

ЕФЕКТИВНІСТЬ МОДИФІКОВАНОЇ ЕКСТРАПЛЕВРАЛЬНОЇ ТОРАКОПЛАСТИКИ У ЛІКУВАННІ ПОШИРЕНИХ ДЕСТРУКТИВНИХ ФОРМ ТУБЕРКУЛЬОЗУ

І.Д. Дужий, О.В. Солодовник

Медичний інститут Сумського державного університету, м. Суми

У роботі висвітлена проблема хірургічного лікування сучасного туберкульозу легень, який характеризується хіміорезистентністю та збільшенням кількості поширених деструктивних форм. Автори розробили модифікацію екстраплевральної торакопластики при локалізації деструктивної порожнини у верхівці або задніх відділах верхньої частки (СII справа, СIC зліва). Наведені результати лікування 15 хворих: у 14 (93,34 %) відбулося закриття порожнини розпаду, а бактеріовиділення припинилося у всіх 15 (100 %).

ВСТУП

За останні 15 років захворюваність населення на сухоти в Україні зросла з 32,0 до 83,2 на 100 тисяч або у 2,6 раза. Смертність за цей період збільшилася з 8,3 до 22,3 на 100 тисяч населення або у 2,7 раза [13]. До причин, що зумовлюють загальне погіршення епідеміологічної ситуації, насамперед належить патоморфоз інфекції, а саме: постійне зростання хіміорезистентних форм мікобактерій туберкульозу до існуючих антибактеріальних препаратів. Частота первинної стійкості в Україні становить 18,9-29,3 %, а вторинна досягає 63,7-72,5 %. При цьому показник мультирезистентного туберкульозу знаходиться у межах 4,9-17,1 % від загальної кількості нових випадків захворювання та 45,1-59,0 % серед рецидивних форм туберкульозу [10]. Зміна реактивності людського організму під впливом екологічних та економічних чинників призвела до превалювання деструктивних процесів, що спостерігається у 30-42 % хворих. З цієї ж причини поширені процеси із значною кількістю ускладнень спостерігаються у 8-10 %. Сучасний туберкульоз супроводжується супутньою патологією у 44,7 % випадків [1,5]. Внаслідок переліченого ефективність лікування на вперше виявлений деструктивний туберкульоз дуже низька. Так, після 6-12 місяців хіміотерапії загоєння деструктивних порожнин спостерігається у 70-85 % випадків, а припинення бактеріовиділення – у 86,7-89,5 % [14]. При лікуванні резистентного туберкульозу результат виявляється іще гіршим: закриття порожнин розпаду спостерігається у 59,15 %, а абацилювання – у 77,48 % випадків [9].

НЕВИРІШЕНІ ЧАСТИНИ ПРОБЛЕМИ

До кінця минулого століття значно покращити результати лікування хворих на туберкульоз вдавалося за рахунок хірургії легень. Золотим стандартом вважалися резекційні методи. Однак, при лікуванні сучасних поширених деструктивних форм туберкульозу цими методами трапляється значна кількість післяопераційних ускладнень: від 18,2 % до 45 % [2,11], а реактивація процесу у перші два роки після операції спостерігається у кожного десятого пацієнта [3]. За таких умов методом вибору при лікуванні сучасного туберкульозу є використання колапсохірургічних операцій і, зокрема, торакопластики. Подібні операції приводять до колапсу легені, який може залишатися впродовж невизначеного часу, сприяючи загоєнню деструктивних змін та розсмоктуванню інфільтративних ділянок. Відомо, що ефективність торакопластичного лікування визначається рівнем колапсу легені, що за

стандартними уявленнями ототожнюється з обсягом торакопластики [4,12]. Тому при локалізації каверни, що знаходиться у верхівці або задніх відділах верхньої частки (С_{II} справа, С_{IC} зліва), існуючі види екстраплевральних торакопластик вимагають щонайменше видалення різних відрізків семи ребер і, як наслідок, супроводжуються значною травматичністю втручання, великою крововтратою та травмуванням нервів з подальшим больовим синдромом і суттєвою деформацією грудної клітки [6,7,8]. Отже, існує необхідність продовження пошуку методів лікування, які можуть усунути наведені вище недоліки і дадуть можливість для повноцінного видування.

МЕТА ДОСЛІДЖЕННЯ

Метою дослідження було розроблення модифікованого методу екстраплевральної торакопластики при локалізації каверни у верхівці або задніх відділах верхньої частки (С_{II} справа, С_{IC} зліва) та розширення показань до операції у хворих при двобічних процесах.

