

ОСТЕОПЛАСТИЧЕСКАЯ ТОРАКОМИОПЛАСТИКА, СОХРАНЯЮЩАЯ КАРКАСНОСТЬ ГРУДНОЙ СТЕНКИ, КАК ВАРИАНТ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ЭМПИЕМОЙ ОСТАТОЧНОЙ ПЛЕВРАЛЬНОЙ ПОЛОСТИ ПОСЛЕ ПНЕВМОНЭКТОМИИ

В.Н. Трусов, Е.В. Некрасов, Д.Р. Файзуллин, Г.И. Семенов

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

OSTEOPLASTIC THORACOMYOPLASTICS AS A VARIANT OF SURGICAL TREATMENT OF THE POST-PNEUMONECTOMES EMPYEMA, WHEN IT IS POSSIBLE TO PRESERVE THE SHELL OF THORAX

V.N. Trusov, E.V. Nekrasov, D.R. Faysullin, G.I. Semenov

На основании 5-летнего опыта выполнения пневмонэктомий с 2011 по 2015 год проанализированы варианты осложненного течения послеоперационного периода и способы борьбы с осложнениями. Прослежено 136 пневмонэктомий. Осложнения наблюдались в 30 случаях (22%). Основными осложнениями были эмпиема остаточной плевральной полости (ОПП), несостоятельность культи главного бронха (КГБ), иногда приводившая к формированию бронхиального свища. Существенно реже (в двух случаях) случались послеоперационные кровотечения, в одном случае наблюдался хилоторакс. В 28 случаях осложнений после пневмонэктомии выполняли повторные оперативные вмешательства, которые в двух случаях ограничивались реторакотомией. Основным же методом лечения была торакостомия с последующей торакомиопластикой или торакопластикой с дренированием ОПП. Большинство пациентов были оперированы по поводу туберкулеза легких, этим объясняется средний возраст оперированных пациентов – 30–35 лет. Для молодых пациентов, находящихся на этапе становления в социальном аспекте, немаловажным является не только сохранение жизни и здоровья, но и степень деформации грудной стенки, к которой неизбежно приводит 8–9-реберная торакопластика. Именно такая операция была выполнена 25 пациентам. Разработанный вариант остеопластической торакомиопластики позволяет существенно уменьшить деформацию грудной стенки и создать условия для ликвидации ОПП. За указанный период выполнена одна подобная операция и еще одна – в 2016 году. Рецидива эмпиемы не наблюдалось.

After 5-year experience of pneumonectomy (2011–2015), we have analyzed the cases of complicated postoperative period and the ways to do with complications. We have performed 136 pneumonectomies. Complications were registered in 30 cases (22%). The main complications were empyema of post-operative thoracic cavity, insolvency of the mane bronchial tubes suture, which in some cases formed a bronchial fistula. Post-operation bleeding was rare (two cases); there was one case of hylothorax. In 28 complicated cases of pneumonectomy, we had to re-operate the patients but there were only two cases when the rethoracotomy itself was enough. The main method of treatment was thoracostomy followed by thoracomyoplastics, or thoracoplastics with drainage of post-operative thoracic cavity. Most of the patients operated (average age 30–35 years) had TB. For the young people whose aim is to socialize in society it is very important not only to preserve life and health but to avoid the post-operative deformation of thorax caused by 8–9 ribs-thoracoplastics. This kind of operation performed in 25 cases. The new method of osteoplastic thoracomyoplastics makes it possible to minimize the defect of thorax and create the conditions for liquidation of the post-operative thoracic cavity. During the period described we have managed to perform one operation, one more was done in 2016 with no recidive of empyema.

Введение

Совершенствование хирургических методов, анестезиологического пособия, оптимизация ведения послеоперационного периода минимизировали число послеоперационных осложнений после пневмонэктомий, связанных с развитием несостоятельности шва главного бронха и возникновением эмпиемы остаточной плевральной полости (ОПП). В торакальной хирургии вне лечения туберкулеза легких основным осложнением является кровотечение [7]. Применение новых препаратов в лечении туберкулеза легких сделало хирургический этап лечения больного туберкулезом более поздним и тем самым сократило число операций при активном туберкулезном процессе, что также снизило количество послеоперационных осложнений. Однако при несостоятельности шва главного бронха создаются условия для развития эмпиемы плевры. Этапные травматичные операции, направленные на ликвидацию эмпиемы плевры, неминуемо сказываются на качестве жизни пациента, существенно ее ухудшая. До настоящего времени в практической медицине результаты лечения пациентов при их выписке из стационара оценивают по традиционным критериям: «выздоровление, с улучшением, без перемен, с ухудшением». Однако в настоящее время во всех разделах медицины уделяется большое внимание изучению качества жизни пациентов после различных способов лечения. По данной проблеме увеличивается количество публикаций в разных областях медицины, в том числе в хирургии [5].

