

Я.Г. Имагозhev,
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

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

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

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

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

Ya.G. Imagozhev,
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

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

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

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

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

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ДЕСТРУКТИВНОГО ТУБЕРКУЛЕЗА ЕДИНСТВЕННОГО ЛЕГКОГО

THE SURGICAL TREATMENT OF THE DESTRUCTIVE TUBERCULOSIS OF A SINGLE LUNG

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. В данной статье рассматриваются проблемы хирургического лечения деструктивного туберкулеза единственного легкого.

Annotation. This article deals with the problems of the surgical treatment of the destructive tuberculosis of a single lung.

Ключевые слова. Туберкулез, хирургия, резекции.

Key words. Tuberculosis, surgery, resections.

В период с 2005 по 2011 г. проводилось хирургическое лечение деструктивного туберкулеза единственного легкого у 48 пациентов в возрасте от 14 до 54 лет. У всех больных до начала хирургического лечения отмечалось тотальное поражение одного легкого фиброзно-кавернозным туберкулезом (38 случаев), кавернозным (5 случаев); казеозной пневмонией (6 случаев). В противоположном легком до пневмонэктомии существовал у 25 и после пневмонэктомии развился у 23 пациентов деструктивный процесс, потребовавший хирургического лечения. В 18 случаях в единственном легком выявлялись фиброзные каверны, в 18 кавернозный туберкулез, в 9 туберкуломы с распадом и в 3 инфильтративный туберкулез с распадом.

До начала хирургического лечения был бациллярен 41 (85,4%) пациент, при этом множественная лекарственная устойчивость (МЛУ) МБТ была у 14 (34,1%) пациентов; обширная лекарственная устойчивость (ХДР) у 26 (63,4%). 23 пациента имели признаки легочно-сердечной недостаточности. Снижение ЖЕЛ и ОФВ1 до пределов от 18% до 50% к должному отмечалось у 40 (83,3%) пациентов.

По тактике хирургического лечения всех больных можно подразделить на 3 группы. В первую группу вошли 12 пациентов, которым после предшествующей пневмонэктомии выполнили резекционные операции на единственном легком. Во вторую группу — 10 больных, которым хирургическое лечение начали с выполнения резекции легкого на стороне меньшего поражения с последующим выполнением пневмонэктомии на стороне большего поражения. В третью группу вошли 26 пациентов, которым пневмонэктомию сочетали с коллапсохирургическими вмешательствами, направленными на лечение деструктивного туберкулеза единственного легкого.

Всего у 48 пациентов было выполнено 132 операции и 2 клапанные бронхоблокации. Пневмонэктомии у 42 больных были выполнены нами и шестеро пациентов поступили после пневмонэктомий выполненных в других учреждениях, в том числе 1 пациентка с бронхоплевральным свищом. В числе операций, произведенных для лечения деструктивного туберкулеза единственного легкого, были 6 лобэктомий, 3 комбинированные резекции и 13 сегментарных резекций. У 5 больных перед пневмонэктомией выполнены предварительные трансстернальные трансмедиастинальные окклюзии

главного бронха и легочной артерии, у 1 пациентки резекция бифуркации трахеи из трансстернального доступа по поводу бронхильного свища, у 1 — видеоассистированная резекция бифуркации трахеи с одномоментной резекцией единственного легкого по поводу бронхильного свища из контрлатерального доступа и у одного пациента одномоментная окклюзия левого главного бронха и верхняя лобэктомия правого легкого.

У 48 больных выполнены 61 коллапсохирургическая операция, в том числе 37 торакопластик на стороне пневмонэктомии, 10 экстраплевральных торакопластик на стороне единственного легкого, 10 операций экстраплеврального пневмолиза с использованием надувных силиконовых баллонов, 4 экстраплеврального пневмолиза с одномоментной миопластикой широчайшей мышцей спины на сосудистой ножке.

Максимальный объем двусторонних вмешательств резекционного плана составил 15 сегментов (у 3 больных).

Многоступенчатое лечение в 3 случаях сопровождалось послеоперационными осложнениями (ОДН у 2 пациентов, потребовавшая наложения трахеостомы, и у 1 пациентки спонтанный пневмоторакс единственного оперированного легкого). Все осложнения ликвидированы на стационарном этапе. Послеоперационной летальности не отмечалось. Во всех случаях при операциях на единственном легком использовались миниинвазивные доступы под контролем видеоторакокопии. Примером использования этой техники может служить следующее наблюдение.