МЕТОДИКА ОПЕРАЦІЇ І ОБГОВОРЕННЯ РЕЗУЛЬТАТІВ

Запропонована модифікація торакопластики полягає у наступному. Після паравертебрального розрізу м'яких тканин і розсічення трапецієподібного м'яза розшаровується великий ромбоподібний, підокісно резектуються по чергово п'яте, четверте та третє ребра. Друге ребро мобілізується шляхом підокісного пересічення у паравертебральній і аксиллярній ділянках. Резекція першого ребра здійснюється у паравертебральному з'єднанні та звільняється від драбинчастих м'язів. Всі інші ребра видаляються у зростаючому обсязі таким чином, щоб від краю резектованого п'ятого ребра (8-10 см) можна було провести пряму лінію до краю пересіченого в аксиллярній ділянці другого ребра. Після цього виконується екстраплевральний апіколіз та пневмоліз у склепінні геміторакусу. Наступним етапом над мобілізованим сегментом третього ребра зв'язуються вільні кінці резектованих першого та третього ребер, що збільшує занурення другого ребра у плевральну порожнину і додатково тисне на патологічно змінену легеню. У підлопатковий простір ставиться дренаж для аспірації вмісту та мікроіригатор для введення антибактеріальних препаратів. Операцію закінчуємо типом. Дренаж підключаємо до активного аспіратора і видаляємо після припинення ексудації. Шкірні шви знімаємо на 10-12-ту добу після операції. У післяопераційний період обов'язково накладаємо стисну пов'язку, яку утримуємо потягом 21 доби. При рухливості діафрагми хоча б з одного боку застосовуємо пневмоперитонеум до 16 тижнів.

Із застосуванням розробленої нами методики було прооперовано 15 хворих. Із них 13 чоловіків та 2 жінки, середній вік становить $37,3 \pm 12,7$ року. У 5 хворих торакопластика була виконана з приводу дисемінованого туберкульозу з розпадом, у 2 – інфільтративного з розпадом, у 8 – фіброзно-кавернозного туберкульозу, у 3 – залишкової порожнини. Усі хворі мали поширений туберкульоз із ураженням 5 сегментів. У 12 пацієнтів була втягнена у патологічний процес контралатеральна легеня. До операції бактеріовиділення зберігалося у 13 хворих. Резистентність до хіміопрепаратів мала місце у 9 (60 %) прооперованих. Ознаки дихальної недостатності спостерігались у 86,72 % пацієнтів. Зміни у гемограмі відмічались у 11 (73,34 %) хворих. При бронхоендоскопічному дослідженні у 1 був катаральний ендобронхіт. Усім пацієнтам проводилася передопераційна підготовка, що включала комплексну протитуберкульозну антибіотикотерапію 5 препаратами, із урахуванням даних про чутливість мікобактерій до хіміопрепаратів. Дезінтоксикаційна та симптоматична терапія була спрямована на компенсацію супутньої патології, синдрому інтоксикації, ліквідацію

неспецифічних запальних явищ та санацію бронхіального дерева. Останнє проводили із застосуванням бронхіальних заливок із аеколом.

Інтра- та післяопераційних ускладнень не відмічалось. У всіх хворих оперативне лікування було ефективним. Закриття порожнини розпаду відбулося у 14 (93,34 %) хворих, а бактеріовиділення припинилося у всіх 15 (100 %) хворих. Обов'язковою умовою задовільного результату лікування є проведення у післяопераційний період адекватної протитуберкульозної хіміотерапії впродовж 3 місяців, після чого кількість препаратів зменшується.

Наводимо спостереження, де реалізується запропонований спосіб. Хвора В. 23 років лікувалась у терапевтичному відділенні фтизіатричної клініки впродовж 8 міс. із діагнозом інфільтративний туберкульоз верхньої частки правої легені з розпадом. Через 6 місяців розвинулася стійкість до ізоніазиду та рифампіцину. Деструктивна порожнина не закрилася. За наполяганням пацієнтки вона була відпущена на амбулаторне лікування. Повернулася через 3 міс. без будь-якої позитивної динаміки. Впродовж такого самого терміну (3 міс.) рентгенологічні та бактеріологічні показники залишалися стабільними. Було запропоноване оперативне втручання. Після отримання згоди проведена відповідна загальна підготовка. Через 3 тижні виконана екстраплевральна торакопластика у запропонованій нами модифікації. Вже через 1 міс. кількість мокротиння значно зменшилась, а через 2 міс. кашель змінився на покашлювання. Мікобактерії туберкульозу перестали визначатися. Через 3 міс. після операції деструктивні зміни в легені не визначалися, вогнищеві утворення значною мірою розсмоктались, ущільнилися. Подальша антибактеріальна терапія продовжувалася в амбулаторних умовах впродовж 3 місяців. Залишалася на антибактеріальних препаратах у інтермітуючому режимі до 1 року. Даних про загострення процесу немає.

