

Разаков О.

РЕЗУЛЬТАТЫ ОСТЕОТОРАКОМИОПЛАСТИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ ПРИ КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ФИБРОЗНО-КАВЕРНОЗНЫМ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ

Razakov O.

THE RESULT OF OSTEOTHORACOMIOPLASTICS IN COMBINED TREATMENT OF PATIENTS WITH FIBROUS CAVERNOSUS PULMONARU TUBERCULOSIS

В работе проанализированы результаты комплексного лечения больных фиброзно-кавернозным туберкулезом легких. Обследовано 74 больных в возрасте от 18 до 70 лет. Мужчин 41(55,4%), женщин 33(44,6%). Все больные оперированы с применением методики остеопластической торакопластики. Этот метод дает возможность применения хирургических вмешательств не только при санированных, изолированных кавернах верхней доли легкого, но и при фазе инфильтрации и обсеменения туберкулезного процесса, а в некоторых случаях и при двусторонней локализации каверн, сопровождающихся осложнениями. В результате применения остеопластической торакопластики абациллирование больных наступает в более ранние сроки, чем при длительной химиотерапии, нет необходимости накладывания давящей повязки в течение длительного срока в послеоперационном периоде, в результате чего значительно сокращаются сроки пребывания больного в стационаре, что значительно отражается на экономике здравоохранения.

Ключевые слова: легкие, фиброзно-кавернозный туберкулез, остеопластическая торакопластика.

The results of combined treatment of patients with fibrous cavernous pulmonary tuberculosis were analyzed. 74 patients aged from 18 to 70 years were examined. Males-41(55,4%), women-33(44,6%). All patients underwent osteoplastic thoracoplastics. This method allows surgical intervention not only in conditions with sanated, solitary caverns of the upper lobe of the lung but also at the stages of TB infiltration and dissemination processes and, in some cases, in bilateral localization of caverns with complications. The use of osteoplastic thoracoplastics excludes the need for application of a tight pressure bandage on the chest in the postoperative period, stops elimination of bacilli in an earlier time, decreases considerably the length of hospital stay thus improving the cost-effectiveness of a hospital.

Key words: lung, fibrous cavernous tuberculosis, osteoplastic thoracoplastics

Низкая эффективность химиотерапии при большом распространении деструктивного туберкулезного процесса в легких подтверждает положение о ведущей роли хирургических методов в излечении этого тяжелого, эпидемиологически опасного контингента больных. Применение лишь резекционных методов ограничивает возможности излечения данной категории больных, так как сопряжено с высоким процентом послеоперационных плевролегочных осложнений (от 17 до 26%) и летальности (от 6 до 40%) [5,7]

С целью расширения показаний хирургического лечения больных с фиброзно-кавернозным туберкулезом легких, стали использовать операцию остеопластической торакопластики, в основу которой положена методика V.Bjork [6] Операция заключается в поднадкостничной резекции 4 и 5 ребер, затем свободные концы низводятся и подшиваются к нижнему поднадкостнично обработанному ребру, что создает новый плевральный купол. В последующем появились различные усовершенствования этой методики.

Д.Е.Омельчук [3,4] с целью повышения эффективности остеопластической торакопластики, из единого паравертебрального доступа, предложил выполнять поднадкостничную резекцию паравертебральных отрезков верхних четырех или пяти ребер, с последующим экстраплевральным пневмолизом и необходимым вмешательством на легких, а затем дополнительно резецировать отрезки II и III ребер, а первое ребро пересесть у позвоночника с низведением ребер под IV ребро и фиксацией лавсановыми лигатурами. А первое ребро фиксирует к поперечному отростку IV грудного позвонка. Этот способ позволяет достичь наибольшей мобилизации ребер и сформировать новый плевральный купол на более низком уровне. Автор использовал эту методику у 5 больных.

В.А.Краснов и соавторы. [1,2] в лечении распространенных форм деструктивного туберкулеза легких с локализацией каверн в верхней доле и в VI сегменте рекомендуют остеопластическую торакопластику, при которой дополнительно резецируют задний отрезок шестого ребра. Способ позволяет повысить эффективность лечения за счет увеличения объема экстраплеврального пневмолиза и полного колла-бирования верхней доли и шестого сегмента легкого. Авторы утверждают, что данный вариант остеопластической торакопластики малотравматичен, не требует применения у больных давящей повязки и обеспечивает максимальное сохранение полноценных отделов легкого. Этот метод применили авторы у 9 больных, операционных и послеоперационных осложнений не наблюдали.

Мы применили методики остеопластической торакопластики несколько иначе. Вместо фиксации резецированного конца первого ребра к поперечному

отростку IV позвонка, мы первое ребро удаляем полностью, путем резекции паравертебрально и у грудины.

Целью исследования явилось изучение эффективности операции остеопластической торакомиопластики в комплексном лечении больных фиброзно-кавернозным туберкулезом легких.