Серьезность проблемы несостоятельности шва главного бронха побуждает авторов до сих пор искать пути совершенствования методик, направленных на создание наиболее благоприятных условий для заживления шва главного бронха [1]. Тем не менее достаточно высокая частота осложнений пневмонэктомии при туберкулезе побуждает искать новые оптимальные современные решения проблемы ликвидации эмпиемы ОПП. В этой связи многие авторы идут по пути миниинвазивных воздействий, зачастую имеющих достаточный эффект и предотвращающих необходимость применения

повторных травматичных вмешательств [6]. Однако в нашей практике за последние пять лет применение миниинвазивных методов воздействия при несостоятельности культи главного бронха имело временный эффект и служило лишь этапом лечения. В Новосибирском НИИ туберкулеза проведены научные исследования по коллапсохирургическому лечению пациентов с распространенным деструктивным туберкулезом легких, разработаны остеопластические торакопластики, которые наряду с хорошей эффективностью имеют менее выраженный косметический дефект по сравнению с субтотальными торакопластиками [2, 3, 4].

Цель исследования

Проанализировать значимость разработки нового варианта остеопластической торакомиопластики в лечении пациентов с осложненным течением после пневмонэктомий.

Материалы и методы исследования

В 2011–2015 гг. в клинике № 1 МНПЦ борьбы с туберкулезом выполнено 136 пневмонэктомий, из них по поводу туберкулеза – 102 (75,0%). Проведен анализ анамнестических данных, клинических и рентгенологических проявлений заболевания и осложнений, развившихся в послеоперационном периоде.

Результаты исследования и обсуждение

Послеоперационные осложнения имели место у 30 из 136 пациентов (22,1%), причем их частота варьировала в разные годы от 17 до 30%. Основным осложнением была эмпиема ОПП (17 случаев – 12,5% от числа оперированных больных и 56,7% от числа больных с осложнениями), у семи больных (5,1% и 23,3%, соответственно) развилась несостоятельность культи главного бронха, в трех случаях (2,2 и 10,0%, соответственно) сформировался бронхиальный свищ.

В 28 случаях осложнений после пневмонэктомии выполняли повторные оперативные вмешательства (рис. 1): в двух



Рис. 1. Повторные оперативные вмешательства у больных с осложнениями после пневмонэктомии

случаях выполнены реторакотомии, в 15 – торакопластика с последующей торакомиопластикой, в 11 случаях – торакопластика с дренированием ОПП. Большинство пациентов было оперировано по поводу туберкулеза легких, средний возраст оперированных пациентов – 30–35 лет.

Отличительной особенностью остеопластической торакопластики для ликвидации ОПП после пневмонэктомии является то, что резецируются ребра и их фрагменты, ответственные за каркас ОПП, вместе с ними удаляется стенка ОПП, но сохраняются фрагменты ребер, ответственные за сохранение каркаса грудной стенки. Важным моментом является сохранение лопатки на своем уровне и недопущение ее дислокации вовнутрь. С этой целью сохраняются задние фрагменты V-VI-VII ребер. Удаление I и II ребер целиком позволяет достичь хорошего коллапса купола ОПП, не вызывая выраженной деформации грудной стенки. От III и IV ребер важно сохранить передние отрезки, иначе передняя поверхность грудной стенки существенно деформируется. Боковые отрезки V-VI-VII ребер удаляют частично, если их удаление существенно для ликвидации каркаса полости. Следует отметить, что остеопластическая торакопластика для ликвидации ОПП после пневмонэктомии, как правило, выполняется после уже выполненных торакопластик и торакопластик, поэтому некоторые фрагменты ребер уже резецированы. При этом зачастую заднебоковые фрагменты IV-V-VI ребер на уровне пересечения оказываются сгруппированными в заднебоковом участке ОПП, образуя синостозы. В этой ситуации важным является удаление более глубоких фрагментов IV-V ребер с оставлением фрагмента VI ребра, который послужит боковым каркасом грудной стенки. В то же время каркас ОПП будет ликвидирован. Резекция задних отрезков VII-VIII ребер в случаях довольно низкого распространения ОПП в костодиафрагмальный синус не сказывается на развитии деформации грудной стенки, если лопатка остается на своем уровне. Очень важным является щадящее отношение к мышцам грудной стенки при выделении и резекции ребер. Из широчайшей мышцы спины выкраивается лоскут, который погружается в образовавшееся пространство после удаления стенок полости эмпиемы и подшивается к мобилизованному краю большой грудной мышцы. Подлопаточное пространство дренируется в течение суток, область ликвидированной полости эмпиемы – 5–7 суток. Фиксирующая повязка целесообразна в течение 2–4 недель.

