

ПУЛЬМОНЭКТОМИЯ ПРИ ЛЕГОЧНОМ КРОВОТЕЧЕНИИ У БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ

Т.М.КАРИЕВ, С.П.АБУЛКАСИМОВ, А.А.ИРГАШОВ

Pulmonectomy at lung bleeding at patients with tuberculosis

T.M.Kariev, S.P.Abulkasimov, A.A.Irgashov

РСНПМЦ фтизиатрии и пульмонологии

Легочное кровотечение и рецидивирующее кровохарканье при распространенном фиброзно-кавернозном туберкулезе является тяжелым и грозным осложнением, угрожающим жизни больных. Терапевтическое лечение этого осложнения недостаточно эффективно или оказывает лишь временный эффект. Одним из основных методов лечения, который надежно избавляет больных от легочного кровотечения и распространенного туберкулеза легких, является пульмонэктомия. Наиболее эффективна (89,3%) пульмонэктомия, выполненная после стойкой остановки легочного кровотечения. В промежутке времени между легочным кровотечением или на его высоте эффективность пульмонэктомии снижается соответственно до 66,7 и 52,6%.

Ключевые слова: туберкулез легких, легочное кровотечение, хирургическое лечение, пульмонэктомия

Lung bleeding and bloody cough are severe complications of fibrous-cavernous tuberculosis. The conservative treatment of this disease is insufficient, or temporally. Pulmonectomy is one of the main methods of prevention of lung bleeding due tuberculosis. Most high efficacy (89,3%) was obtained in pulmonectomy after stable bleeding stop. In the period of time between lung bleeding or its high point the efficacy of pulmonectomy decreases up to 66,7% end 52,6%, respectively.

Key-words: tuberculosis, lung bleeding, surgical treatment, pulmonectomy

Легочное кровотечение при деструктивном туберкулезе легких - одно из опасных осложнений, которое нередко представляет угрозу жизни больных. Частота этого осложнения при различных формах легочного туберкулеза варьирует от 5,2 до 6,5%, при фиброзно-кавернозном туберкулезе достигает 31,7%, а массивные и опасные профузные легочные кровотечения встречаются в 8-12% случаев [3,4,6].

В патогенезе легочных кровотечений и рецидивирующих кровохарканий при легочной патологии важная роль принадлежит гипертензии малого круга, обусловленной хроническим фиброзно-цирротическим процессом в легочной ткани и в системе легочной артерии, особенно бронхиального кровоснабжения, с формированием аневризматических расширений и венозно-артериальных свищей [1,5].

Рациональный выбор лечебной тактики при легочном кровотечении и рецидивирующем кровохарканье у больных туберкулезом остается актуальной проблемой, которая требует окончательного решения. Так, комплексное терапевтическое лечение (гемостатическая, гипотензивная, трансфузионная терапия с использованием белковых препаратов, синтетических кровезаменителей, по показаниям - свежеприготовленной одногруппной крови и др.) при легочных кровотечениях не эффективно или оказывает временный клинический эффект. При

этом летальность достигает 75-85% [1,3-5]. Наиболее обоснованным целесообразным методом лечения легочных кровотечений при деструктивном туберкулезе, несмотря на высокий оперативный риск из-за тяжести состояния больных, следует признать хирургический [1,2,5,7]. Улучшение результатов хирургического лечения легочных кровотечений зависит от своевременного определения показаний, совершенствования методики операции, обеспечения анестезиологической безопасности и полноценной послеоперационной комплексной терапии.

Материал и методы

Под нашим наблюдением находились 143 (28,8%) больных туберкулезом легких, которым выполнена пульмонэктомия по поводу легочного кровотечения. Всего же пульмонэктомия по поводу распространенного и осложненного фиброзно-кавернозного туберкулеза произведена 497 пациентам. Мужчин было 98, женщин 45, 107 (74,8%) были в молодом возрасте от 20 до 30 лет.

Продолжительность легочного туберкулеза у 26 (18,2%) больных составляла 2 года, у 77 (53,8%) - от 2 до 5 лет, у 40 (28,0%) - более 5 лет. В течение этого времени больные неоднократно получали химиотерапию без эффекта.

Подробное изучение анамнеза показало, что рецидивирующее кровохарканье в течение последних 6-12 месяцев наблюдалось у 91 больного,

а неоднократное легочное кровотечение - у 52. По классификации М.И.Перельмана (2007) малые кровотечения (до 100 мл) наблюдались у 91 больного, средние (до 500 мл) - у 44, большие или профузные кровотечения (свыше 500 мл) - у 8. В мокроте микобактерии туберкулеза обнаружены у 97 (67,8%) больных, из них у 68 (70,1%) - устойчивые формы. Устойчивость к 1 химиопрепарату (стрептомицину) обнаружена у 4 (5,9%) больных, к 2 (изониазиду, стрептомицину) - у 21 (30,9%), 3 и более (изониазиду, рифампицину, стрептомицину, этамбутолу) - у 43 (63,2%). Устойчивость микобактерий туберкулеза к лекарственным препаратам значительно ограничивала терапевтические возможности и служила одной из существенных причин неэффективности предшествующей противотуберкулезной химиотерапии.