• *Больной К. 43 лет, поступил с диагнозом: фиброзно-кавернозный туберкулез легких. Хроническая пострезекционная эмпиема правой плевральной полости с бронхоплевроторакальным свищом после резекции S6 справа и 2-х этапной 8-ми реберной торакопластики (2005 г., г. Астрахань). МБТ(+). МЛУ (S, H, R, Fg). Хр. бронхит. Хроническое легочное сердце. Кахексия. ДН-III ст.*

• *На момент поступления предъявлял жалобы на кашель с гнойной мокротой, одышку при незначительной физической нагрузке.*

• *Специфический процесс в легких был обнаружен в мае 2002 г., исходная форма — фиброзно-кавернозный туберкулез правого легкого. Неоднократно лечился с незначительным эффектом.: В ПТД*

г. Астрахани 02.08.09 г. была выполнена резекция S6 правого легкого. Послеоперационный период осложнился развитием эмпиемы с бронхоплевроторакальным свищем. Для ликвидации осложнений была выполнена двухэтапная восьмидесятилетняя торакопластика справа. Но эмпиема и бронхоплевроторакальный свищ сохранялись, бактериовыделение продолжалось. Длительно лечился по месту жительства, проводились санации плевральной полости через плевростому, без эффекта. Направлен в наше х/о для оперативного лечения.

Объективно при поступлении: Состояние больного средней степени тяжести. Больной истощен. Выраженные симптомы туб. интоксикации. Кожные покровы и видимые слизистые бледные. Рс 76 в мин. АД 110/80, тоны сердца ритмичные. Справа на грудной клетке в проекции торакотомной раны свищевой ход, из которого выделяется гнойное содержимое. Правая половина грудной клетки отстаёт в акте дыхания. В дыхании участвует вспомогательная мускулатура. Аускультативно правое легкое не выслушивается, слева на фоне жесткого дыхания выслушиваются влажные хрипы.

Рентгенологически при поступлении: в верхних и средних отделах правого гемиторакса определяется гигантская полость, с толстыми стенками и перегородками. В стенках имеются множественные обызвествления. Также имеется небольшое количество жидкости с горизонтальным уровнем. Левое легкое викарно увеличено (рис. 1). В S6 левого легкого визуализируется полость деструкции до 2 см в диаметре, вокруг множественные разнокалиберные очаги (рис. 2).

Справа легкое коллабировано, в верхних отделах полости каверн, в нижних отделах широкий уровень жидкости в плевральной полости. Справа мно-

жественные очаги и инфильтративные изменения в среднем легочном поле

Определяются множественные каверны в коллабированном правом легком и двустороннее обсеменение

В общем анализе крови отмечалось повышение СОЭ до- 50мм/ч; Лейк.-20,2 тыс.

ФВД: ЖЕЛ- 39,8, ОФВ 35,2%. Резкое снижение вентиляционной способности легких по смешанному типу. Обструкция резко выражена.

Газы крови: рО₂-53 мм.рт.ст., рСО₂-46,9 мм.рт.ст.

ФБС: Дренажный бронхит В-6 слева. Деформация устьев бронхов в доли справа. Дефект культуры В6 справа.

23.11.09 г. была выполнена операция: трансстеральная, трансмедиастенальная окклюзия правого главного бронха, правой легочной артерии (хирург: Гиллер Д.Б.).

04.03.10 г. была выполнена операция: плевроневмонэктомия по типу доудаления справа (хирург: Гиллер Д.Б.).

Гистологическое заключение: фиброзно-кавернозный туберкулез легкого, хроническая туб. эмпиема.

П/о период протекал без осложнений. Функциональное состояние больного после двух первых операций не ухудшилось.

ФВД 25/05/10: ЖЕЛ-39,5%. ОФВ-31,4%. Индекс Тифно: 78,6%

— Резкое снижение вентиляционной способности легких по смешанному типу. Обструкция резко выражена.

Газы крови: рО₂-67 мм.рт.ст., рСО₂-46,3 мм.рт.ст. Тест шестиминутной ходьбы: 480 м.

На КТ сохранялась фиброзная каверна в шестом сегменте единственного легкого с очагами вокруг (рис. 3).

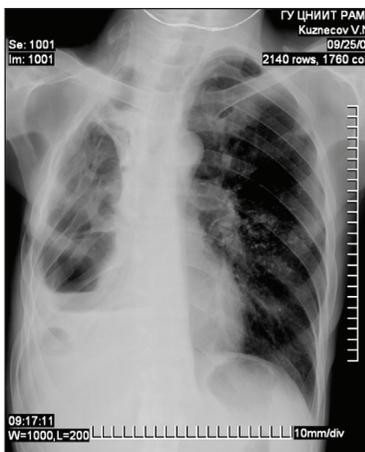


Рис. 1. Обзорная рентгенография грудной клетки больного К.

