

Разаков О.Р., Батиров Р.Р.

**КАБЫЛДАНГАН ДЕСТРУКТИВДҮҮ ӨПКӨ ТУБЕРКУЛЕЗУ СЕБЕБИНЕН
ЖАСАЛГАН 70 ПУЛЬМОНЭКТОМИЯНЫН ЖЫЙЫНТЫГЫНА БАА БЕРҮҮ**

Разаков О.Р., Батиров Р.Р.

**ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ 70 ПУЛЬМОНЭКТОМИЙ, ПРОИЗВЕДЕННЫХ ПО
ПОВОДУ ОСЛОЖНЕННОГО ДЕСТРУКТИВНОГО ТУБЕРКУЛЕЗА ЛЕГКИХ**

O.R. Razakov, R.R. Batirov

**EVALUATION OF THE RESULTS OF 70 PULMONECTOMIES PRODUCED DUE TO
COMPLICATED DESTRUCTIVE PULMONARY TUBERCULOSIS**

УДК: 616.24 – 002.5 – 089:616. 712.1 – 089

Бул макалада кабылданган деструктивдүү өпкө кургак учугу себебинен өткөзүлгөн пульмонэктомиянын жыйынтыктарын жана натыйжалуулугун сунуштайт.

Негизги сөздөр: кабылданган деструктивдүү өпкө туберкулезу, пульмонэктомия.

В данной статье даны результаты и эффективность пульмонэктомии произведенных по поводу деструктивного осложненного туберкулеза легких.

Ключевые слова: деструктивный осложненный туберкулез легких, пульмонэктомия.

In this article gives the results and efficiency of pulmonectomy for the treatment of destructive complicated pulmonary tuberculosis.

Key words: destructive complicated pulmonary tuberculosis, pulmonectomy.

Актуальность

Несмотря на успехи современной антибактериальной терапии при лечении легочного туберкулеза, у части больных фиброзно-кавернозным туберкулезом легких (ФКТЛ) создается ситуация, которая неизбежно ведет к неблагоприятному исходу. В последние годы, все большее значение приобретает устойчивость микобактерий туберкулеза (МБТ) к лекарственным препаратам и особенно – так называемая множественная лекарственная устойчивость (МЛУ), в основном к изониазиду и рифампицину. В этих условиях хирургическое лечение туберкулеза легких остается важным, необходимым, а во многих случаях – единственно возможным и эффективным методом лечения. На этом фоне представляется логичным увеличение хирургической активности при легочном туберкулезе как среди впервые выявленных, так и среди хронических больных.

Цель исследования

Хирургические методы были и остаются важным этапом в комплексном лечении больных туберкулезом органов дыхания, в частности ФКТЛ, с бактериовыделением и МЛУ микобактериями.

Из широкого спектра фтизиохирургических операций в современной практике имеют резекции и пульмонэктомии, являющиеся радикальными методами и позволяющие сразу же ликвидировать легочные деструкции. Быстрота ликвидации полости

особенно важна, поскольку с момента образования каверны, именно она становится основным источником инфекции и прогрессирования, а ее ликвидация является главным в излечении туберкулеза.

Материалы и методы

В отделении хирургии легочного туберкулеза Национального центра фтизиатрии МЗ КР (НЦФ МЗ КР) за последние 5 лет выполнены – 1392 различных хирургических операций по поводу туберкулеза легких и плевры. Из них проанализированы истории болезни 70 (5,0%) больных, которым выполнена операция – пульмонэктомия.

Результаты и обсуждение

Из числа оперированных больных мужчины – 35(50,0%), женщины – 35(50,0%), в основном люди молодого, трудоспособного возраста.

По формам легочного туберкулеза больные распределились следующим образом: с ФКТЛ – 44 (62,8%), в том числе у одного – на фоне легочного кровотечения и у 2 – с рецидивирующим кровохарканьем; ФКТЛ, осложненный спонтанным пневмотораксом (СП), в сочетании бронхоплевральным свищом и эмпиемой плевры – 11 (15,7%); казеозной пневмонией – 3 (4,2%); инфильтративный туберкулез со СП и эмпиемой плевры – 10 (14,2%); с пневмоплеврощирозом – 2 (3,0%) больных.

