

ПОКАЗАННЯ ДО ІНТРАПЛЕВРАЛЬНОЇ ТОРАКОПЛАСТИКИ ПРИ ПЛЕВРЕКТОМІЇ

В.В. Мадяр

Сумський державний університет

ВСТУП

Відомо, що плевральний випіт може траплятися як первинний прояв поширеного туберкульозу, так і ускладнення органних форм сухот, частіше при туберкульозному ураженні легень. Серед усієї клінічної різноманітності синдрому плеврального випоту (СПВ) питома вага туберкульозного плевриту при цьому складає 52-53 % [1,2]. В останні десятиріччя на тлі епідемії туберкульозу СПВ у кількісному значенні поступово зростає. Серед інших локалізацій сухот туберкульоз плеври трапляється у 11-12 % випадків [1-4]. Незважаючи на антибактеріальну терапію та інші методи лікування таких хворих (неспецифічні протизапальні, розсмоктуючі, гормональні та фізіотерапевтичні) у 10-11% випадків гостре ураження плеври переходить у хронічне, тобто розвивається хронічний плеврит [2,3]. Основною патоморфологічною ознакою останнього є сполучнотканинна, на рівні рубцевої, трансформація плевральних листків із значним нашаруванням на ній фібрину. При цьому сполучнотканинні елементи, розростаючись, поширюються на грудну стінку, що спричиняє розвиток фібротораксу, а також на легеню по ходу її судин і бронхів, приводячи до деформації останніх та формуючи пневмосклероз аж до розвитку плеврогенного цирозу легені. Зазначені патоморфологічні зміни призводять до розвитку гіпертонії малого кола кровообігу, порушення зовнішнього дихання і формування легеневого серця. Періодичні загострення процесу можуть приводити до білкового виснаження і амілоїдозу. Окрім цього, туберкульозне ураження плеври до 10 % виявляється уже на за давній стадії процесу [5]. Не можна не враховувати того факту, що урбанізація сучасного життя супроводжується значною кількістю дорожньо-транспортних пригод, при яких трапляються травми грудної клітки з ускладненням їх плевритом або гемотораксом. Останні при неадекватному лікуванні можуть перейти в хронічну стадію з усіма описаними вище наслідками. Попередити наведені ускладнення, а разом з ними й інвалідизацію таких пацієнтів за сьогоднішніми уявленнями і достатньо ґрунтовними розробками [1,2,3,5] можливо лише шляхом видалення плеврального мішка – плевректомії. Хоча операція має реконструктивно-відновлювальний характер, сама вона є досить важкою і трудомісткою. Будучи досить травматичними ці операції нерідко супроводжуються пошкодженням кортикального шару легень з можливим розвитком його негерметичності. Остання розвивається за рахунок бронхіолоальвеолярної недостатності. Це сприяє постійному надходженню повітря в “плевральну порожнину” (порожнину оперованого геміторакса), що утримує легеню в колапсі і затримує її розправлення. Разом із цим формується залишкова порожнина з усіма можливими наслідками: заповільнене розправлення легені, утворення залишкової порожнини, розвиток плевриту з подальшим нагноєнням, тобто переходу простого запалення в емпієму плевральної порожнини з бронхіальною норницею чи без неї. Для ліквідації цих ускладнень застосовуються різноманітні оперативні втручання, головним з яких є дренажування залишкової порожнини чи емпієми, реторакотомії з

декортинацією легені, екстраплевральні торакопластики. Всі ці втручання вимагають значних фізичних та моральних зусиль, вже не кажучи про матеріальні.

ПОСТАВЛЕННЯ ЗАВДАННЯ

Зрозуміло, що попередження цих ускладнень є найбільш перспективним. Враховуючи зазначене, під час основного оперативного втручання треба виявити дефект кортикального шару легені, у якому відсутній аеростаз, та ознаки зниженої еластичності легені, що може призвести до недостатньої реекспансії легені. При поєднанні наведених чинників ми рекомендуємо виконувати інтраплевральну торакопластику (ІТ).

РЕЗУЛЬТАТИ

Об'єм останньої, за нашими даними, повинен бути не меншим ніж п'ятиребровим. Перше ребро під час виконання операції видаляється повністю [1,2].

При резекційних методах лікування поширеного туберкульозу легень у 401 пацієнта нами виконана плевректомія у 78 із подальшою інтраплевральною торакопластикою у 9. При цьому на правому гемітораксі резекційні методи поєднувалися з плевректомією у 37 хворих. Разом із цими втручаннями була виконана додатково лікувально-профілактична інтраплевральна торакопластика у 2 пацієнтів. Зліва резекційні операції були доповнені плевректоміями у 41 хворого. За зазначеними вище показаннями 7 із цих пацієнтів виконана інтраплевральна торакопластика.

Перебіг післяопераційного періоду у хворих, яким виконувалося симультанне втручання з ІТ, був сприятливим. А у групі хворих, у яких ІТ не було виконано, ми виявили 20 (29,9%) післяопераційних ускладнень у вигляді залишкових плевральних порожнин з бронхіальною або бронхіоллярною норицею. Останні потребували від одного до восьми реконструктивних оперативних втручань для ліквідації залишкової порожнини. Сприятливий перебіг післяопераційного періоду ми пояснюємо приведенням у відповідність об'ємів плевральної порожнини і оперованої легені.

ВИСНОВКИ

Інтраплевральна торакопластика у зазначеному варіанті є надійним засобом попередження післяопераційних ускладнень місцевого характеру у хворих, оперованих за типом плевректомії. Показанням до застосування такого профілактичного втручання є поєднання ненадійного аеростазу в кортикальних відділах легені та недостатньої еластичності легені, що визначається в кінці основного втручання. Такі операції ми вважаємо перспективними і рекомендуємо для широкого застосування.

SUMMARY

The author gives the literature data on the grounds of which acute pleuritis in significant percent of the events moves over to chronic. In modern epidemic situation on tuberculosis, the specific pleuritis are quite often complicated in chronic. Under operative treatment of chronic pleurisy is possible to damage layer surface of pulmonary and will be following local complications. For the reason warning the lasts, the author offers under corresponding to evidence, execute intrapleural toracoplasty not less then five ribs of all volume.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Дужий І. Д. Клінічна плеврологія. – Київ: Здоров'я, 2000. – 384 с.
2. Дужий І. Д. Хірургія туберкульозу легень та плеври. - Київ: Здоров'я, 2003 р. 360 с.
3. Дужий І. Д., Мадяр В.В., Шевченко В.П., П'ятикоп І.В. Можливості звільнення плеври від нашарувань шляхом торакокопії: Матеріали XX з'їзду хірургів України. - Тернопіль. – 2002. - С. 150 - 151.
4. Соколов В.А., Савельєв А.В., Красноторова С.Ю. и др. Дифференциальная диагностика плеврального выпота // Пробл. туберкулеза. – 1998. - № 3. - С. 50-55.

5. Семенов Ю.Л., Горбулин А.Е. Плевриты. – К.: Здоров'я, 1983. – 181 с.

Надійшла до редакції 28 квітня 2004 р.