

ТАКТИКА И ТЕХНИКА МЕДИАСТИНАЛЬНОЙ ЛИМФАДЕНЭКТОМИИ ПРИ ОПЕРАЦИЯХ ПО ПОВОДУ РАСПРОСТРАНЕННОГО ДЕСТРУКТИВНОГО ТУБЕРКУЛЕЗА ЛЕГКИХ

*Д.Б. Гиллер, А.В. Папков, Г.В. Гиллер, С.С. Садовникова,
А.В. Волынкин, Б.М. Асанов, А.А. Глотов, И.И. Мартель*

ГУ Центральный НИИ туберкулеза РАМН Москва

В статье анализированы результаты хирургического лечения 515 больных, оперированных по поводу распространенного деструктивного туберкулеза легких. Установлено, что применение оригинальной тактики и техники медиастинальной лимфаденэктомии позволило существенно улучшить результаты хирургического лечения распространенного деструктивного туберкулеза.

Ключевые слова: деструктивный туберкулез легких, медиастинальная лимфаденэктомия.

На основании выявления медиастинита и активного туберкулеза медиастинальных лимфатических узлов у больных умерших от бронхоплеврального свища и эмпиемы плевры мы выдвинули гипотезу о прогрессировании туберкулеза в оставшихся патологически измененных медиастинальных лимфатических узлах в послеоперационном периоде, что способствует замедлению репаративных процессов в зоне бронхиальной культуры, инфицированию средостенной раны и плевральной полости, тем самым увеличивая риск бронхоплевральных осложнений и послеоперационных рецидивов. Наиболее распространена сегодня медиастинальная лимфаденэктомия в лечении рака легкого, при этом её обязательным элементом является удаление медиастинальной плевры, лимфатических узлов и клетчатки средостения единым блоком с пораженным легким [2]. Медиастинальная лимфаденэктомия как стандартный элемент хирургического лечения распространенного туберкулеза легких не принята и выполняется при вторичном туберкулезе исключительно редко. Показаниями при этом являются казеозное расплавление лимфатических узлов, сдавление трахеи, бронхов или пищевода, бронхолитиаз или бронхонодулярные свищи [1, 3].

Целью нашего исследования было повышение эффективности хирургического лечения больных распространенным деструктивным туберкулезом легких путем разработки и внедрения тактики и техники медиастинальной лимфаденэктомии при туберкулезном поражении ВГЛУ.

Материалы и методы

Были изучены результаты хирургического лечения у 515 больных, оперированных в ЦНИИТ РАМН с 2000 по 2006гг по поводу распространенного (3 и более сегмента) фиброзно-кавернозного туберкулеза и казеозной пневмонии, которых мы разделили на 2 клинические группы.

В основную группу вошли 274 пациента, которым при операциях выполняли удаление макроскопически измененных в соответствии с выбранными нами

критериями внутригрудных лимфатических узлов. Интраоперационно у них удаляли от одной до пяти групп медиастинальных лимфатических узлов.

В группу сравнения вошли все пациенты оперированные по поводу распространенного туберкулеза за период 2000 — 2004 годы, когда оперативные вмешательства не сопровождались медиастиальной лимфаденэктомией, либо в ходе операции удалялись отдельные казеозно-расплавленные лимфатические узлы (5 случаев), что соответствовало общепринятой тактике (группа сравнения).

Больные обеих групп были сравнимы по половому и возрастному составу, длительности заболевания туберкулезом легких, характеру и распространенности туберкулезного процесса в легких, частоте бацилловыделения и лекарственной устойчивости МБТ, частоте и характеру сопутствующих заболеваний, изменениям в лабораторных показателях и функциональному состоянию пациентов, объёму и характеру выполненных операций. У большинства оперированных обеих групп (93,1% в I и 94,6% во II группе) был фиброзно-кавернозный туберкулез. В 6,9% случаев пациенты основной группы и 5,4% группы сравнения оперированы по поводу казеозной пневмонии.

Активным туберкулез ВГЛУ считали при обнаружении казеозного некроза и клеток Пирогова – Лангханса во время морфологического исследования, а также в случае обнаружении микобактерий туберкулеза при микроскопии или посевах ткани лимфатического узла.

В ходе оперативного вмешательства выделяли и оценивали наиболее заинтересованные группы лимфатических узлов в зависимости от локализации легочной деструкции. Выполняли селективную лимфаденэктомию с удалением лимфатических узлов экстракапсулярно из наиболее заинтересованных зон, а также лимфатических узлов имеющих макроскопические признаки туберкулезного поражения (увеличение более 2см, спаянность с окружающими тканями, плотность, флюктуация, неомогенность окраски с наличием желтоватых или белесоватых включений). Непораженную клетчатку средостения, сосудистые и нервные веточки, идущие к трахее и культе бронха, функционирующие непораженные лимфатические узлы и лимфатические сосуды не удаляли.

