

ПНЕВМОНЭКТОМИИ ПО ПОВОДУ ТУБЕРКУЛЕЗА – РЕЗУЛЬТАТЫ, ОСЛОЖНЕНИЯ И ИХ ЛЕЧЕНИЕ

К.А. Богданов, Г.В. Диденко

ГБУЗ «Московский городской научно-практический центр борьбы с туберкулезом
Департамента здравоохранения города Москвы»

PNEUMONECTOMY IN TUBERCULOSIS PATIENTS – RESULTS, COMPLICATIONS AND THEIR TREATMENT

K.A. Bogdanov, G.V. Didenko

В ретроспективное исследование включены 296 пациентов, от 20 до 55 лет, 71,6% мужчин и 28,4% женщин, которым в 2002–2014 гг. были выполнены пневмонэктомии и плевромневмонэктомии по поводу фиброзно-кавернозного туберкулеза. I группу составили пациенты с односторонними процессами (76 чел., 25,7%), II группу – с двусторонними (220 чел., 74,3%). У 86 пациентов (29,1%) имели место бронхоплевральные осложнения – развитие эмпиемы с бронхиальным свищем или без него, замедленное образование фиброторакса. В исследуемых группах не выявлено достоверных различий по количеству осложнений в раннем и отдаленном послеоперационном периоде (27,6% и 29,5%), летальных исходов (1,3% и 1,4%), случаев прогрессирования туберкулеза в послеоперационном периоде (2,6% и 4,1%). Полученные данные указывают на возможность более широкого применения операции удаления легкого больным при двустороннем туберкулезе легких. Применение отсроченной торакопластики после пневмонэктомии позволяет сократить количество реконструктивных операций у этой группы больных в два раза.

Введение

Операции по удалению всего легкого при туберкулезе сопровождаются значительным количеством специфических осложнений (несостоятельностью культи главного бронха с формированием свища, эмпиемой остаточной плевральной полости) как в раннем, так и в отдаленном послеоперационном периоде. Частота таких осложнений, по данным разных авторов, колеблется от 5 до 30% [2, 4]. Поэтому тема профилактики и устранения этих осложнений остается до сих пор актуальной.

Цель исследования

Провести анализ влияния на развитие специфических осложнений распространенности туберкулезного процесса в легких, особенностей противотуберкулезной терапии в дооперационном и послеоперационном периодах. Сравнить различные методы коррекции осложнений (эмпиемы и бронхиального свища) после пневмонэктомии.

The retrospective study include 296 patients, 20–55 years old, 71,6% male and 28,4% female, which in 2002–2014 were surgically treated in occasion of the tuberculosis with fibrous lung cavities (pneumectomy or pleuropneumectomy were performed). The I groups patients had unilateral lung lesions (76 pts, 25,7%), the II (220 pts, 74,3%) – bilateral. In 86 patients (29,1%) the postoperative bronchopleural complications were obtained – the delayed fibrothorax formation and/or – empyema with or without bronchodular fistula. There were no significant difference between groups the number of complications in the early and remote postoperative period (27,6% and 29,5%), mortality rate (1,3% and 1,4%), the tuberculosis expanding in the postoperative period (2,6% and 4,1%). The obtained data indicate a possibility of broader application of surgical treatment by the patient at bilateral fibrous-cavernous tuberculosis of lungs. In time and according to indications the applied thoracoplasty after a pneumonektomiya twice reduces the number of reconstructive operations.

Материалы и методы исследования

В ретроспективном исследовании проанализированы результаты лечения 296 пациентов, которым в МНПЦ борьбы с туберкулезом в период с 2002 по 2014 гг. были выполнены пневмонэктомии и плевромневмонэктомии по поводу фиброзно-кавернозного туберкулеза. Возраст больных составлял от 20 до 55 лет, среди них было 212 (71,6%) мужчин и 84 (28,4%) женщины. Сроки лечения до операции составляли от 2 до 10 лет. Правосторонняя пневмонэктомия выполнена 116 пациентам (39,2%), левосторонняя – 180 (60,8%).

У 86 пациентов (29,1%) имели место бронхоплевральные осложнения – развитие эмпиемы с бронхиальным свищем или без него, замедленное образование фиброторакса.

Результаты исследования

Пациенты разделены на две группы в зависимости от распространенности процесса. I группа – односторонний процесс – 76 пневмонэктомий (25,7%), II группа – двусторонний процесс – 220 пневмонэктомий (74,3%). В I группе левосторонняя

Таблица. Результаты пневмонэктомий в двух группах больных

Группы больных	Количество пациентов		Количество пациентов с осложнениями		Число повторных операций	Количество умерших пациентов		Количество пациентов с прогрессированием туберкулеза	
	абс.	%	абс.	%		абс.	%	абс.	%
I	76	25,7	21	27,6	58	1	1,3	2	2,6
II	220	74,3	65	29,5	190	3	1,4	9	4,1
Всего	296	100,0	86	29,1	248	4	1,4	11	3,7

пневмонэктомия выполнена у 36 больных (47,4%), во II – у 144 больных (65,5%).

