

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

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

В.В. Короев,
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

O.Sh. Kesaev,
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 Phthisiopulmonology 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

V.V. Koroev,
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

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ БРОНХО-ПЛЕВРАЛЬНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПОСЛЕ ПНЕВМОНЭКТОМИЙ

THE SURGICAL TREATMENT OF BRONCHO-PLEURAL COMPLICATIONS AFTER PNEUMONECTOMIES

КОНТАКТНАЯ ИНФОРМАЦИЯ:

Алексей Александрович Глютов, 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 проблемам хирургического лечения бронхо-плевральных осложнений после пневмонэктомий.

Annotation. This article deals with the problems of surgical treatment of broncho-pleural complications after pneumonectomies.

Ключевые слова. Пневмонэктомии, хирургия, бронхо-плевральные осложнения.

Key words. Pneumonectomies, surgery, broncho-pleural complications.

В период с 2004 по 2011 г. в отделе легочной хирургии проводилось хирургическое лечение бронхо-плевральных осложнений после ранее выполненных пневмонэктомий у 60 пациентов. Все больные были разделены на 2 группы: первую группу составили пациенты с эмпиемой и бронхиальным свищем (38 случаев), вторую с эмпиемой без наличия бронхиального свища (22 случая).

51 пациент на момент развития бронхо-плевральных осложнений были бациллярны, при этом множественная лекарственная устойчивость (МЛУ) МБТ была у 25 (41,6%) пациентов; обширная лекарственная устойчивость (XDR) у 23 (38,3%), моно- и полирезистентность у 3 (5%) пациентов. Поражение единственного легкого отмечалась у 56 (93,3%) больных в виде фиброзно-кавернозного туберкулеза — 4, кавернозного туберкулеза — 9, туберкулем в том числе с распадом — 4, инфильтративного с распадом — 4, очагового туберкулеза у 33 больных. Все больные имели признаки легочно-сердечной недостаточности.

Всего у 60 пациентов была выполнена 131 операция. В числе операций, произведенных для лечения бронхо-плевральных осложнений, после пневмонэктомий были трансстернальные окклюзии элементов корня легкого — 16, трансплевральные контрлатеральные окклюзии элементов корня легкого — 3, трансплевральные клиновидные резекции бифуркации трахеи с одномоментной торакомиопластикой — 4, торакомиопластики — 47, реторакомиопластики — 9, торакостомии — 14, видеоторакоскопии с санацией и дренированием полости эмпиемы — 16, пластика торакального дефекта грудной стенки — 2. Примером многоэтапного хирургического лечения эмпиемы с бронхиальным свищем может служить следующее наблюдение.

Больной 3., 34 лет, поступил в х.о. 03.06.10 г. При поступлении предъявлял жалобы на слабость, температуру до 38,0°; одышку при незначительной физической нагрузке, кашель с гнойной мокротой, усиливающейся при наклоне туловища вперед. Из анамнеза: туберкулез легких выявлен в местах лишения свободы в 2001 г. На фоне проводимого лечения сформировался фиброзно-кавернозный туберкулез правого легкого. 26.01.2006 г. там же выполнена пневмонэктомия справа. В раннем послеоперационном периоде у больного возникла

несостоятельность культи правого главного бронха, осложненная развитием эмпиемы плевральной полости. 29.08.07 г. — с целью ликвидации бронхиального свища выполнена резекция культи правого главного бронха, однако свищ сохранился. В октябре 2007 г. освобожден из мест лишения свободы. На учет у фтизиатра по месту жительства не вставал. После ухудшения состояния 25.01.08 г. госпитализирован в хирургическое отделение ГУЗ ОПТД. Получал лечение по 2Б режиму, выполнялись санации плевральной полости справа. 19.09.08 г. выписан на амбулаторное лечение. Однако состояние больного прогрессивно ухудшалось. В связи с нарастанием гнойного экссудата в плевральной полости справа неоднократно находился на стационарном лечении в хирургическом отделении ГУЗ ОПТД. Направлен в наше х/о.

В мокроте люминесцентным методом обнаружены микобактерии туберкулеза +++, устойчивые к изониазиду, рифампицину, стрептомицину, этамбутолу, канамицину, этионамиду, капреомцину, циклосерину, ПАСК, фторхинолонам.

При функциональном исследовании легких отмечалось значительное снижение вентиляционной способности легких по смешанному типу (ЖЕЛ — 47,4 %, ОФВ1 — 53,6%).

Сцинтиграфия легкого выявила ограниченное снижение регионарного кровотока в верхушке легкого, в остальных отделах легкого кровотоки несколько усилены.