На основании рентгенологического исследования грудной клетки (обзорная и боковая рентгенография, томография на разных уровнях) распространенный фиброзно-кавернозный туберкулез диагностирован у всех 143 больных. На стороне доминирующего легочного поражения одна фиброзная каверна размером от 4 до 6 см в диаметре с очаговой диссеминацией и фиброзно-цирротической трансформацией легочной ткани установлена у 41 (28,7%) больного, множественные фиброзные каверны разных размеров (от 1,5 до 7 см) - у 54 (37,8%), большие и гигантские каверны диаметром более 10 см - у 48 (33,5%). Распространенный характер легочного процесса, обусловленный наличием фиброзных каверн, очаговых и фиброзно-цирротических изменений в легочной ткани, служил причиной анатомической и функциональной неполноценности пораженного легкого. У 15 (10,5%) из 143 больных деструктивный туберкулез выявлен в противоположном менее пораженном легком, из них очаговый с распадом - у 8, инфильтративный с распадом - у 2, туберкулема с распадом - у 1, кавернозный туберкулез - у 4.

Результаты и обсуждение

После госпитализации на основании результатов клинико-рентгенологического обследования тяжести болезни оценивалась как тяжелая и среднетяжелая за счет выраженной туберкулезной интоксикации организма, полиморфизма общей и бронхолегочной симптоматики (общая слабость, плохой аппетит, повышение температуры тела, кашель с выделением слизисто-гнойной мокроты с прожилками свежей крови или ее сгустков, одышка, боли в грудной клетке). У 52 больных отмечался дефицит массы тела до 20 кг, у 62 имелись значительные изменения в гемограмме (анемия, сдвиг лейкоцитарной формулы влево, высокая СОЭ). Высокая температурная реакция была связана как с активной фазой туберкулезного процесса, так и с присоеди-

нившейся аспирационной пневмонией.

Непосредственно после госпитализации в клинику до выполнения пулмонэктомии всем больным проводилась интенсивная противотуберкулезная терапия 4-5 противотуберкулезными препаратами основного (изониазид, рифампицин, этамбутол, пиразинамид, стрептомицин) и резервного ряда (капреомпицин, офлоксацин, протионамид) и неспецифическая антибиотикотерапия (цефалоспорины, макролиды) с целью стабилизации легочного процесса. Важной составной частью предоперационной подготовки была интенсивная гемостатическая терапия, которая включала: 1) гипотензивные средства для снижения артериального давления и гипертензии малого круга кровообращения, 2) препараты, повышающие активность показателей свертывающей системы крови (по показаниям гемотрансфузия свежезаготовленной одноклассной крови или прямое переливание крови, внутривенное введение белковых препаратов - фибриногена, сухой и замороженной плазмы), 3) препараты снижающие активность антисвертывающей и фибринолитической систем (внутривенное введение 5% аминокaproновой кислоты, 10% хлорида натрия, дицинона, тремина). В качестве общеукрепляющих назначались витамины группы В и С, 40% глюкоза, сердечно-сосудистая терапия. Комплексная терапия сочеталась с применением пневмоперитонеума.

Интенсивное комплексное лечение способствовало остановке легочного кровотечения и рецидивующего кровохарканья у 112 из 143 больных. У 31 больного полностью купировать легочное кровотечение и кровохарканье не удалось. Хирургическая тактика зависела от общего состояния больных, продолжительности, интенсивности легочного кровотечения и гемостатического эффекта, от проведенного терапевтического лечения. При продолжающемся легочном кровотечении пулмонэктомия выполнена 19 больным, в «светлом» периоде после временной остановки легочного кровотечения - 12, после стойкой остановки кровотечения - 112.

Все операции осуществлялись под эндотрахеальным обезболиванием с искусственной вентиляцией легких. У 19 больных, оперированных на высоте легочного кровотечения, проведена раздельная интубация правого или левого главного бронхов двухпросветной трубкой Кларенса. Это способствовало максимальной защите дыхательных путей контралатерального здорового легкого от затекания мокроты и крови и служило профилактикой развития послеоперационной пневмонии, ателектаза и дыхательной недостаточности. В ходе операции из пораженного легкого проводилась постоянная аспирация бронхиального секрета. У 12 больных, оперированных в «светлом» промежутке между

легочным кровотечением, и у 112 больных после стойкой остановки кровотечения интубация трахеи проводилась однопросветной трубкой, а в ходе операции осуществлялась постоянная аспирация и санация трахеобронхиальных путей.