Анализ результатов лечения в исследуемых группах не показал достоверных различий по количеству осложнений в раннем и отдаленном послеоперационном периодах.

Осложнения (несостоятельность культи бронха с развитием эмпиемы остаточной плевральной полости) при одностороннем процессе в I группе наблюдались у 21 пациента (27,6%), во II группе – у 65 пациентов (29,5%), частота их достоверно не различалась ($p > 0,05$). Пациентам при указанных осложнениях выполняли по показаниям трансстернальную окклюзию бронха (у одного пациента), отсроченные торакопластики (65 операций), этапные торакомиопластики (48 операций), промежуточные этапные операции (дренирование плевральной полости, торакостомы и реторакостомы – всего 134 операции). В общей сложности выполнено 248 повторных операций.

Летальность в группах пациентов также достоверно не различалась: в I группе скончался один пациент (1,3%), во II группе – трое (1,4%). При динамическом наблюдении длительностью до двух лет после оперативного лечения прогрессирование туберкулеза в единственном легком зафиксировано лишь у двух больных в I группе (2,6%) и девяти больных во II группе (4,1%) (таблица).

При анализе частоты осложнений после пневмонэктомий по годам наблюдения (рисунок) следует принять во внимание, что для лечения больных туберкулезом с 2008 г. в клинике начато широкое применение фторхинолонов (левофлоксацин, моксифлоксацин), а с 2010 г. – линезолида [3], что могло сказаться как на числе послеоперационных осложнений, так и на количестве пациентов, нуждающихся в проведении пневмонэктомии.

Коррекция послеоперационных осложнений

У 86 больных (29,1%) в послеоперационном периоде отмечено либо замедленное формирование фиброторакса, либо эмпиема плевральной полости, а у 21 пациента (7,1% от общего числа оперированных или 24,4% от числа пациентов с осложнениями) имела место несостоятельность культи главного бронха. Эти осложнения являлись показаниями для хирургического вмешательства [1, 5].

В нашей клинике применяют две методики для ликвидации данных осложнений.

Первая методика – это вскрытие остаточной плевральной полости (торакостомия), открытая санация полости, а затем – этапные торакомиопластики, направленные на закрытие бронхиального свища и остаточной плевральной полости. Такая методика была применена у 21 пациента с подтвержденным бронхиальным свищем и эмпиемой остаточной плевральной полости. После многих этапных операций у всех больных удалось добиться стойкого заживления.

Вторая методика заключается в выполнении 7–8-реберной экстраплевральной торакопластики через 3–4 недели после пневмонэктомии. Показаниями для таких оперативных вмешательств являлась угроза развития эмпиемы. Критериями для определения этой угрозы являлись длительная обильная экссудация в остаточную плевральную полость и нарастание нейтрофилии в экссудате. Стойкий показатель нейтрофилов на уровне 90% являлся показанием для выполнения 7–8-реберной экстраплевральной торакопластики до развития клинических проявлений.

Показания к проведению профилактических торакопластик основывали на трех критериях:

1. Принцип Вагнера – для предотвращения прогрессирования процесса в единственном легком (профилактика перерастяжения легочной ткани).
2. Продолжительная экссудация в остаточной плевральной полости без тенденции к формированию фиброторакса.
3. Изменение клеточного состава экссудата с нарастанием нейтрофилов (до 90–100%).

Больных, отвечающих указанным критериям, было 65 чел. У 60 больных (92,3%) после торакопластики удалось добиться стойкого клинического эффекта. У пяти отмечено прогрессирование эмпиемы под торакопластикой и формирование бронхоплеврального свища, что потребовало дополнительного хирургического вмешательства в виде наложения торакостомы с последующими торакомиопластиками.

Одному больному была произведена трансстернальная трансперикардальная окклюзия культи бронха с последующей торакостомией и торакомиопластикой. Отмечен стойкий положительный результат.

Таким образом, после 296 выполненных пневмонэктомий в последующем потребовалось выполнить еще 248 реконструктивных оперативных вмешательств.

