

Міністерство охорони здоров'я України  
Асоціація хірургів України  
Національний інститут хірургії та трансплантології  
імені О. О. Шалімова

# КЛІНІЧНА ХІРУРГІЯ

№ 1 (882) січень 2016  
Щомісячний науково—практичний журнал  
(спеціалізоване видання для лікарів)  
Заснований у червні 1921 р.



Нагороджений  
«КРИСТАЛЕВИМ РОГОМ ДОСТАТКУ»,  
медалями «ТРУДОВА СЛАВА» та «ЛІДЕР НАЦІОНАЛЬНОГО БІЗНЕСУ»  
Міжнародної Академії  
Рейтингових технологій та соціології  
«Золота Фортуна»

Редактор  
Г. В. Остроумова  
Коректор  
О. П. Заржицька

Видання включене до міжнародних наукометричних баз  
SciVerse Scopus, EBSCOhost, Google Scholar та ін.  
Журнал реферований у PubMed.

Затверджений постановою президії ВАК України  
№ 1-05/1 від 10.02.10.

Свідоцтво про державну реєстрацію:  
серія КВ № 1033.

Адреса редакції:  
03680, м. Київ, МСП-03680, вул. Героїв Севастополя, 30,  
редакція журналу «Клінічна хірургія».  
Тел./факс (- 044) 408.18.11, <http://hirurgiya.com.ua>  
e-mail: [info@hirurgiya.com.ua](mailto:info@hirurgiya.com.ua)  
[jcs@fm.com.ua](mailto:jcs@fm.com.ua)

Передплатний індекс 74253

Підписано до друку 24.01.16. Формат 60 × 90/8.  
Друк офсетний. Папір офсетний. Ум. друк. арк. 10  
Обл. вид. арк. 9,68. Тираж 1 000.

Замов. 22  
Видавець  
ТОВ «Ліга-Інформ»  
03680, м. Київ, МСП-03680, вул. Героїв Севастополя, 30.  
Тел./факс (- 044) 408.18.11.  
Свідоцтво про внесення до Державного реєстру  
суб'єктів видавничої справи  
ДК № 1678 від 04.02.04.

Надруковано з готових фотоформ  
в друкарні ТОВ «Лазурит-Поліграф»  
04048, м. Київ, вул. Костянтинівська, 73.  
Тел./факс (- 044) 463.73.01.

Розмноження в будь-якій формі матеріалів, опублікованих  
в журналі, можливе тільки з письмового дозволу редакції.

Відповідальність за зміст рекламних матеріалів несе  
рекламодавець.

© Клінічна хірургія, 2016  
© Ліга – Інформ, 2016

ISSN 0023–2130



# КЛІНІЧНА ХІРУРГІЯ

№ 1 (882) січень 2016

Головний редактор  
О. Ю. Усенко

Заступники  
головного редактора  
С. А. Андреещев  
М. Ю. Ничитайло

## РЕДАКЦІЙНА КОЛЕГІЯ

Л. С. Білянський  
С. О. Возіанов  
В. Г. Гетьман  
О. І. Дронов  
М. Ф. Дрюк  
Я. П. Заруцький  
М. П. Захараш  
Г. П. Козинець  
В. М. Копчак  
М. В. Костилен  
О. Г. Котенко  
А. С. Лаврик  
В. В. Лазорининець  
О. С. Ларін  
С. Є. Подпрятков  
А. П. Радзіховський  
А. В. Скумс  
Я. П. Фелештинський  
П. Д. Фомін  
В. І. Цимбалюк  
С. О. Шалімов  
П. О. Шкарбан

## РЕДАКЦІЙНА РАДА

В. П. Андрющенко  
Я. С. Березницький  
В. В. Бойко  
М. М. Велігоцький  
В. В. Ганжий  
Б. С. Запорожченко  
І. В. Іоффе  
П. Г. Кондратенко  
І. А. Криворучко  
В. І. Лупальцов  
О. С. Никоненко  
В. В. Петрушенко  
В. І. Русин  
В. М. Старосек  
А. І. Суходоля  
С. Д. Шаповал  
І. М. Шевчук

ISSN 0023-2130



## ОСОБЛИВОСТІ СИМУЛЬТАННИХ ВТРУЧАНЬ З ПРИВОДУ ДЕЯКИХ ТИПІВ ХРОНІЧНОГО ТУБЕРКУЛЬОЗНОГО ПЛЕВРИТУ, ПОЄДНАНОГО З ТУБЕРКУЛЬОЗОМ ЛЕГЕНЬ