У абсолютного числа больных поражение в легком было распространенным, свидетельствующем о далеко зашедшем тяжелом процессе тотального повреждения одного легкого – 40 (57,1%) и с явлениями пневмоторакса и эмпиемы плевры у 21 больных(30,0%).

Таким образом, характер патологического процесса и его распространенность указывают на необратимость изменений, когда невозможно рассчитывать на излечение с помощью комплекса терапевтических мероприятий.

Данные обследования свидетельствуют, что больные, имеющие показания к операции пульмонэктомия, представляют собой тяжелую группу с определенным злокачественным течением заболевания, с выраженной интоксикацией, нарушением жизненно важных функций организма на фоне срыва иммунных процессов при неэффективной антибактериальной терапии.

Больным ФКТЛ, с деструктивными процессами в легких осложненных СП, эмпиемой плевры и бронхиальными свищами, санация проводилась пункционным методом, либо дренированием плевральной полости с последующим регулярным промыванием дезинфицирующими растворами и ведением антибиотиков с учетом чувствительности, бактериофагов в плевральную полость до достижения относительной санации. На фоне улучшения общего состояния, купирования симптомов интоксикации, относительного восстановления показателей функциональных данных была выполнена операция пульмонэктомия.

Операции проводились в основном в плановом порядке, переднебоковым доступом, преимущественно с раздельной обработкой элементов корня легкого. При отсутствии технической возможности, на корень накладывали сшивающий аппарат с N-массой. Всем больным выполнена операция пульмонэктомия (табл. 1).

Таблица 1

Результаты эффективности операции пульмонэктомии

Операции	Характер осложнений фиброзно-кавернозного туберкулеза легких					
	с легочным кровотоком	со СП и эмпиемой плевры	Разрушенное легкое	пневмо-плевророз	абс. число	%
Кол-во больных	3	21	44	2	100	70,0
Плевро-пульмонэктомия	-	19	-	-	19	27,2
Пульмонэктомия	3	2	43	2	51	69,8
Раздельная обработка корня легкого	2	15	36	2	59	84,3
Обработка корня N masse	1	6	4	-	11	15,7
Санация эмпиемы закрытым методом	-	19	-	-	19	9,4
Торакотомия, открытое ведение	-	2	-	-	2	9,6
Послеоперационная пневмония	-	2	-	-	2	2,9
Эмпиема плевры после операции	1	3	1	-	5	7,1
Свищ культи главного бронха	1	3	-	-	4	5,7
Острая сердечно-сосудистая, дыхательная недостаточность	-	1	1	-	2	2,8
Интраплевральное кровотечение	-	2	-	-	2	2,8
Реактивация туберкулеза единственно оставшегося легкого	-	2	1	-	3	4,2
Выздоровление	1	16	39	2	65	92,8
Ухудшение	-	1	1	-	2	2,8
Умерло	-	2	1	-	3	4,2

По нашим данным нарушение гемодинамики было отмечено у 2, острая дыхательная недостаточность – у 2, пневмония единственного легкого – у 2, эмпиема плевры без бронхиального свища – у 6, с бронхиальным свищем – у 4, реактивация туберкулезного процесса в единственном легком – у 3 больных. Интраплевральное кровотечение после операции отмечено – у 2 пациентов, которым в последующем произведена реторакотомия с устранением источника кровотечения.

Применяя своевременные патогенетические, реанимационные и лечебные мероприятия нам удалось добиться благоприятного исхода в 13 (76,4%) случаях из 17 (26,9%) осложнений. Отмечена зависимость послеоперационных осложнений от характера и тяжести предоперационного состояния больных. Так, в ближайшем послеоперационном периоде эмпиема плевры без бронхиального свища развилась у 5 больных, санированы пункционным методом, промыванием, непрерывным орошением через дренажные трубки дезинфицирующими растворами и введением антибиотиков в плевральную полость в ближайшие сроки после операции. Бронхиальный свищ культи главного бронха развился у 3 больных. Двоим из них, проведены повторные корригирующие операции, торакомиопластика с пластикой культи бронха мышечным пластиком на сосудистой ножке и выписаны с улучшением.

