

Актуальные вопросы хирургии (мат-лы съезда). XV съезд хирургов РБ.
16-17.10 2014 г. С.318-319.

ЛЕЧЕБНАЯ ТАКТИКА ПРИ ТУБЕРКУЛЕЗНОМ ПИОПНЕВМОТОРАКСЕ.

Лаптев А.Н., Орлова И.В.

Белорусский государственный медицинский университет,
РНПЦ пульмонологии и фтизиатрии МЗ РБ.

Туберкулезный пиопневмоторакс – перфорация в плевральную полость туберкулезной каверны или казеозного очага с одномоментным развитием пневмоторакса и эмпиемы.

Данное осложнение является одним из наиболее грозных по своим последствиям и развивается обычно у больных с распространенным деструктивным туберкулезом легких.

При лечении туберкулезного пиопневмоторакса большинство хирургов в связи с распространенностью туберкулезного процесса, выраженностью функциональных нарушений и высокой вероятностью тяжелых интраоперационных и послеоперационных осложнений не применяют радикальные хирургические вмешательства резекционного типа, а также другие интраторакальные вмешательства. Хирургическое пособие ограничиваются дренированием плевральной полости. Такая тактика дает хороший эффект при гнойно-некротических деструктивных поражениях легких. Но при туберкулезном пиопневмотораксе данная тактика малоэффективна. Летальность при использовании консервативного и паллиативного хирургического (пункции и дренирование плевральной полости) методов лечения очень высокая и достигает 60%. Поэтому имеется насущная необходимость применения более эффективной тактики лечения.

Нами наблюдались 82 больных с туберкулезным пиопневмотораксом, вызванном перфорацией каверны (63 – 76,8%) или казеозного конгломерата (19 – 23,2%) в плевральную полость. В возрасте от 23 до 50 лет было 58 (70,7%) больных, от 51 до 67 лет – 24 (29,3%). Фиброзно-кавернозный туберкулез легких отмечен у 46 (56,1%), диссеминированный туберкулез – у 21 (25,6%), инфильтративный в фазе распада – у 15 (18,3%) больных. Во всех случаях туберкулез был двухсторонним. Деструктивный процесс во втором легком отмечался у 32 (39,0%) больных.

Противотуберкулезная терапия всем больным проводилась в соответствии с существующими принципами. Это же касается и проводимой заместительной, патогенетической и симптоматической терапии. В данной сообщении мы рассмотрим только особенности проведения хирургического пособия при туберкулезном пиопневмотораксе.

Своевременное направление больных в отделение легочной хирургии является крайне важным условием для успешной реализации эффективной хирургической тактики лечения. Оптимальными сроками госпитализации больных в отделение легочной хирургии являются 1 - 2 – 3 сутки после развития этого осложнения. К сожалению, данное условие выполняется далеко не всегда.

Лечение туберкулезного пиопневмоторакса при своевременной госпитализации больных в отделение легочной хирургии.

Только 34 (41,3%) больных были госпитализированы в отделение легочной хирургии в 1 – 3 сутки после возникновения пиопневмоторакса. В первые дни в клинических проявлениях преобладают признаки пневмоторакса в виде одышки, болей в груди. Проявления интоксикационного синдрома, связанные с инфицированием плевральной полости в первые 3-5 дней после возникновения пиопневмоторакса не резко выражены в связи с тем, что еще не сформировался морфологический субстрат эмпиемы. По этой же причине в плевральной полости не произошло накопления большого количества экссудата. Экссудат в первые дни имеет преимущественно серозный характер. На париетальном и висцеральном листках плевры еще отсутствуют фибриновые наслоения и легкое способно расправиться после его герметизации. В первые дни тяжелые функциональные нарушения со стороны сердечно-сосудистой и дыхательной системы, вызванные пиопневмотораксом, носят обратимый характер и исчезают при расправлении легкого.

Таким образом, в ранние сроки после развития этого грозного осложнения еще имеется возможность восстановить герметичность легкого, добиться расправления легкого и устранить осложнение за короткие сроки. Реализации этой цели мешает общее тяжелое состояние больного, распространенный, двухсторонний деструктивный туберкулезный процесс, выраженные дыхательные и гемодинамические функциональные нарушения. Но, как указывалось выше, эти функциональные нарушения в первые дни после развития осложнения носят обратимый характер, если герметизировать легкое и создать условия для его расправления. Поэтому при своевременной госпитализации трудно решаемую проблему «оперировать больного или воздержаться от операции» следует решать в пользу применения хирургического вмешательства. Однако, во избежание развития тяжелых послеоперационных осложнений, операция должна быть органосберегающей. В редких случаях, когда позволяет характер туберкулезного процесса, может быть применена операция резекционного типа в объеме не более лобэктомии.