І. Д. Дужий, І. Я. Гресько, О. В. Кравець, Г. П. Олещенко, Н. І. Глазунова  
Сумський державний університет, кафедра загальної хірургії, радіаційної медицини та фтизіатрії

## PECULIARITIES OF SIMULTANT INTERVENTIONS FOR SOME TYPES OF CHRONIC PHTHISIC PLEURITIS, COEXISTENT WITH PULMONARY TUBERCULOSIS

I. D. Duzhiy, I. Ya. Grehsko, O. V. Kravets, G. P. Oleshchenko, N. I. Glazunova  
Sumy State University, Department of General Surgery, Radiation Medicine and Phthisiology

Попри зусилля держави та органів охорони здоров'я, епідемічна ситуація щодо туберкульозу є складною. Незважаючи на деяке зменшення захворюваності, спостерігають негативні тенденції. До її складових, насамперед, відносять резистентність мікобактерій туберкульозу (МБТ) до антибактеріальних препаратів [1]. У перше виявлених хворих на туберкульоз легень первинну хіміорезистентність виявляють з частотою від 19 до 33%. З огляду на цю резистентність, у значній кількості хворих на первинно діагностований туберкульоз легень лікування виявляється неефективним. У 65 – 77% хворих під час проведення антибактеріальної терапії виникає вторинна резистентність, що додатково погіршує наслідки лікування. У мазок–позитивних хворих ефективність антибактеріальної терапії становить 54,4% [2]. Разом з цим, невідале лікування відзначають у 22,8% хворих. Отже, джерело туберкульозної інфекції постійно поповнюється носіями хіміорезистентного туберкульозу. З огляду на це, кількість хворих з первинною резистентністю до антибактеріальних препаратів у найближчому майбутньому буде збільшуватись. У деяких хворих виявляють туберкульоз позалегеневої локалізації. В Україні його частота становить 4 – 6% [3]. Найбільш часто при цьому виявляють ураження плеври [2]. За первинного її ураження хворих лікують відповідно до протоколу щодо туберкульозу ле-

### Реферат

При поєднанні хронічного туберкульозного плевриту у ригідній стадії з легеневим туберкульозом показано оперативне втручання за типом плевропневмонектомії, що є складним для виконання та збереження функціонального стану хворого. Плевропневмонектомія у деяких хворих ускладнюється емпіємою та патологічними процесами у бронхах. Вивчені можливості застосування оперативних втручань, альтернативних плевропневмонектомії.

З 48 хворих, яким за даними клініко–рентгенологічних досліджень показано виконання плевропневмонектомії, у 7 — виконані симультанні оперативні втручання з позитивними результатами.

**Ключові слова:** хронічний туберкульозний плеврит; туберкульоз легень; оперативні втручання.

### Abstract

In coincidence of chronic phthisic pleuritis in a rigid stage with pulmonary tuberculosis operative intervention is indicated of a pleuropulmonectomy type, what is a complex situation for performance and preservation of the patient's functional state. Pleuropulmonectomy in some patients is complicated by empyema and pathological processes in bronchi. Possibilities of operative interventions application, alternative to pleuropulmonectomy, were studied. Of 48 patients, to whom pleuropulmonectomy is indicated in accordance to data of clinic—roentgenological investigations, in 7 — simulant operative treatment were conducted with positive results.

**Key words:** chronic phthisic pleuritis; pulmonary tuberculosis; operative interventions.

гень. Проте, діагностика захворювання, незважаючи на застосування досить чітко розробленого алгоритму [4], у значній кількості пацієнтів триває протягом багатьох тижнів чи місяців, при цьому їм не призначають належне специфічне протитуберкульозне лікування, що спричиняє поступову трансформацію процесу з гострого у хронічний. Протягом цього періоду, внаслідок застосування неспецифічних та протизапальних засобів, прогресування процесу лише гальмується, проте, у більшості хворих він триває. У деяких хворих інфекція лімфогенним чи гематогенним шляхом поширюється на легені, в них виникають

ті чи інші форми туберкульозу. Запалення плеври у 10 – 12% хворих стає хронічним, що зумовлює її фіброзну трансформацію [4 – 7]. Виникає плеврогенний пневмосклероз з відповідними змінами бронхів (деформуючий бронхіт, бронхоектази) та фіброторакс. Це зумовлює порушення функції зовнішнього дихання. Нерідко листки плеври зростаються, що зумовлює зарощення плевральної порожнини, проте, констриктивна дія плеври триває [7]. Внаслідок цього легень зменшується, що, за даними рентгеноморфологічного дослідження, нагадує її метатуберкульозний цироз. На тлі цього виявляють вогнищеві утво-

