

І. Д. Дужий., О. В. Кравець., Н. І. Глазунова.

Сумський державний університет, кафедра загальної хірургії, радіаційної медицини та фтизіатрії.

Застосування передньо-верхньої екстраплевральної торакопластики з метою ліквідації верхівкової залишкової плевральної порожнини

Мета роботи. Вивчити можливості втілення у близький післяопераційний період власної методики передньо-верхньої екстраплевральної торакопластики.

Матеріали і методи. Серед 170 оперованих хворих у близький післяопераційний період встановлена залишкова плевральна порожнина у 7 (3,9%) осіб. На 12-18 добу виконана передньо-верхня екстраплевральна торакопластика за модифікацією авторів [6] з хорошим близьким і віддаленим результатами. Ускладнень не спостерігали.

Висновки. Як мало травматичне оперативне втручання, яке виконується у фізіологічному положенні хворого, операція рекомендується до застосування у будь який близький післяопераційний період.

Ключові слова

Заповільнене розправлення легені, залишкова плевральна порожнина, передньо-верхня екстраплевральна торакопластика.

Вступ. Захворюваність і хворобливість на туберкульоз у нашій державі очевидної тенденції до зменшення не має [1]. Поряд із цим туберкульоз все частіше має поширений характер [7]. Глобальної загрози епідемія туберкульозу набуває внаслідок зростаючої резистенції мікобактерій до антибактеріальних препаратів [4]. З огляду на це потреба у хірургічному лікуванні хворих на туберкульозу легень буде зростати [2,4, 5]. Ускладнення різного характеру при резекційних методах оперативного лікування неминучі [5]. Одним з них є

утворення залишкових плевральних порожнин. З метою їх ліквідації можливе застосування екстраплевральних торакопластик.

Запропоновані у свій час верхівкові екстраплевральні торакопластики, авторами яких були Коффі, Н. В. Антелава, Графф (GraffW.), Б. Гармсен, Л. К. Богуш сьогодні не застосовуються і мають лише історичне значення.

Класична задньо-верхня екстраплевральна торакопластика є достатньо травматичним втручанням, яке виконується у антифізіологічному положенні хворого на операційному столі, що унеможливує її виконання у ранній післяопераційний період до розвитку фіброзних змін у м'язевому каркасі грудної клітки, коли вона може бути найефективнішою.

Актуальність проблеми полягає у тому, що з різних причин, часто незалежних від хірурга і, зрозуміло, непередбачуваних, післяопераційний період ускладнюється за типом заповільненого розправлення оперованої легені і затримкою у виповненні нею плевральної порожнини, що у кінцевому рахунку закінчується утворенням залишкових верхівкових порожнин. Застосування екстраплевральних торакопластик у близький післяопераційний період з метою їх ліквідації у більшості випадків неможливе чи небажане з огляду на особливості загального стану хворого у цей період (анемія, гіпоксемія-гіпоксія, «стресовий» стан серцево-судинної системи) та на «нефізіологічне» положення хворого при їх виконанні і тяжкий чи відносно тяжкий стан хворого. Затримка ж з виконанням корегуючої операції тягне за собою розвиток наступних ускладнень типу плевриту, емпієми, утворення нориць... Зачароване коло замикається.

Мета роботи. Розробити і втілити у практику нетравматичний метод передньо-верхньої екстраплевральної торакопластики, який можна було б виконати у близький післяопераційний період з метою ліквідації залишкової порожнини.

Матеріали і методи. У дане дослідження увійшло 170 хворих з різними формами туберкульозу легень: переважно фіброзно-кавернозним, циротичним

та множинними туберкуломами, яким були виконані різного характеру резектовні втручання: бісегментарні резекції, частектомії та комбіновані резекції, у тому числі і розширені. У 7 з цих оперованих у близький післяопераційний період констатована залишкова плевральна порожнина з недостатньою герметичністю легеневої паренхіми. Для ліквідації ускладнення через 12–18 діб була виконана передня-верхня екстраплевральна торакопластика у нашій модифікації [6]. В основу запропонованої операції поставлена задача розробити спосіб корегуючої передньо-верхньої екстраплевральної торакопластики, застосування якого дозволило б здійснити можливість хірургічного втручання для ліквідації залишкової плевральної порожнини у будь-який час після основної операції з обов'язковим її виконанням у фізіологічному для хворого положенні при одночасному зниженні травматичності та крововтратності втручання.