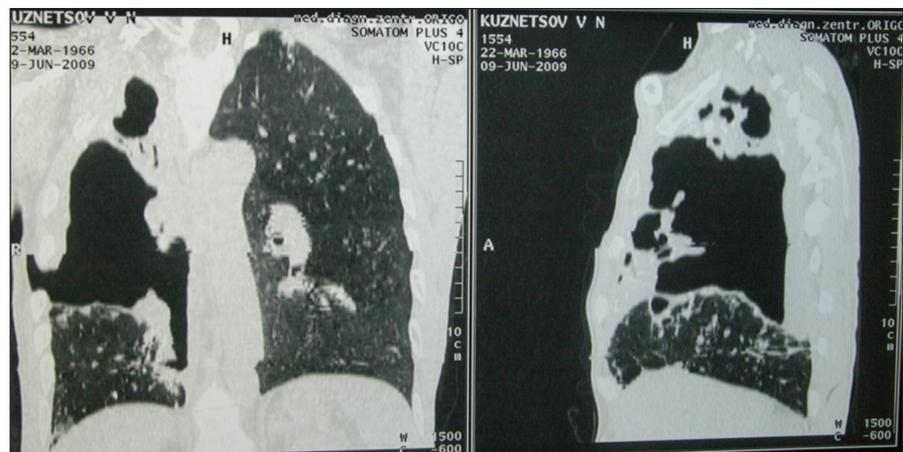


Рис. 2. Томограммы больного К.

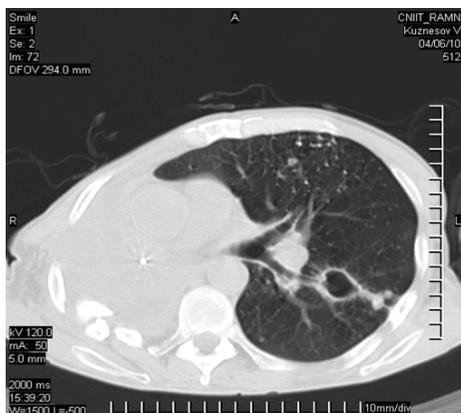


Рис. 3. Компьютерная томограмма больного К. после двухэтапной плеврорезектомии. Каверна в С6 до 2,5 см с обсеменением

21.06.10. была выполнена операция: VATS резекция С6 и части С10 единственного левого легкого (хирург Гиллер Д.Б.). Из минидоступа (7 см) под контролем видеоторакоскопии легкое выделено из сращений. Раздельно перевязаны и пересечены артерия, вена и бронх шестого сегмента. После прошивания легочной ткани шивающим аппаратом СОМИ-80 механический шов укреплен атравматическими швами (рис. 4).

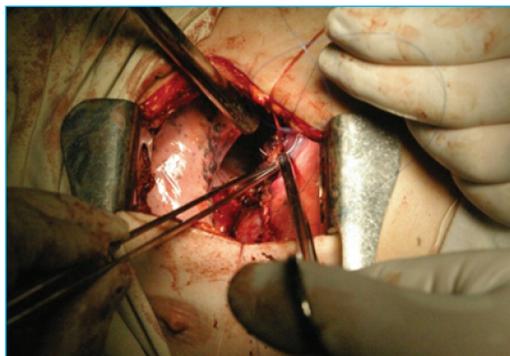


Рис. 4. Этап резекции единственного легкого у больного К.

Гистологическое заключение: фиброзно-кавернозный туберкулез единственного легкого (рис. 5).



Рис. 5. Удаленная часть единственного легкого больного К. На разрезе видна каверна

П/о период протекал без осложнений, при исследовании мокроты после третьей операции МБТ не находили. На момент выписки из хирургического отделения функциональное состояние больного было малоудовлетворительным. На ЭКГ определялась синусовая тахикардия (ЧСС 94 уд. мин) и гипертрофия правых отделов сердца. При ФВД 15.09.10: резкое снижение вентиляционной способности легких по смешанному типу. Обструкция резко выражена (ЖЕЛ-23,4. ОФВ-19,8% Индекс Тифно: 84,0%). Газы крови: \downarrow pO₂-56 мм.рт.ст., pCO₂- 60 мм.рт.ст.

Однако ликвидация источника интоксикации и активного туберкулеза позволили достичь хорошего отдаленного результата. Через 2 года после выписки рентгенологически в единственном левом легком определяются лишь фиброзно-очаговые изменения в ф. уплотнения.

Функциональное состояние больного хорошее. Тест шестиминутной ходьбой составил 500 м. Больной трудоспособен. В течении последнего года работает шофером грузового автомобиля на междугородних перевозках.

РЕЗУЛЬТАТЫ

В группе больных, которым была выполнена резекция единственного легкого, отдаленные результаты прослежены у 16, из них полный клинический эффект (CV-ВК-) был получен у 15 (93,8%) и один пациент умер. В группе больных с коллапсохирургическими методами лечения из 19 пациентов, выписанных более года назад, полный клинический эффект получен у 14 (73,6%) и 3 пациента умерли в отдаленном периоде.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Несмотря на высокий хирургический риск, применение операций у больных с деструктивным туберкулезом единственного легкого оправдано ввиду бесперспективности консервативного лечения. Применение резекционных операций имеет лучшие отдаленные результаты.