Материал и методы. Нами были изучены результаты комплексного лечения 74 больных с фиброзно-кавернозным туберкулезом легких, оперированных с применением методики остеопластической торакопластики в легочно-хирургическом отделении Национального центра фтизиатрии. Распределение больных по полу и возрасту представлено в таблице 1.

Таблица 1

Распределение больных по полу и возрасту

Пол	Возраст (в годах)						Всего абс. % чис.
	до 20	21- 30	31- 40	41- 50	51- 60	> 60	
Муж	1	15	11	10	4		41 55,4
Жен	1	15	10	6		1	33 44,6
Абс.	2	30	21	16	4	1	74
%	2,7	40,5	28,4	21,6	5,4	1,4	100

Как видно из таблицы 1, 55,4% составили мужчины, а женщины 44,6%. Наибольшее число оперированных от 21 до 50 лет.

При анализе давности заболевания было установлено, что с впервые выявленным фиброзно-кавернозным туберкулезом легких поступили 5 (6,7%), до 1 года 13(17,5%), от 2 до 3 лет 55(74,3%), до 5 лет 6(8,1%) больных. По давности заболевания среди поступивших с фиброзно-кавернозным туберкулезом легких, наибольший удельный вес составили больные от 2 до 3 лет 55(74,3%).

Семиотика поступивших с фиброзно-кавернозным туберкулезом легких весьма разнообразная, но ведущими признаками являлись кашель с выделением слизистой, слизисто-гноющей мокроты, одышка при физической нагрузке. У 62% больных имел место дефицит веса, причем дефицит веса колебался от 2 до 22 кг. Кровохарканье отмечалось у 12(16,2%) больных, а у 7(9,4%) легочное кровотечение. Многие отмечали слабость(68,2%), потливость и утомляемость у 34(45,9%), что указывало на наличие интоксикации. Повышение температуры тела было отмечено у 18(24,3%).

Таким образом, семиотика фиброзно-кавернозного туберкулеза легких характеризуется весьма многообразной симптоматикой.

В обследовании больных использовали рентгенологический метод, определение показателей внешнего дыхания и исследование мокроты (бактериоскопический и бактериологический методы).

Результаты и их обсуждение. Анализ исследований результатов бактериоскопии и бактериологии мокроты даны в таблице 2.

Таблица 2

Бактериоскопические и бактериологические результаты исследований мокроты больных фиброзно-кавернозным туберкулезом легких

Бактериоскопия мокроты				Выявлено с устойчив. формами		из них с устойчивостью к препаратам							
МБТ+		МБТ-		абс		1 пре-пар		2 пре-пар		3 пре-пар		4 пре-пар	
абс	%	абс	%			абс	%	абс	%	абс	%	абс	%
57	77,0	17	23,0	25	43,8	6	24,0	5	20,0	6	24,0	8	32,0

У 57(77,0%) больных выявлены микобактерии туберкулеза(МБТ) методом бактериоскопии, у 17(23,0%) мазок отрицательный. Исследование мокроты в предоперационном периоде бактериологическим методом было установлено, что у 25(43,8%) больных из 57 бактериовыделителей, имело место устойчивость МБТ к препаратам первого ряда. У наибольшего числа больных установлена устойчивость к 3 и 4 препаратам, что составило 24,0% и 32,0% соответственно.

По рентгенологической и томографической картине установлено, что у 32(43,2%) больных полостные образования располагались в верхней доле правого легкого, у 42(56,8%) слева, в том числе у 2(2,7%) двустороннее поражение легких. Почти у всех 74(100%) больных имелись очаги обсеменения в нижних отделах пораженного легкого, а у 27(36,4%) в противоположном легком.

Лечение больных фиброзно-кавернозным туберкулезом проводилось согласно стандартным схемам, рекомендованным ВОЗ. Из 25 больных с мультилекарственной устойчивостью микобактерий туберкулеза 11 получали химиотерапию по проекту DOTS PLUS, остальным 14 больным проведено лечение по индивидуальной схеме, с использованием комбинации препаратов 1 и 2 рядов, с учетом результатов бактериологического исследования и тестов на чувствительность МБТ на противо-туберкулезные препараты.

После детального обследования и соответствующего лечения больные были оперированы под общей эндотрахеальной анестезией. Всем 74 больным применена методика остеопластической торакопластики с различным объемом вмешательств, от 3-х реберной до 6-ти реберной. Объем зависел от размера каверны, фазы заболевания, распространенности обсеменения туберкулезного процесса в легких, на основании рентгенологических исследований. Также учитывалась степень уплотнения и вовлечения в процесс, апикальной и пристеночной плевры.

Объем оперативного вмешательства по методике остеопластической торакопластики дан в таблице 3.