ПЕРСПЕКТИВИ ПОДАЛЬШИХ РОЗВІДОК

Запропонована модифікація екстраплевральної торакопластики дозволяє рекомендувати її широке використання при лікуванні хворих на деструктивний туберкульоз легень при локалізації каверни у верхівці або задніх відділах верхньої частки (C_{II} справа, C_{IC} зліва) при поширених, хіміорезистентних формах. Особливо дане втручання показане у недисциплінованих та асоціальних хворих за наявності бронхіальних відсівів у протилежну легеню.

ВИСНОВОК

Таким чином, за рахунок створення «подвійного» тиску на патологічно змінену легеню вдалося досягти не лише закриття деструктивних порожнин, а й повного абацилювання.

SUMMARY

EFFICIENCY OF MODIFIED EXTRAPLEURAL THORACOPLASTY DURING TREATMENT OF COMMON DESTRUCTIVE FORMS OF PULMONARY TUBERCULOSIS

I.D.Duzhyi, O.V. Solodovnik

The article deals with the problems of surgical treatment of modern pulmonary tuberculosis, which is characterized by chemical resistency and amount of common destructive forms. The authors have developed a modification of extrapleural thoracoplastics at localization of destructive cavity at the apex of the lung or back part of superior lobe of the lung (C_{II} at the right, C_{IC} at the left). There are given results of treatment of 15 patients: at 14 (93.34%) patients destruction cavity closed and at all 15 patients bacterioexcretion stopped.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Вартанян Ф.Е., Шаховской К.П. Туберкулез: проблемы и научные исследования в странах мира // Проблемы туберкулеза. – 2002. – №2. – С. 48-50.
2. Возможности коллапсотерапии при лечении деструктивного туберкулеза легких / В.А. Соколов, Е.И. Кильдюшева, Е.А. Егоров и др. // Проблемы туберкулеза. – 2002. – № 5. – С. 16-19.
3. Гусейнов Г.К., Пахнева Х.Ю., Балашова Н.А. Резервы повышения эффективности лечения туберкулеза легких у подростков // Проблемы туберкулеза и болезней легких. – 2006. – №1. – С. 16-19.
4. Дужий І.Д. Екстраплевральна торакопластика та її місце в умовах епідемії туберкульозу // Клінічна хірургія. – 2003. – №8. С. 38-40.
5. Кравченко А.Ф., Иванов Ю.С., Шамаев В.Е. Эффективность нового метода экстраплевральной пластики верхушки легкого при распространенном деструктивном туберкулезе // Проблемы туберкулеза. – 2003. – №12. – С. 5-9.
6. Патент 2282405 А Россия, МПК А61В17/00. Способ повышения эффективности остеопластической торакопластики / Д.Е. Омельчук 2005102857/14; Заявл. 04.02.2005; Оpubл. 27.08.2003.
7. Патент 2207067 А Россия, МПК А61В17/00. Способ экстраплевральной торакопластики / Д.Б. Гиллер, Г.В. Гиллер, В.М. Гиллер, Д.Б. Сумная 2002122505/14; Заявл. 19.08.2002; Оpubл. 27.06.2003.
8. Патент 2207055 А Россия, МПК А61В17/00. Способ хирургического лечения туберкулеза легких / А.Ф. Кравченко, Ю.С. Иванов, Н.С. Бютяева, А.И. Готовцева 2001100393/14; Заявл. 01.05.2001; Оpubл. 27.06.2003.
9. Петренко В.П., Литвененко Н.А. Основні клінічні фактори, що впливають на ефективність лікування хворих із вперше діагностованим деструктивним туберкульозом легень із бактеріовидленням // Український пульмонологічний журнал. – 2004. – №4 – С. 11-15.
10. Петренко В.М., Черенко С.О., Литвененко Н.А., Іванкова О.В., Тарасенко О.Р. Туберкульоз із розширеною резистентністю до протитуберкульозних препаратів: ситуація в Україні // Український пульмонологічний журнал. – 2007. – №3. – С. 35-39.
11. Репин Ю.М. Тактика хирургического лечения больных лекарственно-устойчивым туберкулезом легких // Грудная и сердечно-сосудистая хирургия. – 2001. – № 1. – С. 46-48.
12. Торакопластика / Б.В.Радионон, Ю.Ф. Савенков, И.Д. Дужий, И.А. Калабуха, О.В. Хмель. – Днепропетровск: РВА «Дніпро-ВАЛ», 2007. – 182 с.
13. Туберкульоз в Україні / Аналітично-статистичний довідник за 1996-2006 роки: МОЗ України, Центр медичної статистики МОЗ України. – Київ, 2007. – 60 с.
14. Фещенко Ю. І., Мельник В. М. Стан і проблеми протитуберкульозної допомоги населенню України та шляхи її поліпшення // Укр. пульмонол. журн. – 2004. – № 2. – С. 6-11.

*Дужий І.Д., д-р мед. наук, професор,
Медичний інститут СумДУ, м. Суми;
Солодовник О.В., Медичний інститут
СумДУ, м. Суми.*

Надійшла до редакції 23 червня 2008 р.