Клиническое наблюдение

В качестве успешного применения остеопластической торакомиопластики для ликвидации ОПП у пациента после плевроневмонэктомии по поводу туберкулеза приводим клиническое наблюдение.

Пациент А., 33 лет, болен туберкулезом легких с апреля 2013 г., перенес плевроневмонэктомию по поводу фибрино-

кавернозного туберкулеза легких в фазе инфильтрации и обсеменения, МБТ+, широкая лекарственная устойчивость возбудителя.

Культия главного бронха сформирована с помощью механического шва аппаратом УДО-40 после прошивания мембранозной стенки. Культия главного бронха прошита максоном 3-0. Послеоперационный период осложнился эпизодом нестойкости культи правого главного бронха (ПГБ) на 13-е сутки после операции, в связи с чем была выполнена торакопластика (рис. 2а).

На начальном этапе санации ОПП, на фоне открытого ведения, бронхоплевральное сообщение ликвидировано, свищ культи ПГБ не развился, ОПП санирована, уменьшилась в размере (рис. 2б), существенно уменьшился вертикальный размер спереди ОПП за счет втяжения грудной стенки, в то время как верхнезадний размер ОПП существенно не изменился (рис. 2в).

19.11.2015 г. пациенту А. была выполнена остеопластическая верхне-задняя пятиреберная торакомиопластика справа, торакомиопластика дефекта грудной стенки. Послеоперационный период протекал без осложнений. Остававшаяся часть ОПП вели как после пневмонэктомии: в начале – по дренажу, далее – пункционным методом. В результате сформировался фиброторакс (рис. 2г). В итоге не развилась столь выраженная деформация грудной стенки, которая обычно бывает при выполнении торакомиопластики ОПП по стандартной методике (рис. 3).

В 2016 г. нами выполнена еще одна остеопластическая торакомиопластика ОПП после плевроневмонэктомии, которая также привела к образованию фиброторакса.

Таким образом, новым направлением в лечении пациентов с эмпиемой ОПП после пневмонэктомии становится операция остеопластической торакомиопластики с сохранением каркасности грудной стенки, которая относится к высокотехнологичным методам и позволяет, наряду с ликвидацией грозного, опасного для жизни пациента осложнения, сохранить шанс на большую социальную адаптацию пациента после этапного хирургического лечения.

Заключение

Использование техники остеопластической торакомиопластики с сохранением каркасности грудной стенки является новым перспективным вариантом ликвидации эмпиемы ОПП после пневмонэктомии и позволяет уменьшить косметический дефект по сравнению с традиционной субтотальной торакомиопластикой.