Таблица 3

Объем оперативных вмешательств больных фиброзно-кавернозным туберкулезом легких методикой остеопластической торакопластики

Всего больных		Сторона		Объем оперативного вмешательства							
				3 реберная		4 реберная		5 реберная		6 реберная	
абс.	%	прав.	лев.	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
74	100,0	34	40	1	1,4	20	27,0	39	52,7	14	18,9

Одному больному выполнена 3-х реберная остеоторакопластика по поводу каверны расположенной во 2 сегменте легкого, с наличием очагов обсеменения и инфильтрации в язычковых сегментах и нижней доли легкого, 4-х реберная у 20(27,0%), 5-ти реберная у 39(52,7%) и 6-ти реберная проведена у 14(18,9%) больных. Двое больных оперированы поэтапно с обеих сторон, 4-х и 5-ти реберная остеоторакомиопластика с интервалом между операциями 1,5-2 месяца. В послеоперационном периоде всем больным продолжалась специфическая антибактериальная химиотерапия, а на грудную клетку давящая тугая повязка, как при экстраплевральной торакомиопластике, не накладывалась. При гладком течении послеоперационного периода, больные после снятия швов раны выписывались на 18-20 сутки, на дальнейшее лечение в реабилитационное отделение и противотуберкулезный санаторий.

Анализ послеоперационных осложнений показал, что из 74 оперированных, различные осложнения отмечены у 7 больных, что составило 9,4%. Нагноение послеоперационной раны у 1(14,2%) больного, остаточная полость наблюдалась у 2(28,4%), реактивация туберкулезного процесса отмечалась у 3(42,6%). Грозным осложнением была тромбоэмболия легочной артерии, которая возникла у 1(14,2%) больного в первые часы после операции, что и явилось причиной смерти.

В результате оперативного вмешательства у 72(97,3%) больных добились ликвидации полостных образований в легких, абациллирование наступило у 67(90,5%) к моменту выписки из стационара. У 4 (5,4%) больных отрицательный мазок мокроты отмечен к концу 2 месяца химиотерапии после операции. А у 3(4,1%) больных абациллирование не наступило и на третьем месяце лечения, они были переведены на лечение по DOTs+.

Среднее пребывание больных в стационаре составило 42,8±1,4 койко-дней.

Таким образом, по результатам исследования отмечено преобладание больных трудоспособного возраста от 20 до 50 лет, и лиц мужского пола 55,4%.

Использование операции остеопластической торакопластики дает возможность ликвидации каверны в легких до 97,0% и абациллирования больных до 90,5% в ближайшие послеоперационные сроки, она является методом выбора хирургического вмешательства для больных фиброзно-кавернозным туберкулезом легких в фазе инфильтрации и обсеменения, бактериовыделением, с наличием устойчивости к препаратам 1-го ряда и резервным туберкулостатикам. Методика применима и у лиц с двусторонним туберкулезным поражением верхних долей легких.

Из-за отсутствия необходимости накладывания давящей тугой повязки на грудную клетку в послеоперационном периоде сокращаются сроки пребывания в стационаре в среднем до 25 дней. Если учесть, что 1 день пребывания больного на лечении обходится 120 сомов, то это позволит сэкономить при лечении каждого больного до 3000 сомов без ущерба для его здоровья и с хорошими клиническими результатами, что является существенным вкладом для здравоохранения в период всеобщего экономического кризиса.

Заключение. Проведенные исследования показали, что применение методики остеопластической торакомиопластики оказалось эффективным при комплексном лечении больных фиброзно-кавернозным туберкулезом легких и у лиц с устойчивыми формами микобактерий туберкулеза. Расширились показания к оперативному лечению у этой тяжелой категории больных, с двусторонним туберкулезным поражением верхних долей легких, с инфильтрацией и обсеменением.

Сокращение сроков пребывания больных в стационаре позволяет получить экономию более 7 тысяч сомов при лечении каждого больного.

Литература:

1. Краснов В.А. Хирургическое лечение фиброзно-кавернозного туберкулеза легких // Проблемы туберкулеза. – 2002. - №3. –С.25-27.
2. Краснов В.А., Грищенко Н.Г., Андренко А.А. и др. Способ лечения деструктивного туберкулеза легких: Авторское свидетельство А 61
3. В 17/00, №2312616(13)С1. – 2006.
4. Омельчук Д.Е. Остеопластическая торакопластика с одномоментной резекцией легкого в хирургии распространенного деструктивного туберкулеза: Авто-реф. дис....канд.мед.наук.-Новосибирск, 2002, - 24 с.
5. Омельчук Д.Е. Способ повышения эффективности остеопластической торакопластики: Авторское свидетельство А 61 В 17/00, №2253374(13)С1, - 2006.
6. Шайхаев А.Я. Эффективность хирургического лечения больных туберкулезом легких при полирезистентности возбудителя / А.Я.Шайхаев, В.А.Наумов //Проблемы туберкулеза.-2000.-№4.-с 24-26
7. Bjork V.O. //J.Thorac. Surg. – 1956. – Vol.31, №5. – P.515
8. Solovic I. The role of surgery in the treatment of pulmonary tuberculosis in Slovakia // The international journal of Tuberculosis and lung Disaise. – 2001. – Vol.5, 11.- P.263