

УДК 616.25-002.53-089-06:616.26-001-084

©І. Т. П'ятночка, С. І. Корнага, Ю. В. Довбуш, В. Е. Цибуляк, М. В. Саноцька
ДВНЗ "Тернопільський державний медичний університет імені І. Я. Горбачевського"**ПОПЕРЕДЖЕННЯ ПОШКОДЖЕННЯ ДІАФРАГМИ ПРИ ХІРУРГІЧНОМУ ЛІКУВАННІ ТУБЕМПІЄМИ**

ПОПЕРЕДЖЕННЯ ПОШКОДЖЕННЯ ДІАФРАГМИ ПРИ ХІРУРГІЧНОМУ ЛІКУВАННІ ТУБЕМПІЄМИ – Додаткова торакотомія (розріз до 4 см) в проекції заднього синуса дає змогу якісно відсепарувати з нижнього синуса емпіємний мішок і запобігти пошкодженню діафрагми.

ПРЕДУПРЕЖДЕНИЕ ПОВРЕЖДЕНИЯ ДИАФРАГМЫ ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ТУБЭМПИЕМЫ – Дополнительная торакотомия (разрез до 4 см) в проекции заднего синуса позволяет качественно отсепарировать с нижнего синуса эмпиёмный мешок и предотвратить повреждение диафрагмы.

WARNING OF DIAPHRAGM DAMAGE AT SURGICAL TREATMENT OF TUBEMPIYEMA – Additional thoracotomy (incision to 4 cm) in the projection of back sine gives an opportunity qualitatively separate from a lower sine a empiёмnyu sack and to prevent the damage of diaphragm.

Ключові слова: туберкульоз, тубемпієма, хірургічне лікування.

Ключевые слова: туберкулез, тубэмпиема, хирургическое лечение.

Key words: tuberculosis, tubempiema, surgical treatment.

ВСТУП Емпієма плеври – це специфічне обмежене або дифузне запалення вісцеральної та парієтальної плеври з наявністю гною в плевральній порожнині, з тривалим перебігом, інтоксикацією і часто – легенево-серцевою недостатністю. Туберкульозна емпієма плеври виникає як ускладнення ексудативного плевриту, спонтанного пневмотораксу, але частіше – в результаті перфорації субплеврально розташованого вогнища чи каверни. Хронічна емпієма плеври є однією з найчастіших причин розвитку так званого фіксованого колапсу легені, що призводить до хронізації процесу, зниження функції колабованої легені аж до повної втрати. Клінічна картина захворювання у більшості хворих характеризується вираженою інтоксикацією: високою температурою, нічною пітливістю, слабкістю, блідістю шкірних покривів, зниженням маси тіла, тахікардією, задишкою, кашлем, болем у грудній клітці. В крові нерідко спостерігається значно прискорена ШОЕ, лімфопенія, нейтрофільний зсув формули вліво, помірний або високий лейкоцитоз.

Хронічна тубемпієма плеври характеризується хвилеподібним перебігом, проте інколи може перебігати і без вираженої симптоматики, тобто з «холодним» перебігом. Торакоскопічна картина: плевра значно потовщена внаслідок запального, некротично-казеозного процесу, розвитку специфічної грануляційної тканини і злук між плевральними листками, наявний мутний гнійний ексудат. Згодом розвивається склероз і гіаліноз плевральних листків, внаслідок чого вона потовщується, інколи до 2–3 см. Функція плеври втрачається. Хіміорезистентність мікобактерій туберкульозу виявляють у 42,6 % хворих [1].

В останні роки спостерігається тенденція до збільшення кількості хворих з деструктивним туберкульозом легень і емпіємою плеври. У зв'язку з цим необхідно вдосконалювати більш ранні терміни діаг-

ностики та адекватні хірургічні втручання ще до розвитку незворотних змін (декомпенсації) в інших органах і системах організму [2]. Свіжі неускладнені тубемпієми лікують за загальною схемою хіміотерапії [3], з постійною активною аспірацією гною з плевральної порожнини і наступним її промиванням антисептиками. При відсутності позитивного ефекту проводять операційні втручання: декортікацію легені з плевректомією, резекції легені з плевректомією тощо.

Звичайно такі операційні втручання є тяжкими, травматичними і вимагають від хірурга достеменно знання топографічної анатомії грудної клітки і патологічних змін, що настають внаслідок емпієми плеври [4, 5]. Під час операції можливі різні ускладнення, а саме: шок, кровотеча, параліч купола діафрагми (при пошкодженні діафрагмального нерва), ураження пограничного стовбура симпатичного нерва (синдром Горнера), пошкодження (розрив) діафрагми з відповідними негативними наслідками.

Метою роботи є запобігання пошкодженню діафрагми при хірургічному лікуванні тубемпієми.

МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ Проведено аналіз результатів хірургічного лікування тубемпієми у 36 пацієнтів, які перебували на лікуванні у фтизіо-хірургічному відділенні Тернопільського обласного протитуберкульозного диспансеру в 2010–2014 роках. Запобігання пошкодженню діафрагми проводилося шляхом додаткового торакотомічного розрізу (до 4 см) в проекції заднього синуса, що дозволяло повноцінно відсепарувати емпіємний мішок від діафрагми без її пошкодження.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕНЬ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ Загальним принципом лікування хворих із хронічною тубемпіємою є сучасна хіміотерапія специфічного процесу в плевральній порожнині й експансія колабованої легені, тобто ліквідація залишкової плевральної порожнини. Ідеальною операцією до цього часу вважається "класична" плевректомія з декортікацією легені без вскриття емпіємного мішка, хоч це не завжди вдається. Для цього проводять широкий розріз грудної стінки до плеври, потім в межах порожнини відсепаровують парієтальну плевру від грудної стінки і середостіння, а вісцеральну – від легені. При цьому виникають значні труднощі при виділенні емпіємного мішка, зокрема в задньому синусі. Оскільки плевральні листки значно щільніші від діафрагми, її легко можна пошкодити. До того ж, з типового розрізу дуже важко оглянути та дійти будь-яким ригідним інструментом до заднього синуса. У зв'язку з цим в останні 4 роки ми проводили додаткову торакотомію (в 9 пацієнтів) у проекції заднього синуса довжиною до 4 см. Через цей розріз вводили ножиці й відсепаровували з нижнього синуса емпіємний мішок, запобігаючи розриву діафрагми.

За останні чотири роки у фтизіо-хірургічному відділенні було прооперовано 36 хворих з приводу тубемпієми. Чоловіків було 30, жінок – 6. Вік пацієнтів від 26 до 62 років, зокрема середній вік хворих чо-

ловічої статі становив 46, жіночої – 35 років. Мешканців села було 23, міста – 13 осіб. Причинами емпієми плеври у 21 (58,3 %) хворого були нагноєння плевральної порожнини при хронічному деструктивному туберкульозі легень, у 8 (22,2 %) – вперше виявлені деструктивні форми й у 7 (19,4 %) – тубплеврит. Мікобактерії туберкульозу були у 31 (86,1 %) пацієнта, в тому числі в 14 (45,2 %) – мультирезистентні.

Після 2–3-місячної неефективної хіміотерапії та дренивання порожнини емпієми плеври виконано такі операційні втручання: декортикації легень з плевректомією – у 13, резекції легень з плевректомією – у 22 і пневмонектомію з плевректомією – в 1 хворого. У 9 пацієнтів проведено додаткову торакотомію в проекції заднього синуса, що дозволило якісно відсепарувати емпіємний мішок без пошкодження діафрагми. Загалом, у всіх 36 прооперованих хворих досягнуто позитивний результат.

Зауважимо, що із 37 операційних втручань з приводу тубемпієми, проведених в минулі роки (з 1990 до 2009 року), пошкодження діафрагми спостерігалося у 3 пацієнтів. Післяопераційну летальність констатовано в 2 випадках.

Отже, на підставі проведеного аналізу слід відмітити, що тубемпієми в останні роки значно почастишали і, що в окремих випадках, при утрудненому виділенні емпіємного мішка в ділянці синуса, слід проводити додаткову торакотомію. Це дозволяє якісно відсепарувати плевру від діафрагми без її пошкодження.

ВИСНОВКИ 1. Рання діагностика туберкульозної емпієми плеври і її адекватне лікування є основним шляхом запобігання переходу в хронічну форму.

2. Додаткова торакотомія у ділянці заднього синуса дозволяє більш якісно виділити емпіємний мішок без пошкодження діафрагми.

Перспективи подальших досліджень полягають у вивченні віддалених результатів операційного лікування тубемпієм з огляду на мультирезистентність, а також функціональний стан легенево-серцевої системи.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Емпієма плеври: концептуальний підхід та принципи лікування / С. Ф. Кошак, О. В. Бялик, О. Я. Ладний [та ін.] : матеріали V Українсько-Польської науково-практичної конференції, присвяченої 100-річчю торакохірургії. – Львів–Вроцлав, 2006. – С. 38–45.
2. Хірургічне лікування туберкульозу легень в умовах сучасної епідемії / О. А. Невзгода, О. Я. Ладний, М. В. Секела [та ін.] : матеріали V Українсько-Польської науково-практичної конференції, присвяченої 100-річчю торакохірургії. – Львів–Вроцлав, 2006. – С. 258–261.
3. Дужий І. Д. Труднощі діагностики хвороб плеври: монографія / І. Д. Дужий. – Суми : Мрія, 2007. – 560 с.
4. Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги. – Туберкульоз. – 2012. – 171 с.
5. Molnar T.F. Current surgical treatment of thoracic empyema in adults / T. F. Molnar // Eur. J. Cardiothorac. Surg. – 2007. – Vol. 32. – P. 422–430.

Отримано 28.10.14