Операцію виконують таким чином. У положенні хворого на спині з відведеною рукою перпендикулярно до вісі тіла (хребта – груднини) паралельно ключиці нижче від неї на 2,5-3 см роблять розріз шкіри, підшкірної клітковини і поверхневої грудної фасції. Розріз шкіри проходить по краю великого грудного м'яза, не розсікаючи останній, і доходить до середньо-аксиллярної лінії. Грудні бокові судини (артерія і вени) та довгий грудний нерв, що проходять у цій зоні, на невеликій ділянці відсепаровуються і беруться на гумову чи іншу аналогічну тримачку. Підключична порція пучків великого грудного м'яза розшаровуються до зовнішньої третини ключиці, а далі тупо утворюють тунель під цим м'язом до середньо-аксиллярної зони. При цьому оголяються передні поверхні першого і другого ребер. Підокістно висікають друге ребро повністю, якщо залишкова порожнина досягає передніх відділів цього ребра. Розмір залишкової порожнини уточнюють шляхом розсічення середніх відділів окістя другого ребра з пальцевою ревізією склепіння грудної порожнини. Після цього в усіх випадках резектують перше ребро. У передніх його відділах вдається відносно легко здійснювати візуальний контроль за підключичною веною, яка лежить на цьому ребрі та за підключичною артерією.

Резектують задній відрізок третього ребра від середньо-аксиллярної зони, а за потребою – і подібний сегмент четвертого ребра, що залежить від розмірів залишкової порожнини. Склепіння залишкової порожнини виділяють екстрафасціально, лампасують» за ходом окістя по ложу видалених ребер. Залишкову порожнину обробляють антисептиком, усередину порожнини вводять мікроіригатор для введення антибіотиків, а зовні – екстраплеврально – дренаж для відсмоктування екстравазату. Мікроіригатор герметизують. Дренаж ставлять «на грушу» для «м'якого» активного відсмоктування, або за Бюлау. Характер дренажування та спосіб аспірації залежать від стану залишкової порожнини, а саме – наявності чи відсутності герметизму резектованої легені. Зашивають післяопераційну рану пошарово, створюючи екстракорпоральний тиск ватно-марлевим валиком. Антибіотики вводять за потреби з огляду на чутливість мікрофлори.

Отримані результати та їх обговорення. Ускладнення резекційних втручань за типом верхівкових залишкових порожнин трапилися у 7 (3,9%) оперованих: у 6 осіб чоловічої статі і у 1 – у жінки. Незважаючи на адекватне дренажування, просочування повітря у плевральну порожнину в післяопераційний період продовжувалось, що затримувало розправлення легені і могло закінчитися послідовним розвитком інших плевро-легеневих ускладнень. З огляду на це хворим було запропоноване корегуюче втручання за описаним вище способом [6]. У 5 з них передньо-верхня торакопластика виконана справа, у двох – зліва. Крововтрата мала місце на рівні 120-150 см³. Шви знімалися, як завжди, на 9 день. Загальна тривалість післяопераційного періоду через додаткове втручання не збільшилась. Суттєвого впливу на форму грудної клітки внаслідок операції не було. У віддалений період спостереження (6 місяців – 3 роки) загострень чи рецидивів основного процесу не спостерігалось. Хворі працездатні.

Наводимо клінічний приклад.

Хвора В., 18 років, студентка, мешканець села. Оперована з приводу множинних туберкулом правої верхньої та середньої часток: виконана комбінована резекція легені (С1-2+С5). Післяопераційний період ускладнився залишковою плевральною порожниною з наявними паренхіматозними мікрофістулами С3. Оскільки консервативними заходами ліквідувати порожнину не вдавалось, на 18-у добу післяопераційного періоду виконана передньо-верхня трьохреброва торакопластика за описаною методикою. Порожнина ліквідована, дренажі та мікроіригатор видалено на 5 та 9 добу. Хвора виписана із відділення на 38 добу після основної операції. Досягнутий результат полягав у тому, що оперативне втручання з метою ліквідації залишкової порожнини було застосоване у мінімально короткий термін після основного оперативного втручання. Операція передньо-верхньої торакопластики виконувалася у фізіологічному положенні. Завдяки розшаруванню грудного м'яза крововтрати, практично, не було. Тривалість ліжка – дня не перевершила середню.

