

Разаков О.Р., Батиров Р.Р.

КАБЫЛДАНГАН ДЕСТРУКТИВДҮҮ ӨПКӨ ТУБЕРКУЛЕЗУ СЕБЕБИНИН 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 жизненноважных 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-плев-роцирроз	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.