

И.Б. Мургустов,
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

В.В. Короев,
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

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

I.I. Martel,
research fellow of the Research institute of Phthisiopul-
monology 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

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

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

ПОВТОРНЫЕ РЕЗЕКЦИИ ЛЕГКОГО В ЛЕЧЕНИИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ РЕЦИДИВОВ ТУБЕРКУЛЕЗА В РАНЕЕ РЕЗЕЦИРОВАННОМ ЛЕГКОМ

REPEATED LUNG RESECTIONS IN THE TREATMENT OF POSTOPERATIVE RECURRENT TUBERCULOSIS OF THE PREVIOUSLY RESECTED 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 работе анализируются повторные резекции легкого в лечении послеоперационных рецидивов туберкулеза в ранее резецированном легком.

Annotation. Repeated lung resections in the treatment of postoperative recurrent tuberculosis of the previously resected lung are analyzed in this paper.

Ключевые слова. Резекции, легкое, туберкулез.

Key words. Resections, lung, tuberculosis.

В период с 2004 г. по 2010 г. повторные резекции ранее оперированного легкого были выполнены у 40 пациентов. По поводу фиброзно-кавернозного туберкулеза оперированы 18 больных, кавернозного — 6, туберкулом с распадом — 12, эмпиема остаточной плевральной полости — 4. С двусторонним поражением легких были 19 больных, в том числе с деструктивным 3 пациента. Бацилловыделение на момент операции сохранялось у 27 (67,5%) больных. В 22 (81,5%) случаях отмечалась множественная лекарственная устойчивость МБТ, в 5 (18,5%) — обширная лекарственная устойчивость.

Осложнения легочного процесса имелись у 13 больных, в том числе эмпиема у 5, легочное кровотечение у 3, кахексия у 2. Сопутствующая патология была выявлена у 25 (62,5%) пациентов. Наиболее частые сопутствующие заболевания — хронический бронхит (9 случаев); хроническое легочное сердце (13 случаев); вирусные гепатиты (3 случая).

Предшествующими операциями, после которых были выполнены резекции: атипичные резекции легкого — 29, сегментарные и полисегментарные резекции с раздельной обработкой элементов корня — 3, лобэктомии — 4, комбинированные резекции — 4.

В качестве повторных операций произведены: атипичные резекции у 13 пациентов, сегментарные и полисегментарные резекции с раздельной обработкой элементов корня у 8, комбинированные резекции у 17, плеврэктомия с декортикацией и ререзекцией легкого у 2. У большинства больных ререзекции сочетались с отсроченной или одномоментной коррекцией объема гемиторакса (отсроченная ТП — 16, перемещение диафрагмы — 1, экстраплевральный пневмолиз с коллагеном — 1, пневмоперитонеум — 31). Примером применения корригирующих объем гемиторакса операций у этой категории больных может служить следующее наблюдение.

Больной А., 26 лет, поступил в х.о. 25.04.11 г. При поступлении предъявлял жалобы на плохой аппетит, слабость, температуру до 37,6°; одышку при нагрузке, кашель с серозно-гнойной мокротой.

Из анамнеза: болен с 2004 г. При обследовании выявлен инфильтративный туберкулез в/доли левого легкого. Лечился по 1 РХТ с 26.10.04 по 10.02.05 г. На фоне лечения сформировалась туберкулема и в 2006 г. выполнена операция резекция С1–2 левого легкого. В августе 2010 г. кровохарканье и при контрольном R-обследовании выявлены изменения в

левом оперированном легком. Лечился в ПТД по методу жительства по 2А режиму ХТ. Получил 142 дозы. Клинически отмечалась положительная динамика, однако полость распада сохраняется. Направлен на хирургическое лечение.

Анализ мокроты:

1. люм методом — МБТ отр;

2. методом ПЦР — ДНК МБТ не обнаружена;

3. Посев роста не дал.

В общем анализе крови отмечалось ускорение СОЭ — 43 мм/ч по Westergren.

При функциональном исследовании легких (ФВД): ЖЕЛ 80,0%, ОФВ1 90,3%, Вентиляционная способность легких незначительно снижена.

Газы крови рО₂— 79 ммHg, рСО₂— 40,7 ммHg. Отмечалась умеренная гипоксемия и гиперкапния.

Шаговая проба: 650 м за 6 мин.