Причиной смерти в ближайшем послеоперационном периоде, у одного больного явилась острая дыхательная и сердечнососудистая недостаточность, у двух умерших наблюдалась реактивация туберкулезного процесса в единственно оставшемся легком, с прогрессированием дыхательной недостаточности и летальность составила – 4,2%.

Выводы

1. Хроническая дыхательная недостаточность не является абсолютным противопоказанием к выполнению пульмонэктомии.

2. Удаление основного источника инфекции и интоксикации, как правило, способствует улучшению компенсаторных возможностей внешнего дыхания.

3. Из вышеизложенного видно, после пульмон- и плевропульмонэктомий, произведенных по поводу ФКТЛ, деструктивных форм легочного туберкулеза с осложненным течением типа СП, бронхиального свища и эмпиемы плевры полный клинический эффект наблюдался у 65(92,8%) больных.

4. Риск послеоперационных осложнений у больных легочным туберкулезом с МЛУ МБТ обусловлен не самим фактом лекарственной устойчивостью, а многими другими факторами. Главными из них являются длительность течения болезни, распространенность и осложнения туберкулезного процесса, ослабление иммунитета, сопутствующие заболевания, плохая переносимость

лекарств и большой объем операции.

5. В комплексном лечении таких больных значительно возрастает роль питания, коррекция иммунитета и индивидуальной лекарственной терапии.

6. Хирургическое лечение при необходимости должно быть своевременным.

7. Результаты проведенных 70 пульмонэктомий вполне удовлетворительные, и они непосредственно не связаны с наличием или отсутствием бактериовыделения, лекарственной устойчивости возбудителя туберкулеза.

Литература

1. Цыбикова Э.Б., Отс О.Н. Хирургическое лечение деструктивного туберкулеза легких у впервые выявленных больных // Туберкулез и болезни легких. – 2010. – № 6. – С. 57-63.
2. Гарифуллин З.Р. Оптимизация хирургического лечения больных туберкулезом органов дыхания с ЛУ возбудителя // Проблемы туберкулеза и болезней легких. – 2007. – № 6. – С. 9-12.
3. Наумов В.Н., Стрельцов В.П., Добкин В.Г. и др. Хирургическое лечение тяжелых деструктивных форм туберкулеза легких // Кубанский научно-медицинский вестник. – 1997. – № 6-7. – С. 56-57.
4. Репин Ю.М. Лекарственно-устойчивый туберкулез легких. Хирургическое лечение – СПб.; Гиппократ, 2007. – 321 с.
5. Стрельцов В.П., Соколова Г.Б., Перельман М.И. Хирургическое лечение больных туберкулезом легких с лекарственной устойчивостью *M.tuberculosis* // Туберкулез сегодня: мат. VII Российского съезда фтизиатров. – М, 2003. – С. 285-287.
6. Pomerantz V.J., Cleveland J.C., Olson H.K. Pulmonary resection for multi-drug resistant tuberculosis // J. Thorac. Cardiovasc. Surg. – 2001. – Vol.121, № 3. – P. 448-453.
7. Диагностика, химиотерапия, хирургия лекарственно-устойчивого туберкулеза органов дыхания // Практическое руководство под ред. А.К. Стрелиса, А.А. Стрелиса. – Томск; Красное знамя, 2007. – 53 с.
8. Мишин М.Ю., Чуканов В.И., Васильева И.А. Эффективность лечения туберкулеза легких вызванного микобактериями с множественной лекарственной устойчивостью // Проблемы туберкулеза. – 2002. – № 12. – С. 18-23.
9. Исмаилбеков А.К., Разаков О.Р., Мамбетов М.О. Анализ 35 пульмонэктомий, произведенных по поводу фиброзно-кавернозного туберкулеза легких с осложненным течением: Сб. науч. тр., посвященный 40-летию КНИИТ. – Бишкек, 1998. – С. 136-140.

Рецензент: д.м.н., профессор Гаипов Р.Г.