

Гаипов Р.Г., Сейилканов Б.К., Истамов К.Т., Батиров Р.Р.

ӨПКӨНҮН КӨП ДАРЫЛАРГА ТУРУКТУУ ДЕСТРУКТИВДҮҮ ТУБЕРКУЛЕЗУН ДАРЫЛООДО ПАЛЛИАТИВДИК ОПЕРАЦИЯЛАРЫНЫН КОЛДОНУЛУШУ

Гаипов Р.Г., Сейилканов Б. К., Истамов К.Т, Батиров Р.Р.

ПАЛЛИАТИВНЫЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ДЕСТРУКТИВНОГО ТУБЕРКУЛЕЗА ЛЕГКИХ У БОЛЬНЫХ С МНОЖЕСТВЕННОЙ ЛЕКАРСТВЕННОЙ УСТОЙЧИВОСТЬЮ

R.G. Gaipov, B.K. Seyilkanov, K.T. Istamov, R.R. Batirov

OSTEOPLASTIC THORACOMYOPLASTY IN THE TREATMENT OF DESTRUCTIVE PULMONARY TUBERCULOSIS

УДК 616.24–002.5–089: 616. 712.1–089

Макалада остеоторакопластиканын артыкчылыгы жасалган ыкмалары жана өзгөртүлгөн модификациясы салттуу ыкмалардан өзгөчөлөнүп турганы көрсөтүлгөн. Улуттук фтизиатрия борборунун өпкө туберкулезунун хирургиясы бөлүмүндө 98 бейтапка жаңы ыкма менен операция жасалып изилденип чыккан. Жакынкы операция кийинки мезгилде эффективтүүлүгү 92,8% жетишкен.

Негизги сөздөр: хирургиялык кургак учук, остеоторакопластикасы.

Приводятся показания к лечебной остеоторакомиопластике, её преимущества и техника выполнения. Отражены особенности модифицированной торакомиопластики и её отличия от традиционного варианта. Проанализированы результаты данного оперативного вмешательства у 98 пациентов отделения хирургии легочного туберкулеза НЦФ. Клиническая эффективность в ближайшие сроки постоперационного периода отмечена у 92,8% больных.

Ключевые слова: деструктивный туберкулез легких, оперативное лечение, торакомиопластика.

This article presents indications, advantages and operative technique of osteothoracomyoplasty. Modified features of thoracomyoplasty and differences from the traditional version are described. The results of this surgical operation in 98 patients of the pulmonary-surgical department of the National Centre of Phthisiology were analyzed. Our data shows the clinical efficacy in 92,8% patients.

Key words: destructive pulmonary tuberculosis, surgical treatment, thoracomyoplasty.

Актуальность

Увеличение удельного веса больных с первичной и приобретенной лекарственной устойчивостью микобактерий туберкулеза усугубляющих эпидемиологическую ситуацию КР.

По данным Референс-лаборатории Национального центра фтизиатрии уровень первичной лекарственной устойчивости составил 25,8%, а приобретенной – 56,8% [1].

Увеличение случаев лекарственно-устойчивого возбудителя заболевания среди впервые выявленных больных туберкулезом свидетельствует о доминирующей роли экзогенной инфекции при возникновении туберкулеза в современных условиях. С целью

профилактики дальнейшего развития и распространения резистентного туберкулеза в Кыргызской Республике (КР) необходимо изучить распространенность резистентного туберкулеза, особенность клинического течения и эффективность лечения больных туберкулезом с множественной лекарственной устойчивостью (МЛУ). Необходимо также разработать оптимальный подход к комплексному лечению больных ТБ МЛУ, в том числе с применением хирургических методов лечения, предупреждающих развитие хронических форм заболевания, а в некоторых случаях являющихся единственным методом лечения туберкулеза с широким спектром лекарственной устойчивости микобактерий туберкулеза (МБТ) [2].