рення та їх конгломерати за типом туберкульозом, інфільтратів, порожнин розпаду, залежно від строків завершення, прихильності хворих до лікування та його активності. При цьому функціональна здатність легені втрачається, оскільки антибактеріальна терапія завжди супроводжується активним розростанням сполучної тканини, що на тлі формування плеврогенного пневмосклерозу активізує циротичні тенденції. Це може бути показанням до виконання пневмонектомії чи плевропневмонектомії [5, 6]. За подальшого прогресування легеневого та плеврального процесу у малому колі кровообігу підвищується артеріальний тиск, поступово формується легеневе серце. Попередити це можливо лише шляхом здійснення плевроектомії [5]. Крім того, на початковому етапі захворювання зміни у легені відносно обмежені і, відповідно, обсяг оперативного втручання може бути більш обмеженим.

Можливості загоєння туберкульозних змін у легенях на цьому тлі суттєво обмежуються. За даними рентгеноморфологічних досліджень, у більшості таких хворих на тлі хронічного плевриту діагностують фіброзно—кавернозний чи циротичний туберкульоз. Методом вибору оперативного втручання у них є плевропневмонектомія, що нерідко супроводжується ускладненнями, найбільш тяжкими з них є емпієма плеври, утворення бронхіальних норниць. Для радикального усунення їх потрібні дуже складні оперативні втручання типу трансстернальної трансперикардіальної оклюзії кукси бронха. Інші ж багатетапні втручання вимагають від фахівців і хворих величезних моральних зусиль та фінансових витрат і не завжди закінчуються позитивно. Такі ускладнення у значній кількості хворих супроводжуються амліодозом внутрішніх органів, легенево—серцевою та серцевою недостатністю.

Нами узагальнений власний досвід лікування хворих з приводу хронічного туберкульозного плевриту, поєданого з фіброзно—кавернозним та циротичним туберку-

льозом легень, запропонований можливий алгоритм оперативного втручання.

## МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

Під нашим спостереженням були 48 хворих, у 6 з яких (всі чоловіки) первинно діагностований туберкульозний плеврит, який через 12 — 22 міс трансформувався у легеневий туберкульоз інфільтративного типу — у 3, вогнищевий — у 3. Вік хворих від 36 до 57 років. Перебіг легеневого процесу у хворих з часу встановлення діагнозу супроводжувався розпадом. Під час стандартного лікування протягом 4 — 6 міс сформувався фіброзно—кавернозний туберкульоз. В усіх хворих відзначено мультирезистентність МБТ до антибактеріальних препаратів. У 3 з них вона виявлена під час діагностики туберкульозу як первинна, у 4 — через 3 — 4 міс лікування як вторинна. З огляду на схильність специфічного процесу до циротичних змін та неприхильність до антибактеріальної терапії, хворим запропоновані і виконані оперативні втручання з сприятливим результатом. Наводимо спостереження.

Хворий Т., 28 років. За 2 роки до оперативного втручання виник біль у правому плечі. Проведене лікування. З приводу підвищення температури тіла проведена оглядова рентгенографія, діагностовано правобічну базальну пневмонію. Проведена антибактеріальна терапія, стан хворого покращився, проте, через 2 тиж виникли тупий біль у грудях, задишка, підвищилася температура тіла. За даними ультразвукового дослідження виявлений випіт у правій плевральній порожнині. Консультований торакальним фтизіохірургом. З метою верифікації процесу здійснена торакоскопія з плевробіопсією. Встановлений туберкульоз плеври. Лікування протягом 6 тиж, неодноразово хворий порушував режим, приймав алкоголь, самовільно покинув лікувальний заклад. У районний диспансер не з'явився, незважаючи на регулярні виклики. Через 15 міс пацієнт звернувся зі скаргами на слабкість, значну нічну

пітливість, кашель з мокротинням, задишку, схуднення. За даними мікроскопії мазка мокротиння та генетичного дослідження з застосуванням тест—системи GeneXpert MTB/Rit виявлені МБТ, чутливі до рифампіцину. За результатами променевого дослідження встановлені зменшення правої легені, в основному верхньої частки, високе розташування купола діафрагми, масивні плеврокостальні нашарування, затінення інфільтративного типу у верхній частці, наявність порожнини розпаду неправильної форми. Призначена антибактеріальна терапія з використанням протитуберкульозних препаратів відповідно до Наказу МОЗ України №1091 від 21.12.12. Через 4 міс лікування повторне дослідження мокротиння на твердому середовищі Левенштейна—Йенсена. Виявлені МБТ, резистентні до рифампіцину та ізоніазиду. Отже, протягом 4 міс лікування за даними променевого та мікробіологічного дослідження позитивна динаміка процесу не виявлена. Більше того, на верхівці правої легені (C<sub>I</sub>—C<sub>II</sub>) інфільтративні зміни трансформувалися у кулясте утворення з розпадом у центрі діаметром до 3 см. Відповідно до результатів бактеріологічного дослідження рифампіцину та ізоніазиду замінені на етамбутол та гатифлоксацин.