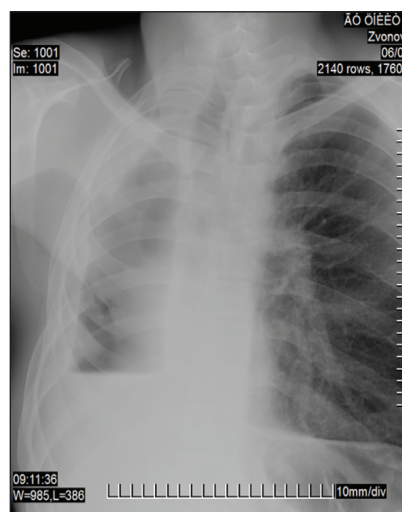


Рис. 1. Обзорная рентгенограмма больного 3. при поступлении

По данным бронхоскопии, культя ПГБ до 2,5 см. В области дна два дефекта. При осмотре медиального дефекта в глубине его определяется функционирующий микросвищ и фрагменты шовного материала на медиальной стенке. Латерально в области дна культи четко сформированный бронхиальный свищ диаметром до 5 мм, через который поступает незначительное количество слизисто-гнойного отделяемого.

На обзорной рентгенограмме при поступлении (рис. 1) справа — определяется остаточная полость с наличием газового пузыря и уровнем наддиафрагмального выпота. В единственном левом легком разнокалиберные очаги в верхней доле, синусы свободны.

По данным компьютерной томографии при поступлении (рис. 2), ОПП занимает весь объем гемиторакса с наличием жидкости. Органы средостения смещены вправо. В единственном легком разнокалиберные очаги.

После полного клинического обследования был поставлен клинический диагноз: хроническая пострезекционная эмпиема правой плевральной полости с бронхо-плевральным свищем. Состояние после пневмонэктомии справа по поводу фиброзно-кавернозного туберкулеза и резекции культи ПГБ: МБТ(+). XDR (St, H, R, Z, E, Et, K, Tar, Cap, Pas, Cs).

05.06.2010 г. выполнена видео торакоскопия, дренирование ОПП справа (хирург: Гиллер Д.Б.).

Под местной анестезией 0,5% раствором новокаина установлен торакопорт в 7-м/р по задне-подмышечной линии, введена оптика. При осмотре из ОПП эвакуировано до 200 мл гнояного содержимого. При кашле в проекции культи ПГБ отмечалось поступление воздуха. Установлен дренаж, дренирование по Бюлау.

Больному развернута химиотерапия по индивидуальному режиму: ПАСК 4,0×3 р.д., левофлоксацин 0,75, протионамид 0,25×3 р.д., клаксид 0,5×2 р.д., циклосерин 0,25×3 р.д., капреомицин 1,0 в/м, симптоматическая и дезинтоксикационная терапия. Проводились ежедневные санации полости эмпиемы. В результате проводимого лечения состояние больного улучшилось, симптомы интоксикации уменьшились.

24.06.10 г была выполнена операция: трансстернальная трансперикардальная окклюзия культи правого главного бронха, культи правой легочной артерии (хирург: Гиллер Д.Б.).

Послеоперационный период протекал без осложнений. Заживление раны первичным натяжением.

На обзорной рентгенограмме после операции (рис. 2) отмечается уменьшение размеров ОПП, в единственном легком дополнительных очагово-инфильтративных изменений не выявлено.

11.08.2010 г. вторым этапом была выполнена операция: Открытая верхне-задняя 9-ти реберная торакомиопластика справа (хирург: Гиллер Д.Б.). Послеоперационный период протекал без осложнений.

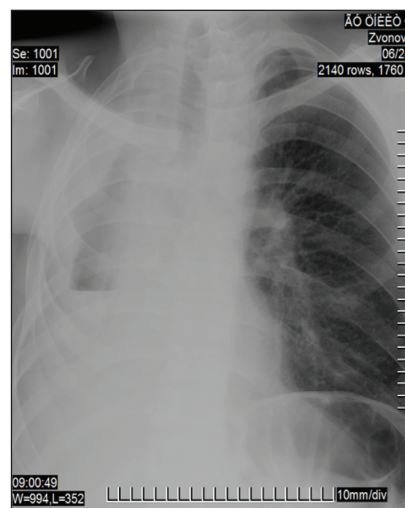


Рис. 2. Обзорная рентгенограмма больного 3. | после окклюзии правого главного бронха

На обзорной рентгенограмме при выписке (рис. 3) справа гемиторакс гомогенно затемнен, в единственном легком частичное рассасывание и уплотнение очаговых изменений.

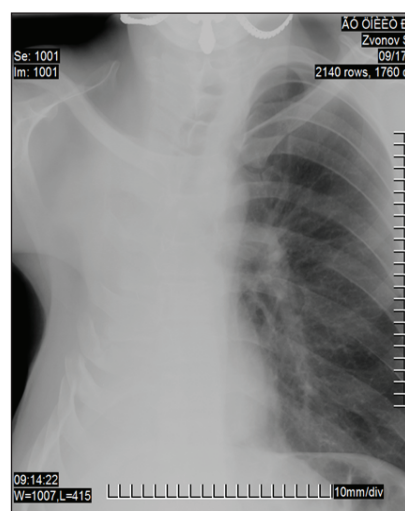


Рис. 3. Обзорная рентгенограмма больного 3. при выписке

По данным компьютерной томографии (рис. 4) при выписке, справа ОПП не определяется. В единственном легком мелкие плотные очаги.

Таблица 1

Динамика функциональных исследований

Показатели	До хирургического лечения	При выписке
ЖЕЛ	47,4	67,6
ОФВ1	53,6	52,7
pO2	88	82
pCO2	41,3	40,8
Шаговая проба	450 м	540 м