Для решения этой цели в 1971 г. нами была разработана органосберегающая операция, которая включала следующие элементы:

1. Торакотомия и промывание инфицированной плевральной полости. Продолжительность - 20 минут.
2. Выделение легкого из сращений (экстраплевральное и интраплевральное), разделение междолевых шелей. На этом этапе категорически не допустимы микроповреждения легкого. Продолжительность – 60-90 минут.
3. Герметичное ушивание каверны или иссечение наружных стенок каверны с ушиванием дренирующих бронхов на протяжении (по разработанной методике). После этого этапа операции должна быть достигнута полная герметичность легкого, так как легкое должно быть расправлено немедленно после окончания операции и просачивание воздуха не допустимо. Продолжительность – 40-60 минут.
4. Производится удаление париетальной плевры. Этот этап операции необходим для того, чтобы создать условия для облитерации плевральной полости. Париетальная плевра, еще не вовлеченная в воспалительный процесс, удаляется без затруднений. Продолжительность – 10-20 минут.
5. Дренирование плевральной полости двумя дренажами, ушивание операционной раны. Продолжительность – 20 минут.

Общая продолжительность операции - 3 часа.

Из 34 больных, госпитализированных в первые дни после развития осложнения, у 3 больных двухсторонний остро прогрессирующий туберкулез исключал возможность проведения операции и достижения благоприятных результатов после хирургического вмешательства. В разные сроки после возникновения пиопневмоторакса у них наступил летальный исход.

У 31 (93,9%) больного удалось выполнить операцию в выше указанном объеме. Различные осложнения, возникшие у 14 (45,2%) больных, были устранены у 13, один больной умер в раннем послеоперационном периоде от острой сердечно-сосудистой недостаточности. Повторные коррегирующие хирургические вмешательства произведены были у 6 больных. Таким образом, планируемый результат (устранение пиопневмоторакса, расправление легкого) был достигнут у 30 (88,2%) больных. Через 1 – 1,5 месяца после операции эти больные были переведены в противотуберкулезные терапевтические отделения для продолжения химиотерапевтического лечения.

Лечение больных пиопневмотораксом при несвоевременной госпитализации в хирургическое отделение.

Несвоевременная госпитализация отмечена у 48 (58,7%) больных. К моменту направления в отделение легочной хирургии у больных сформировался морфологический субстрат хронической эмпиемы.

Висцеральная и париетальная плевра была утолщена и покрыта мощными наслоениями, воспалительный процесс перешел с плевры на внутригрудную фасцию и более глубокие слои грудной стенки. У всех больных выявлялись субкомпенсированные или декомпенсированные функциональные нарушения сердечно-сосудистой и дыхательной систем. Указанные морфологические и функциональные изменения исключали возможность применения хирургического вмешательства вышеуказанного органосберегающего типа. Основным препятствием к применению органосберегающей операции являлись массивные плотные плевральные наслоения и вовлечение в воспалительный процесс грудной стенки. Эти морфологические «накопления» в два раза удлинляли продолжительность операции, увеличивали интраоперационную кровопотерю, резко возрастала травматичность вмешательства, невозможным оказывалось достижение абсолютной герметичности легкого, без чего невозможно достижение главной задачи – расправление легкого на операционном столе сразу после окончания операции.

В данной группе больных хирургическое пособие осуществлялось в следующем объеме.

1. Всем 48 больным была дренирована плевральная полость. В течение 1 – 4 месяцев проводилась санация плевральной полости.

2. У 14 больных санация через дренажи оказалась малоэффективной и им была произведена торакостома (широкое раскрытие плевральной полости и санирование ее ежедневной тампонадой с использованием лечебных мазей).

На этапах санирования плевральной полости умерли 7 (14,6%) из 48 больных.

3. После успешной санации плевральной полости, достигнутой у 37 (77,1%) больных, возникала необходимость устранения свободной плевральной полости.

С этой целью 30 больным производилась 2 – 3-х этапная коррегирующая торакопластика.

У 7 больных с пиопневмотораксом и наличием множественных каверн в коллабированном легком произведена трансстернальная окклюзия главного бронха. Через 2 - 3 месяца после указанного хирургического вмешательства производилась плевропультонэктомия.

Через 1-2 месяца производилась торакопластика для устранения остаточной плевральной полости.

На данном этапе лечения тяжелые осложнения возникли у 17 больных из 37 прооперированных, из них умерли 4.

Таким образом, летальный исход в группе больных своевременно госпитализированных в отделение легочной хирургии отмечен у 4 (11,8%) из

34 больных. Летальный исход среди несвоевременно госпитализированных в отделение легочной хирургии отмечен у 11 (22,9%) из 48 больных.

Такое различие результатов связано с тем, что у своевременно госпитализированных отсутствует морфологический субстрат хронической эмпиемы и поэтому имеется возможность проведения органосберегающего хирургического вмешательства в объеме, приемлемом для пациента с туберкулезным пиопневмотораксом. При несвоевременной госпитализации у больных отмечается появление морфологического субстрата, при котором исключается возможность применения органосохраняющих операций. Радикальные операции большого объема у этих больных неприемлемы в связи с наличием тяжелых функциональных нарушений. Больные с туберкулезным пиопневмотораксом должны госпитализироваться в отделение легочной хирургии в первые три дня после возникновения этого осложнения.