Беручи до уваги перебіг процесу, мультирезистентність МБТ та схильність хворого до порушення лікувального режиму, запропоноване оперативне втручання, отримана згода. Проведене відповідне додаткове обстеження. У хворого виявлені порушення функції зовнішнього дихання за рестриктивним комбінованим типом, дихальна недостатність I стадії. Через 1 міс після корекції антибактеріальної терапії, відповідно до чутливості МБТ, виконане симульганне оперативне втручання за типом декортикації легені, комбінованої розширеної резекції правої легені та п'ятиребрової інтраплевральної торакопластики. До операції накладений пневмоперитонеум об'ємом 700 см<sup>3</sup>.

Оперативне втручання виконане з використанням передньо—бічно-

го доступу, оскільки за даними променевого дослідження встановлене високе стояння купола діафрагми. Здійснено торакотомію, встановлено, що пристінковий листок плеври ущільнений, фіброзно—перероджений на всьому протязі розсіченого четвертого міжребер'я. Тупим шляхом екстраплеврально виділена легена на всьому протязі. Здійснений гемостаз шляхом діатермокоагуляції та щільної тампонади грудної порожнини з використанням гарячих серветок. Пальпація легені виявилася ефективною з огляду на її констрикцію плевральними листками, між якими залишкової порожнини не було. У медіально—медіастинальній зоні розсічена перехідна плевральна складка, легена поетапно звільнена від плеврального мішка, що стискав її. Кортикальна частина легені не пошкоджена. Розділена велика міжчасткова щілина. Встановлено, що верхня частина значно зменшена, фіброзно—перероджена, ущільнена. Такі самі зміни виявлені у верхівці нижньої частки ( $C_{VI}$ ), що до операції інтерпретували як плевральні нашарування. Виконана розширена комбінована резекція. Першим резекований  $C_{VI}$  сегмент. Корінь сегмента оброблений типово. Після відсмоктування вмісту з трахеобронхіального дерева з подальшим роздуванням легені сегмент  $C_{VI}$  відсічений від  $C_X$  по демаркаційній зоні за допомогою апарата УКЛ—60. Типово резековано верхню частку легені з відсіченням  $C_{III}$  сегмента від середньої частки з прошиванням апаратом УКЛ—60.

Наступним етапом втручання було виконання інтраплевральної торакопластики, обсяг якої був на рівні 5 верхніх ребер. Першим видалено 12 см V ребра, резекція якого під час таких операцій обов'язкова, оскільки до його верхнього краю фіксований задній верхній зубчастий м'яз. При збереженні паравертебральної частини цього ребра залишається натягнутий "парус" з зазначеного м'яза, що утримує від занурення у грудну порожнину м'яких тканин паравертебральної зони (три шари м'язів, підшкірний прошарок, шкіру). Обсяг видалення IV і III ребер

більший від попереднього відповідно на 2 і 4 см. II ребро видалене до передньої пахвової лінії, I ребро видалене повністю.

Додатковим втручанням був реально виконаний діафрагмоліз тупим і гострим шляхом. Вже у першу добу після операції легена повністю виповнила грудну порожнину.

Через 2 міс після операції порушення дихальної функції не було, хоча до операції спостерігали порушення дихання за комбінованим типом, що зумовлене в основному тотальним стисканням легені фіброзно—переродженою плеврою. Здійснена під час декортикації декомпресія легені сприяла усуненню рестриктивних порушень дихання. Поряд з цим, зникла дихальна недостатність. Пацієнт міг спокійно підніматися на II поверх без зупинки.

Вже через 1 міс МБТ не виявляли. Через 3 міс пацієнт виписаний для амбулаторного лікування.

Поряд з відновленням антибактеріальної терапії, відповідно до існуючого протоколу, хворому проводили колапсотерапію за типом пневмоперитонеуму, тривалість якого, на нашу думку, має бути не менше 4 міс, в тому числі 1—2 міс—до операції і 2—3 міс—після неї. За потреби тривалість пневмоперитонеуму можна продовжити на 2—3 міс.

У 7 хворих перебіг патологічного процесу та алгоритм оперативного втручання не відрізнялись від наведеного. До операції в усіх хворих виявляли мультирезистентні МБТ. У найближчому (2 міс) післяопераційному періоді МБТ зникли.