Лечение больных туберкулезом с МЛУ требует подходов, отличительных от основных принципов стратегии DOTS. Необходимо проведение культуральных методов исследования с определением лекарственной чувствительности микобактерий туберкулеза, применение схем химиотерапии на основе препаратов второго ряда в течение длительного периода времени, иных принципов мониторинга лечения с прогнозированием его результатов, применение хирургического метода лечения при неблагоприятном прогнозе. В случае развития супер-устойчивости МБТ особую роль играет активное и раннее применение хирургических вмешательств. В этой связи совершенствование хирургических методов лечения МЛУ ТБ является актуальным [3,4].

В последние годы в КР отмечается значительный рост МЛУ ТБ больных с распространенными деструктивными формами туберкулеза легких, сопровождающихся рядом осложнений. Как правило, эти больные не подлежат радикальному хирургическому лечению вследствие обширности специфических поражений, выраженности симптомов интоксикации и полиорганной недостаточности. Такие пациенты продолжают лечиться консервативно, что значительно удлиняет время нахождения в стационаре и приводит к значительным финансовым затратам. В этих случаях применение коллапсохирургической операции позволяет достичь закрытия полостей распада и прекращения

бактериовыделения, что является главной целью лечения больных туберкулезом легких.

Цель исследования

Одной из этих операций является остеоторакомиопластика с резекцией I ребра, которая представляет собой облегченную малотравматичную модификацию традиционной торакомиопластики, столь часто применяемой при невозможности радикального оперативного вмешательства.

Материалы и методы

Объектом исследования явились 98 больных с распространенным деструктивным туберкулезом легких, прооперированных в легочно-хирургическом отделении Национального центра фтизиатрии и хирургическом отделении Ошского областного центра борьбы с туберкулезом.

В эту группу вошли 98 больных, которым производили операцию по нашей методике. В этой группе мужчин было 59 (60,2%) и женщин 39 (39,8%), большинство из них были в возрасте от 21 до 50 лет. Длительность заболевания туберкулезом варьировала от 6 месяцев до 7 лет. МБТ обнаружены в мокроте у 79 (80,6%) больных различными методами исследования и у 19 (19,4%) были анализы мокроты отрицательными, при этом устойчивые формы выявлены у 36 больных, что составило (36,73%), причем устойчивость к одному препарату имела место у 4 больных, к двум – у 11, к трем – у 9 и к четырем препаратам – у 12 больных

По распространенности специфического процесса на основании рентгенологической и томографической картине установлено, что у 47 (47,95%) больных, полостные образования располагались в верхней доле правого легкого, у 51 (52,05%) слева, в том числе у 6 (6,1%) двухсторонне поражение легких. Почти у всех 98 (100%) больных имелись очаги обсеменения в нижних отделах пораженного легкого, а у 29 (29,6%) – в противоположном легком.

Объем остеопластической торакомиопластики зависел от размера каверны, фазы заболевания, распространенности обсеменения туберкулезного процесса в легких. Также учитывалась степень уплотнения и сращения апикальной и пристеночной плевры.

Одному больному выполнена 3-х реберная остеоторакомиопластика по поводу каверны расположенной во 2 сегменте легкого, 4-х реберная – у 26 (26,53%), 5-ти реберная – у 45 (45,91%) и 6-ти реберная проведена у 19 больных (19,38%); 7 (7,1%) больным проведена комбинированная остеопластическая торакомиопластика из-за выраженного спаечного процесса, когда частично удается пневмолиз верхней доли пораженного легкого. Трое больных были оперированы поэтапно с обеих сторон, 4-х и 5-

ти реберная остеопластическая торакомиопластика с интервалом между операциями 1,5 - 2 месяца. В послеоперационном периоде всем больным продолжалась специфическая антибактериальная химиотерапия, а на грудную клетку накладывалась давящая тугая повязка как при экстраплевральной торакомиопластике, накладывалась, кроме комбинированной остеоторакомиопластики. При операции комбинированной остеоторакомиопластики накладывали тугую давящую повязку на 2 недели. После снятия швов, при гладком течении послеоперационного периода на 16–18 сутки больные выписывались на дальнейшее лечение и наблюдение по месту жительства с соответствующими рекомендациями.