На обзорной рентгенограмме при поступлении (рис. 1) состояние после резекции С1–2, С3 левого легкого. Левое легкое уменьшено в объеме. Верхняя доля ателектазирована, безвоздушна, содержит несколько полостей распада до 3,2 см в диаметре. В кортикальных отделах верхней половины правого легкого рассеянные мелкие очаги. Органы преимущественно верхнего средостения смещены влево. Синусы свободны. Сцинтиграфия легких: справа в проекции в/доли наблюдается выраженное снижение кровотока диффузного характера, в остальных отделах кровотока сохранен. Слева по всему легочному полю отмечается выраженное снижение кровотока особенно в в/доле, в н/доле кровотока частично сохранен.

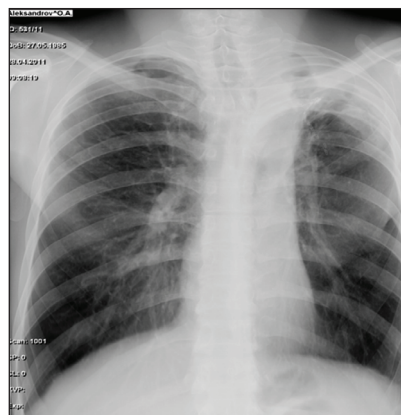


Рис. 1. Обзорная рентгенограмма при поступлении больного А.

Верхняя доля ателектазирована, безвоздушна, содержит несколько полостей распада до 3,2 см в

диаметре. В кортикальных отделах верхней половины правого легкого рассеянные мелкие очаги

После полного клинического обследования был поставлен клинический диагноз: фиброзно-кавернозный туберкулез в/доли левого оперированного легкого осложненный эмпиемой плевры. Состояние после резекции части S1–2, S3 слева 22.05.05 в РПТД г. Чебоксары. Состояние после торакотомий слева и справа по поводу проникающих ножевых ранений в 2001 г. в ГБ г. Чебоксары. МБТ(-). ЛУ данных нет.

Больной получал химиотерапию: Микобутин 0,3, Изониазид 0,6, Пиразинамид 1,5 (отменен 10.08.11. — суставной синдром), Этамбутол 1,2, Амикацин 1,0 в/м, гепатотропную, неспецифическую антибактериальную терапию.

07.06.11 г. первым этапом была выполнена операция: резекция S1–2, S3 и части S6 левого легкого (хирург: Гиллер Д.Б.).

Гистологическое заключение: фиброзно-кавернозный туберкулез легкого в фазе вялотекущего прогрессирования. Туберкулезное воспаление бронха. Туберкулез ВГЛУ.

На обзорной рентгенограмме через 20 дней после первой операции (рис. 2):

ФВД: ЖЕЛ-45,5%, ОФВ1-56,0%.

Газы крови pO_2 -74 ммHg, pCO_2 -33,8 ммHg.

Шаговая проба: 460 м за 6 мин.

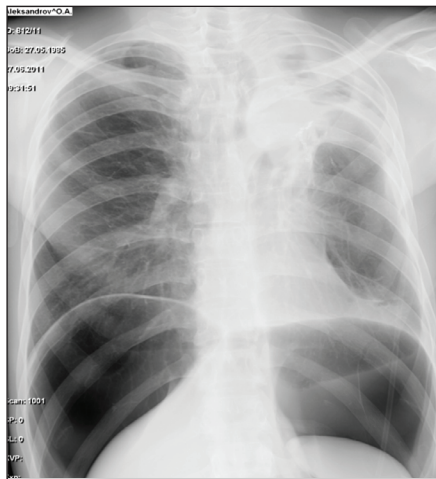


Рис. 2. Обзорная рентгенограмма больного А после резекции S1-2, S3 и части S6 левого легкого

В послеоперационном периоде отмечалось замедленное расправление легкого, в связи с чем решено было выполнить вторым этапом отсроченную торакопластику.

06.07.11 г. выполнена операция: Отсроченная 6-ти реберная торакопластика слева.

(Хирург: Гиллер Д.Б.)

Послеоперационный период без осложнений. Заживление раны первичным натяжением.

Рентгенологически при выписке (рис. 3): Состояние после резекции и отсроченной 6-ти реберной торакопластики слева. Левый гемиторакс уменьшен в объеме, левое легкое расправлено. Воздуха и свободной жидкости в плевральной полости нет. В легких без дополнительных очаговых и инфильтративных изменений, дополнительное рассасывание очагов справа.