Підсумовуючи особливості клінічного перебігу туберкульозу в оперованих хворих, зазначимо, що у 6 з них туберкульоз легень виник після туберкульозу плеври, в однієї хворої—туберкульоз плеври ускладнював перебіг туберкульозу легень. Інколи туберкульоз плеври має хронічний перебіг, що супроводжується фібротизацією листків плеври, плеврогенним пневмосклерозом та виникненням фібротораксу [4, 7]. Склерозуючі зміни гальмують регрес запалення та деструктивних змін, що може ста-

ти показанням до виконання оперативного втручання, переважно плевропневмонектомії, оскільки уражена плевральна порожнина значно зменшується, що нагадує цироз легені. Наслідки плевропневмонектомії раніше не завжди були сприятливими. Вони сумнівні і сьогодні з огляду на те, що первинна і вторинна резистентність МБТ сумарно становить 75%. За відсутності залишкової плевральної порожнини при хронічному плевриті нам вдалося після екстраплеврального пневмолізу і декортикації легень, що звільняла їх від фіброзного панцира, виконати різні види резекції, у тому числі комбіновані, у 7 хворих. З огляду на зменшену здатність оперованої легені до експансії та збільшену ригідність грудної стінки, в усіх хворих здійснювали коригувальну інтраплевральну торакопластику з метою приведення об'єму грудної порожнини до об'єму зменшеної внаслідок резекції легені, що попереджало її перерозтягнення і збільшення функціонального навантаження. Це дуже важливий аргумент, оскільки при підвищенні функціональної активності легені збільшується ризик активації туберкульозного процесу. Отже, торакопластика у таких хворих є профілактичним заходом щодо рецидиву туберкульозу легень. На тлі хіміорезистентності збудника туберкульозу застосування до і після операції пневмоперитонеуму сприяло підсиленню протирецидивного ефекту торакопластики.

## ВИСНОВКИ

1. За рестриктивного типу хронічного туберкульозного плевриту, поєданого з легеневим туберкульозом, відсутності залишкової плевральної порожнини можливе виконання симульганних оперативних втручань, що застосовані у 14,6% хворих, яким попередньо планували плевропневмонектомію.

2. Першим етапом симульганного оперативного втручання є екстраплевральний пневмоліз, наступним—декортикація легені. Після розділення міжчасткових щілин виконували відповідну резекцію легені; можливе здійснення комбіно-

ваної і навіть розширеної (видалення C<sub>VI</sub> сегмента) резекції легені.

3. З метою профілактики рецидиву туберкульозу легень здійснювали інтраплевральну торакопластику в обсязі 5 ребер.

4. З огляду на можливу резистентність МБТ у таких хворих з профілактичною метою до і після

операції накладали пневмоперитонеум тривалістю не менше 4 міс.

Перспективи подальших досліджень. Крім найближчих результатів, проаналізувати віддалені, що дасть змогу розширити застосування симульганних оперативних втручань з приводу хронічного туберкульозного плевриту, поєданого з туберку-

льозом легень, відмовившись у значної кількості хворих від виконання плевропневмонектомії, особливо за наявності резистентності МБТ до протитуберкульозних препаратів.

#### ЛІТЕРАТУРА

1. Бакулін П. Є. Значення торакопластики в лікуванні хворих на лікарсько—стійкий туберкульоз легень / П. Є. Бакулін, Ю. Ф. Савенков // Мед. перспективи. — 2008. — Т. 13, № 4. — С. 52 — 54.
2. Фещенко Ю. И. Ситуация с туберкулезом в Украине / Ю. И. Фещенко // Doctor. — 2002. — № 4. — С. 11.
3. Туберкульоз позалегеневої локалізації / Ю. І. Фещенко, І. Г. Ільницький, В. М. Мельник, О. В. Панасюк — К.: Логос, 1998. — 380 с.
4. Дужий І. Д. Хірургія туберкульозу легень та плеври. — К.: Здоров'я, 2003. — 360 с.
5. Дужий І. Д. До класифікації хронічного плевриту / І. Д. Дужий, І. Я. Гресько, Р. З. Еластал [та ін.] // Укр. пульмонолог. журн. — 2008. — №3 (додаток). — С. 115.
6. Семенов Ю. Л. Плевриты / Ю. Л. Семенов, А. Е. Горбулин. — К.: Здоров'я, 1983. — 181 с.
7. Стрельцов В. П. Плеврэктомия и декорткация при хроническом туберкулезном плеврите и эмпиеме плевры / В. П. Стрельцов, В. В. Скорняков // Пробл. туберкулеза. — 2001. — № 9. — С. 37 — 40.