Полученные результаты остеопластической торакомиопластики при деструктивном туберкулезе легких представлены в таблице № 1.

Таблица № 1

Эффективность, осложнения и летальность при остеопластической торакомиопластике деструктивных форм туберкулеза легких.

| Клиническая форма туберкулеза легких | Остеопластическая торакомиопластика | | | | | | Всего | |
|--|-------------------------------------|-----------|------------|------------|-------------|-------------|-----------|------------|
| | Эффективность | | Осложнения | | Летальность | | | |
| | абс. ч | % | абс. ч | % | абс. ч | % | абс. ч | % |
| Фиброзно-кавернозный туберкулез легких в фазе инфильтрации и обсеменения | 85 | 86,7 | 7 | 7,1 | 1 | 1,02 | 93 | 95 |
| Кавернозный туберкулез легких в фазе инфильтрации и обсеменения | 4 | 4,08 | - | - | - | - | 4 | 4,08 |
| Инфильтративный туберкулез легких в фазе распада | 1 | 1,02 | - | - | - | - | 1 | 1,02 |
| Итого: | 90 | 92 | 7 | 7,1 | 1 | 1,02 | 98 | 100 |

Заключение

Анализ послеоперационных осложнений показал, что из 98 оперированных, различные осложнения отмечены у 7 больных, что составило 7,1%. Нагноение послеоперационной раны у 1 (1,0%) больного, остаточная полость наблюдалась у 2 (2,04%), реактивация туберкулезного процесса отмечалась у 3 (3,06%). Грозным осложнением была тромбоэмболия легочной артерии, которая возникла у 1 (1,02%) больного в первые часы после операции, что явилось причиной смерти.

Выводы

6. В результате оперативного вмешательства у 95 (96,9%) больных добились ликвидации полостных образований в легких, абациллирование наступило у

91 (92,8%) к моменту выписки из стационара. У 4 (5,4%) больных отрицательный мазок мокроты отмечен к концу 2 месяца химиотерапии после операции. А у 3-х (4,1%) больных абациллирование не наступило и на третьем месяце лечения, они были переведены на лечение по DOTS +.

7. Среднее пребывание больных в стационаре составило $52,8 \pm 1,4$ койко-дней. По результатам исследования отмечено преобладание больных трудоспособного возраста от 20 до 50 лет, и лиц мужского пола 60,0%.

8. Таким образом, 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.

Литература:

1. Алишеров А.Ш., Курманова Н.К., Гаипов Р.Г. и др. Клинико-морфологические параллели фиброзно-кавернозного туберкулеза легких на фоне КККХТ // Мат. I Конгресс фтизиатров Казахстана. – Алматы, 2004. – С. 115-118.
2. Андреев А.А., Краснов В.А., Грищенко Н.Г. и др. Возможности остеопластической торакопластики в хирургии распространенного фиброзно-кавернозного туберкулеза легких. // Сб. трудов I конгресса фтизиатров Казахстана. – Алматы, 2004. – С. 223-224.
3. Гиллер Д.Б., Гиллер Г.В., Дрыга О.П. и др. Хирургическое лечение больных остро прогрессирующим туберкулезом легких // Проблемы туберкулеза и болезней легких. – 2004. – № 10. – С. 23-26.
4. Елькин А.В., Репин Ю.М., Левашов Ю.Н. Результаты хирургического лечения больных прогрессирующим туберкулезом легких с сопутствующими заболеваниями // Проблемы туберкулеза и болезней легких. – 2005. – № 11. – С. 22-25.

Рецензент: к.м.н. Разаков О.Р.