Підсумок. Застосування запропонованого оперативного втручання дозволяє у будь-який час після основної операції виконати корекцію плевральної порожнини стосовно резектованої легені.

Висновки: 1) запропоноване оперативне втручання виконане 7 хворим у обсязі 3–4 ребер; 2) операція не супроводжувалася відчутною крововтратою (120-150 см³), оскільки не пересікалися м'язи; 3) операція виконується у фізіологічному положенні хворого, що дає можливість її застосовувати у ранній післяопераційний період ослабленим хворим відразу після встановлення наявності залишкової порожнини.

Перспективи подальших розвідок. Отримавши належний досвід у виконанні запропонованої методики торакопластики, вивчити можливості її застосування при хронічних залишкових порожнинах та емпіємі плеври.

Список літератури

1. Дмитриев В. А. Глобальная проблема туберкулеза и современная стратегия ВОЗ борьбы с ним / В. А. Дмитриев // Антибиотики и химиотерапия. – 2008. – № 5–6. – С. 3–6.
2. Дужий І. Д. Хірургія туберкульозу легень і плеври / І. Д. Дужий – К. – Здоров'я, 2003. – 358 с.
3. Дужий І. Д. Екстраплевральна торакопластика та її місце в умовах епідемії туберкульозу // Клінічна хірургія – 2003. – № 8. – С. 38–40.
4. Комисарова О. Обширная лекарственная устойчивость микробактерий туберкулеза – глобальная угроза для человечества / О. Комисарова, Р. Абдуллаев, В. Ерохин // Врач. – 2010. – № 5. – С. 25–27.
5. Опанасенко М. С. Ефективність хірургічного лікування туберкульозу легень у сучасних умовах / М. С. Опанасенко, О. В. Терешкович, М. Г. Палівода [та ін.] // Журнал АМН України. – 2009. – Т. 15, № 4. – С. 726–741.
6. Патент на корисну модель № 79427 «спосіб корегуючої передньо-верхньої екстраплевральної торакопластики. МПК (2013.01) А 61 В 17/ 00
7. Петренко В. М. Туберкульоз із розширеною резистентністю до протитуберкульозних препаратів: ситуація в Україні / В. М. Петренко, С. О. Черенько, Н. А. Литвиненко // Український пульмонологічний журнал – 2007. – № 3. – С. 55–57.

И. Д. Дужий., А. В. Кравец., Н. И. Глазунова.

Сумской государственной университет, кафедра общей хирургии, радиационной медицины и фтизиатрии.

Применение передне-верхней экстраплевральной торакопластики с целью ликвидации верхушечной остаточной плевральной полости

Цель работы – изучить возможности внедрения в близкий послеоперационный период собственной модификации передне-верхней экстраплевральной торакопластики.

Материалы и методы. Среди 170 оперированных в близкий послеоперационный период остаточная плевральная полость констатирована у 7 (3,9 %) человек. На 12-18 сутки произведена передне-верхняя экстраплевральная торакопластика в модификации авторов [6] с хорошим близким и отдаленным результатами. Осложнений не наблюдалось.

Выводы. Как малотравматичное оперативное вмешательство, которое выполняется в физиологическом положении больного модифицированная экстраплевральная торакопластика рекомендуется к использованию в раннем послеоперационном периоде.

Ключевые слова

Замедленное расправление легкого, остаточная плевральная полость, передне-верхняя экстраплевральная торакопластика.

I.D. Duzhyi, O.V. Kravec, N.I. Glazunova

Sumy State University, Department of General Surgery, Radiation Medicine and Phthisiology.

The use of anterior upper extrapleural thoracoplasty for the purpose of liquidation of residual pleural cavity

The aim of the work is to study the possibilities to use own methods of anterior upper extrapleural thoracoplasty in the short-term postoperative period.

Materials and methods. Among 170 operated patients residual pleural cavity was found in 7 patients (3,9%). On the 12th-16th day after the operation the anterior upper extrapleural thoracoplasty according to the modification of the authors was performed. The complications were not observed due to good short-term and remote results.

Summary. As a not traumatic surgical intervention, which is executed in the physiological rest position, the operation is recommended to perform in any short-term postoperative period.

Keywords

Time-lapse lung expansion, residual pleural cavity, anterior upper extrapleural thoracoplasty.