Правосторонняя пульмонэктомия выполнена у 65 (45,5%) больных, левосторонняя – у 78 (54,5%). Переднебоковой доступ использован у 87 (60,8%), заднебоковой – у 56 (39,2%) пациентов. Главный бронх и магистральные артериальные и венозные сосуды корня легкого обработаны раздельно у 105 (73,4%) больных с ушиванием главного бронха механическим швом, а легочных сосудов – циркулярной и прошивной лигатурой. Из-за тяжести общего состояния, значительной операционной кровопотери и необходимости быстрого окончания операции у 15 больных бронхосудистые элементы корня легкого ушиты механическим швом в едином блоке. У 23 больных верхняя и нижняя легочные вены лигированы и прошиты раздельно узловыми синтетическими швами, а главный бронх и легочная артерия ушиты вместе механическим швом.

В послеоперационном периоде бронхиальный свищ и эмпиема плевры возникли у 19 больных, эмпиема плевры без свища – у 5, острая легочно-сердечная недостаточность – у 6, ДВС-синдром – у 1, прогрессирование туберкулезного процесса в единственном легком наблюдалось у 5. Осложнения ликвидированы у 16 из 36 больных, в том числе консервативно (тщательная пункционная аспирация и санация инфицированной плевральной полости, интенсивная антибиотикотерапия, сердечно-сосудистая терапия, ингаляции кислорода) у 10 больных и повторными операциями – у 6 (реампутация культи главного бронха – у 3, торакомиопластика остаточной плевральной полости – у 3).

Хороший клинический эффект после пульмонэктомии достигнут у 118 (82,5%) больных, удовлетворительный результат получен – у 3 (2,1%), неудовлетворительный – у 4 (2,8%). После операции умерли 18 (12,6%) больных: от прогрессирования легочно-сердечной недостаточности – 6, бронхиального свища и эмпиемы плевры – 8, гнойной интоксикации организма – 4.

После стойкой остановки легочного кровотечения хорошие результаты наблюдались у 100 (89,3%) из 112 больных. При выполнении пульмонэктомии в «светлом» промежутке между легочным кровотечением хороший эффект получен у 66,7%, а на высоте легочного кровотечения – только у 52,6% оперированных.

Заключение

Легочное кровотечение и рецидивирующее кровохарканье при распространенном фиброзно-кавернозном туберкулезе является тяжелым и

грозным осложнением, угрожающим жизни больных. Терапевтическое лечение этого осложнения недостаточно эффективно или оказывает лишь временный эффект. Одним из основных методов лечения, который надежно избавляет больных от легочного кровотечения и распространенного туберкулеза легких, является пульмонэктомия. Наиболее эффективна (89,3%) пульмонэктомия, выполненная после стойкой остановки легочного кровотечения. В промежутке времени между легочным кровотечением или на его высоте эффективность пульмонэктомии снижается соответственно до 66,7 и 52,6%. Пульмонэктомию при легочном кровотечении необходимо выполнять в специализированном легочно-хирургическом отделении, что обеспечивает максимальную безопасность операции и снижает хирургический риск.

ЛИТЕРАТУРА

1. Киргинцев А.Г. Тактика хирургического лечения больных с легочным кровотечением. Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. М 2002; 35.
2. Перельман М.И., Наумов В.Н., Добкин В.Г. и др. Показания к хирургическому лечению больных туберкулезом легких. Пробл туб 2002; 2: 51–55.
3. Левашов Ю.Н., Ю.М. Репин. Руководство по легочному и внелегочному туберкулезу. СПб 2006; 514.
4. Убайдуллаев А.М. Сил касаллиги (қўлланма). Тошкент 2009; 606.
5. Фомичева Н.И. Легочные кровотечения и кровохарканья у больных туберкулезом (Частота, патогенез, диагностика, лечение). Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. Киев 1988; 34.
6. Фтизиатрия. Национальное руководство. Под ред. М.И.Перельмана. М 2007; 506.
7. Худзик Л.Б. Легочные кровотечения и неотложная помощь. Пробл туб 1997; 5: 48–51.

СИЛ КАСАЛЛАРИДА ЎПКАДАН ҚОН КЕТИШДА ПУЛЬМОНЭКТОМИЯ

Кариев Т.М., Абулкасимов С.П., Иргашов А.А.
Фтизиатрия ва пульмонология РИИАТМ

Фиброз-кавакли сил билан оғриган 143 беморда ўпкадан қон кетишда пульмонэктомия бажарилган. Пульмонэктомия ўпкадан қон кетиши узил-кесил тўхтагач қилинганда 89,3%, қон кетиш вақтинчалик тўхтаган “ёруғ” даврда қилинганда 66,7%, қон кетаётган даврда бажарилганда 52,6% да яхши самара олинди.

Контакт: проф. Кариев Тулкин Мукситович
РСНПМЦ фтизиатрии и пульмонологии
100086, Ташкент, ул. Ш.А.Алимова,
Тел: 278-04-70