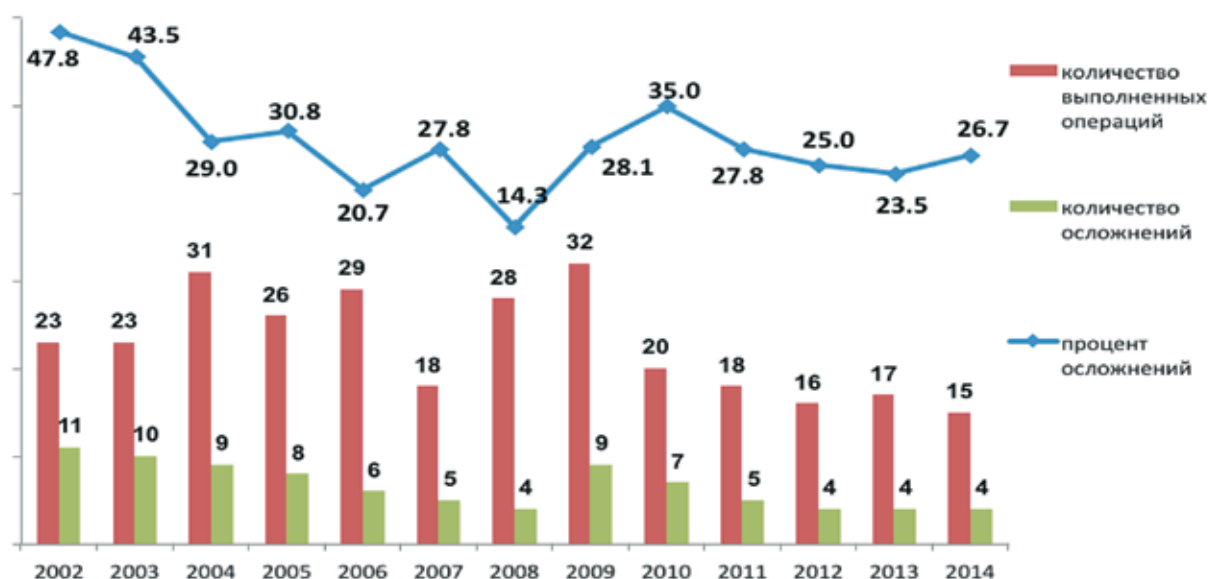


Рисунок. Число выполненных операций, число и процент осложнений с 2002 по 2014 гг.

Если сравнивать методики по количеству выполненных вторых операций, то получаются следующие результаты: при использовании первой методики у 21 пациента потребовалось выполнить еще 52 операции (в среднем – 2,5), тогда как при использовании второй методики у 65 пациентов выполнено 82 операции (в среднем – 1,26).

Использование отсроченной эстраплевральной 7–8-реберной торакопластики в ранние сроки после пневмонэктомии приводит к снижению количества осложнений и сокращает количество этапных оперативных вмешательств, однако при развитии несостоятельности культи главного бронха выбор остается за торакоостомией с последующей торакомиопластикой.

Выводы

Полученные данные указывают на возможность более широкого применения хирургического лечения у больных с двусторонним фиброзно-кавернозным туберкулезом легких.

Литература

1. Бисенков Л.Н., Биходжин Р.Ш. Профилактика и лечение первичной несостоятельности культи бронха после пневмонэктомии // Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. – 2007. – № 1. – С. 59–62.
2. Гиллер Д.Б., Мартель И.И., Имагожев Я.Г. и др. Резекция единственного легкого и пневмонэктомия после резекции противоположного легкого в лечении туберкулеза // Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. – № 9. – 2015. – С. 35–42.
3. Диденко Г.В., Иванушкина Т.Н., Борисов С.Е. Применение линезолида у больных фиброзно-кавернозным туберкулезом с множественной и широкой лекарственной устойчивостью возбудителя при операциях по удалению легкого // Туберкулез и социально значимые заболевания. – 2015. – № 3. – С. 55–56.
4. Наумов В.Н., Шайхаев А.Я., Токаев К.В. Хирургическая тактика в условиях современного течения туберкулеза легких // РМЖ. – 1998. – Т. 6. – № 17. – С. 1143–1145.
5. Паршин В.Д., Бирюков Ю.В., Гудовский Л.М., Григорьева С.П. Реторакотомия в торакальной хирургии // Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. – 2012. – № 5. – С. 4–9.

Сведения об авторах

Богданов Кирилл Аркадьевич – заведующий хирургическим отделением № 1 клиники № 1 ГБУЗ «Московский городской научно-практический центр борьбы с туберкулезом Департамента здравоохранения города Москвы», кандидат медицинских наук
Адрес: 107014, г. Москва, ул. Строммынка, д. 10
Тел. +7 (916) 181-67-69
e-mail: 9161816769@mail.ru

Диденко Геннадий Викторович – врач-торакальный хирург хирургического отделения № 1 клиники № 1 ГБУЗ «Московский городской научно-практический центр борьбы с туберкулезом Департамента здравоохранения города Москвы», кандидат медицинских наук
Адрес: 107014, г. Москва, ул. Строммынка, д. 10
Тел. +7 (910) 408-49-05
e-mail: g.didenko@bk.ru