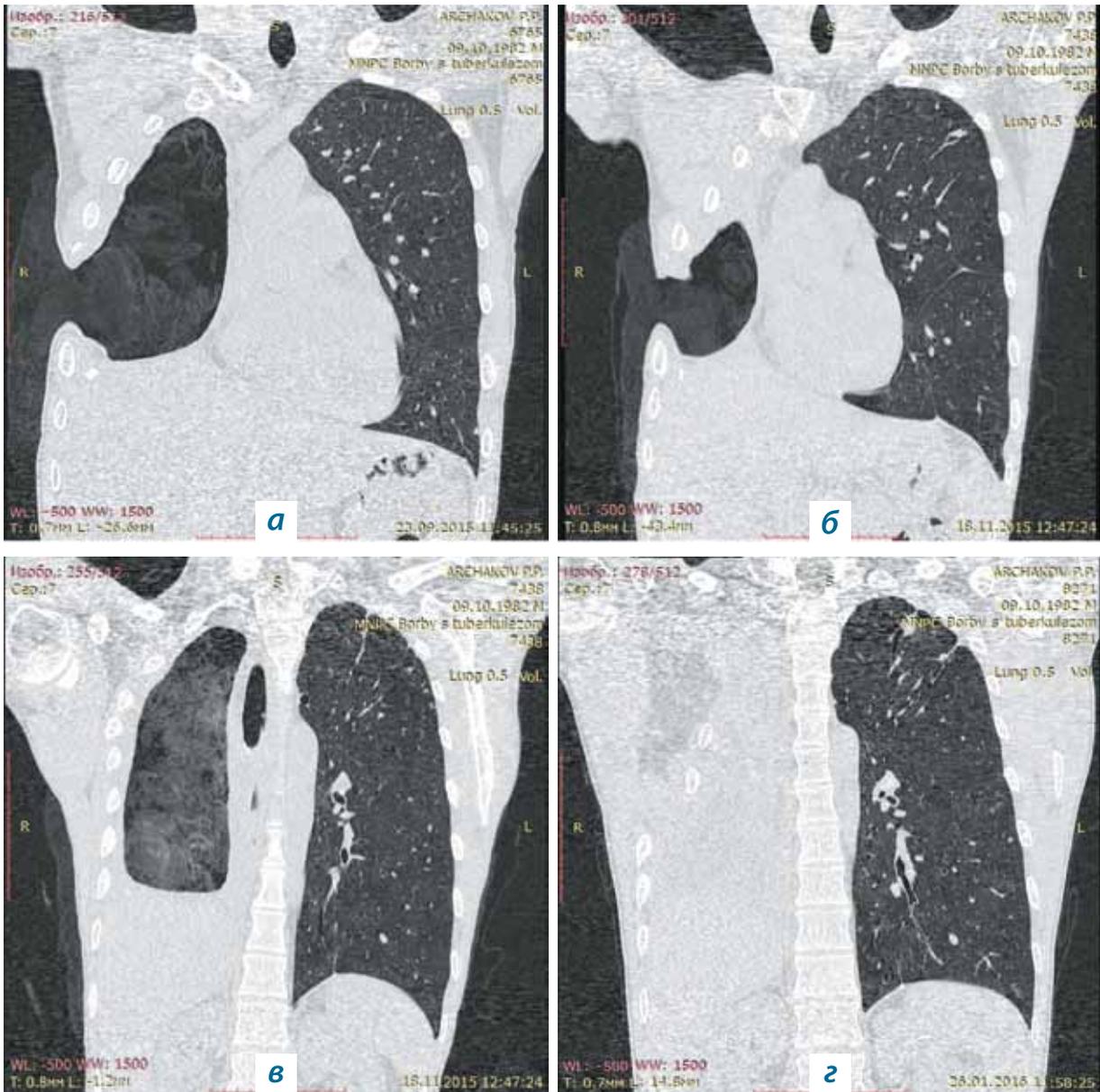


Рис. 2. Результаты компьютерной томографии органов грудной клетки пациента А. на этапах лечения: а – начальный этап санации (сформирована торакостома); б – через 8 недель санации (передний участок ОПП); в – через 8 недель санации (основной участок ОПП); г – результат лечения: формирование фиброторакса



Рис. 3. Внешний вид грудной клетки пациента А. в результате лечения

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. Краснов В.А. Лечение рецидивов туберкулеза легких. – Новосибирск, 1995. – 250 с.
3. Краснов В.А., Андренко А.А., Грищенко Н.Г. Хирургическое лечение фиброзно-кавернозного туберкулеза // Проблемы туберкулеза. – 2002. – № 3. – С. 25-27.
4. Краснов Д.В. Коллапсохирургия в лечении больных деструктивным туберкулезом легких с множественной лекарственной устойчивостью возбудителя: автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Новосибирск, 2006. – 25 с.
5. Осмонбекова Н.С., Курбанов Ф.С., Добровольский С.Р. Значение и методика анализа качества жизни хирургических больных // Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. 2012. – № 5. – С. 84-87.
6. Панкратенко О.А. Пункционные интервенционные радиологические методики в лечении послеоперационных хирургических осложнений в торакальной онкологии: автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 2006. – 22 с.
7. 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

Трусов Всеволод Николаевич – заведующий туберкулезным хирургическим отделением № 2 клиники № 1 ГБУЗ «Московский городской научно-практический центр борьбы с туберкулезом Департамента здравоохранения города Москвы», кандидат медицинских наук

Адрес: 107014, Москва, ул. Стромынка, д. 10
Тел.: + 7 (495) 603-30-93, + 7 (910) 422-76-41
e-mail: TRUSOVSEVOLOD@yandex.ru

Некрасов Евгений Викторович – врач-торакальный хирург хирургического отделения № 2 клиники № 1 ГБУЗ «Московский городской научно-практический центр борьбы с туберкулезом Департамента здравоохранения города Москвы», кандидат медицинских наук

Адрес: 107014, Москва, ул. Стромынка, д. 10
Тел. + 7 (495) 603-30-93
e-mail: evgen-74@yandex.ru

Файзуллин Денис Радмирович – врач-торакальный хирург хирургического отделения № 2 клиники № 1 ГБУЗ «Московский городской научно-практический центр борьбы с туберкулезом Департамента здравоохранения города Москвы», кандидат медицинских наук

Адрес: 107014, Москва, ул. Стромынка, д. 10
Тел. + 7 (495) 603-30-93
e-mail: Fdr1976@mail.ru

Семенов Геннадий Иванович – врач-торакальный хирург хирургического отделения № 2 клиники № 1 ГБУЗ «Московский городской научно-практический центр борьбы с туберкулезом Департамента здравоохранения города Москвы», кандидат медицинских наук

Адрес: 107014, Москва, ул. Стромынка, д. 10
Тел.: + 7 (495) 603-30-93, + 7 (916) 792-20-76