59 мм). В анализе мокроты методом ЛЮМ КУМ не обнаружены.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Послеоперационные осложнения возникли в 9 случаях (8,8%): остаточная плевральная полость у 1; замедленное расправление легкого у 5; прогресси-

рование специфического процесса у 2, кровотечение у 1. Все послеоперационные осложнения были успешно ликвидированы. Госпитальной летальности не было. Все оперированные больные к моменту выписки из стационара были абациллированы и без полостей распада (CV-, BK-).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, за счет совершенствования техники обширных комбинированных резекций и методики послеоперационного ведения результаты лечения распространенного деструктивного туберкулеза могут быть существенно улучшены.