
ВОЗМОЖНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ЭКСТРАПЛЕВРАЛЬНОЙ ПЛОМБИРОВКИ СИЛИКОНОВОЙ ПЛОМБОЙ ПРИ ЭТАПНОМ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ РАСПРОСТРАНЕННОГО ТУБЕРКУЛЕЗА ЛЕГКИХ

БАГИРОВ М. А., КРАСНИКОВА Е. В., АЛИЕВ В. К., ИБРИЕВ А. С.

POSSIBILITIES OF USING EXTRAPLEURAL PACKING WITH SILICON AT THE SURGICAL STAGE OF TREATMENT OF DISSEMINATED PULMONARY TUBERCULOSIS

BAGIROV M. A., KRASNIKOVA E. V., ALIEV V. K., IBRIEV A. S.

ФГБНУ «Центральный НИИ туберкулеза», г. Москва

Central Tuberculosis Research Institute, Moscow, RF

Среди больных с хронически текущим фиброзно-кавернозным туберкулезом легких есть пациенты, находящиеся на грани операбельности. Это случаи, когда процесс имеет двухстороннюю локализацию, причем одно легкое рентгенологически характеризуется как «разрушенное», а в другом имеются фиброзные каверны. Как правило, это больные со значительным снижением функциональных резервов вследствие значительного суммарного поражения легочной паренхимы. Единого мнения о тактике лечения таких больных не существует. Одни авторы предлагают выполнение этапных обширных резекционных вмешательств: резекцию на стороне наименьшего поражения, затем пневмонэктомию. Другие на первом этапе предлагали выполнять пневмонэктомию, а на втором – резекцию единственного легкого. Некоторые авторы, наряду с пневмонэктомией на стороне наименьшего поражения, выполняют торакопластику. Считаем, что такое этапное лечение сопряжено с большими функциональными потерями, травматично, увеличивает операционный риск, ухудшает качество жизни оперированных больных, а в случае торакопластики – сопровождается значительным косметическим дефектом.

Цель: изучить эффективность и безопасность этапного хирургического лечения больных распространенным туберкулезом легких с применением экстраплеврального пневмолиза силиконовой пломбой на стороне наименьшего поражения и плевропневмонэктомии на стороне «разрушенного легкого».

Материалы и методы. Используемая методика имеет предпочтения по функциональным и косметическим параметрам перед иными методиками, применяемыми у таких пациентов. Имеется два варианта последовательности операций. Вариант 1 (4 больных) – выполнение экстраплевральной пломбировки первым этапом, а плевропневмонэктомии – вторым, что позволяет ослабленным

больным постепенно адаптироваться к функциональным потерям. Вариант 2 (2 больных) – пломбировка плевральной полости силиконовой пломбой выполняется вторым этапом на единственном легком: производится при осложненном течении процесса в разрушенном легком, например возникновении кровотечения, когда по жизненным показаниям необходимо в первую очередь выполнить пневмонэктомию.

Результаты. У всех 6 больных констатировано успешное завершение этапного хирургического лечения, в результате которого было достигнуто: абациллирование – у всех больных, ликвидация всех полостей распада за счет пневмонэктомии и в единственном легком за счет компрессии силиконовой пломбой – у всех больных. Все пациенты отмечали хорошее самочувствие, отсутствие интоксикации, одышка возникала только при выраженной физической нагрузке, отсутствовал косметический дефект в виде деформации грудной клетки.

Выводы.

1. Этапное хирургическое лечение больных распространенным лекарственно-устойчивым фиброзно-кавернозным туберкулезом с применением пневмонэктомии на стороне разрушенного лёгкого может быть эффективно при выполнении экстраплеврального пневмолиза с пломбировкой силиконом на стороне наименьшего поражения как на первом, так и на втором этапах лечения.

2. При осложнениях со стороны разрушенного легкого (например, при рецидивирующем кровотечении 1-й степени) на первом этапе хирургического лечения показано выполнение плевропневмонэктомии. Экстраплевральный пневмолиз с пломбировкой выполняется вторым этапом.

3. Соблюдение сроков между этапными операциями позволяют больным адаптироваться к их выполнению, достигая компенсации функциональных показателей.