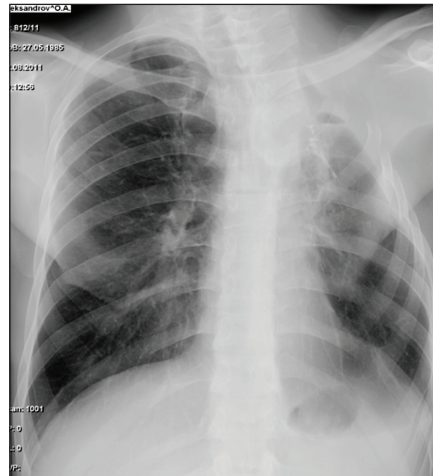


Рис. 3. Рентгенограмма больного А. через месяц после второго этапа хирургического лечения

Перед выпиской ФВД: ЖЕЛ 53,4%, ОФВ1 60,2%, умеренное снижение вентиляционной способности легких по рестриктивному типу.

Газы крови pO_2 -88 ммHg, pCO_2 -36,6 ммHg.

Индекс Тифно — 109,4

Шаговая проба: 480 м за 6 мин.

Анализ мокроты люм. методом (18, 19, 20.07.11.) — МБТ отр.

Анализ мокроты ВАСТЕС методом (18, 19, 20.07.11.) — рост не выявлен.

Больной 17.08.2011 г. в удовлетворительном состоянии выписан для дальнейшего лечения в ПТД по месту жительства.

При контрольном обследовании через 7 месяцев после хирургического лечения, по данным обзорной рентгенографии от 12.02.12 г. (рис. 4) и КТ ОГК от 05.03.12 г. (рис. 5): фиброзные изменения в области металлического шва слева. Очагово-инфильтративных изменений в легких не определяется. ФВД от 06.03.12 г.: ЖЕЛ-65%, ОФВ1-63%, умеренное снижение вентиляционной способности легких по рестриктивному типу. Газы крови: pO_2 -86 мм, pCO_2 -34,2 мм. Тест шестиминутной ходьбы — 520 м. В посевах мокроты люминесцентным методом на МБТ микобактерии не обнаружены. Состояние больного удовлетворительное, жалоб нет. Временно не работает.



Рис. 4. Рентгенография больного А. через 7 месяцев после двухэтапного хирургического лечения

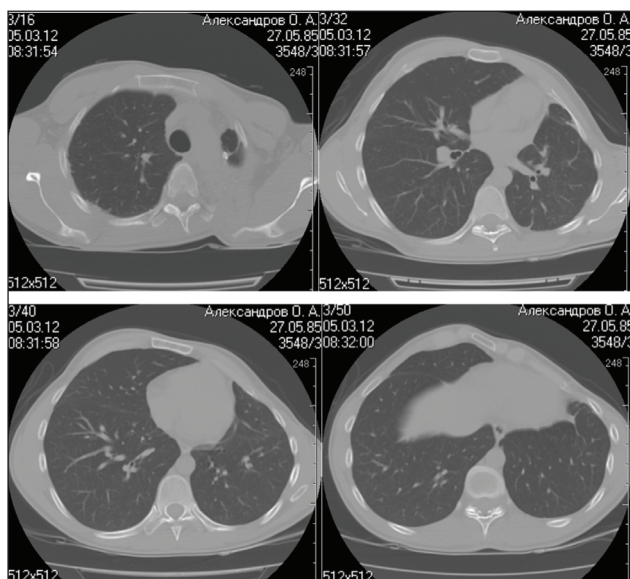


Рис. 5. Компьютерная томограмма больного А. через 7 месяцев после двухэтапного хирургического лечения

Средняя продолжительность ререзекций составила 217 ± 3 мин., интраоперационная кровопотеря 353 ± 7 мл. В одном случае последовательно с ререзекцией была выполнена резекция противоположного легкого. Таким образом, у 40 больных произведены 57 операций.

Осложнения возникли после 5 (8,8%) операций, в том числе остаточная плевральная полость — 1; замедленное расправление легкого — 2; внутриплевральные кровотечения — 2. Все осложнения были ликвидированы на стационарном этапе лечения. Летальности не отмечалось.

На момент выписки из хирургического стационара значительное улучшение (CV-, BK-) констатировано у 38 (95%) пациентов, улучшение (CV+, BK-) — у 2 (5%) больных.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Повторные резекции легких — эффективный метод лечения послеоперационных рецидивов, имеющий гораздо более предпочтительные функциональные последствия чем пневмонэктомии, применяемые в подобной ситуации в большинстве клиник как метод выбора.