Техника разработанной нами лимфаденэктомии при пневмонэктомии предусматривает удаление всего легкого до удаления лимфатических узлов, что увеличивает обзор и облегчает лимфаденэктомию, и наоборот, резекцию части легкого после завершения лимфаденэктомии. Способ является малотравматичным, сопровождается минимальной кровопотерей, максимальным сохранением неизменной клетчатки средостения, чем снижается риск интраоперационных и послеоперационных осложнений.

Результаты и их обсуждение

Нами изучены непосредственные результаты у всех оперированных пациентов без исключения, среди которых 128 пневмонэктомий и плевропневмонэктомий и 146 резекций объемом три и более сегментов, выполненных у больных основной группы. У больных группы сравнения изучены результаты 97 пневмонэктомий и плевропневмонэктомий, а также 144 резекций. Главный бронх при пневмонэктомиях в обеих группах обрабатывали по предложенной нами методике. Выполнение операций на ранее резецированном легком произвели у 21 больного основной и 15 пациентов группы сравнения.

Наиболее частыми осложнениями после пневмон- и плевропневмонэктомий в обеих группах были бронхоплевральные, однако их частота в группе сравнения

(27,8%) почти в 6 раз превысила этот показатель в основной группе (4,7%). Ранняя несостоятельность культи бронха (первые три недели после операции), встретилась у 14 (14,4%) пациентов группы сравнения и ни разу в I группе. В более позднем периоде несостоятельность культи бронха наблюдалась у 3 (2,3%) пациентов основной группы, оперативное лечение которым было выполнено по поводу остро прогрессирующего туберкулеза, и 6 (6,2%) группы сравнения.

В целом послеоперационные осложнения после пневмонэктомий отмечены в основной группе в 4,5 раза реже чем в группе сравнения (7,0% и 32,0% соответственно).

После резекций легких обострений туберкулеза в оперированном легком в основной группе не наблюдалось, а в группе сравнения это тяжелое осложнение выявлено в 5 (3,5%) случаях. Всего же после резекций в I группе различные осложнения развились в 4 раза реже (2,1% и 8,3% соответственно). Таким образом, суммируя частоту осложнений после пневмонэктомий и резекций легких можно заключить, что в основной группе они развились почти в 4 раза реже (у 12 (4,4%) и 43 (17,8%) больных соответственно), что произошло, в основном, за счет снижения частоты бронхоплевральных осложнений.

В основной группе послеоперационной летальности не отмечалось, в группе сравнения в течение первого месяца после операции умерли 23 пациента (9,5%). Причиной летальности больных группы сравнения в большинстве случаев явились бронхоплевральные осложнения – в 15 из 23 (65,2%).

Непосредственная эффективность хирургического лечения в виде закрытия каверн и абациллирования на момент выписки удалось достигнуть у 271 (98,9%) пациента первой и лишь у 188 (78,0%) второй группы. Трое больных (1,1%) основной группы были выписаны с сохраняющейся каверной в противоположном легком, но абациллированными. В группе сравнения не были абациллированными 35 пациентов, 23 из которых умерли после операций. При сохранении легочных деструкций были выписаны 30 больных II группы (12,5%).

Развитие бронхоплевральных осложнений и раннего прогрессирования туберкулеза у больных группы сравнения объяснимо по нашему мнению прогрессированием туберкулеза в оставленных медиастинальных лимфатических узлах и доказывает клиническую эффективность предложенной тактики и техники удаления патологически измененных лимфатических узлов.

Предложенный нами для оптимизации объема лимфаденэктомии комплекс макроскопических признаков поражения ВГЛУ при распространенном деструктивном туберкулезе позволяет с достоверностью 98% удалить только лимфатические узлы с активными туберкулезными изменениями.

Применение оригинальной тактики и техники медиастинальной лимфаденэктомии позволило существенно улучшить результаты хирургического лечения распространенного деструктивного туберкулеза.

Выводы

1. Удаление макроскопически измененных ВГЛУ при распространенном деструктивном туберкулезе позволяет существенно снизить частоту специфических осложнений в послеоперационном периоде, частота бронхоплевральных осложнений после пневмон- и плевропневмонэктомий

в группе сравнения (27,8%) почти в 6 раз превысила этот показатель в основной группе (4,7%).

2. Выполнение селективной медиастинальной лимфаденэктомии при резекциях легкого по поводу распространенного деструктивного туберкулеза в основной группе не сопровождалось обострениями туберкулеза в оперированном легком, в группе сравнения это тяжелое осложнение выявлено в 5 (3,5%) случаях.
3. Выполнение селективной медиастинальной лимфаденэктомии по предложенной нами методике целесообразно у всех больных при выполнении пневмонэктомии или резекции легкого по поводу распространенного деструктивного туберкулеза.

ЛИТЕРАТУРА

1. Перельман М.И. Резекция легких при туберкулезе. - Новосибирск: Издательство Сибирского отделения А.Н СССР. - 1962. – 372с.
2. Трахтенберг А.Х., Чиссов В.И. Клиническая онкопульмонология. М.: Медицина. - 2000. – 599с.
3. Шулуток М.Л., Зислин Б.Д., Мотус И.А., и соавт. 45-летний опыт хирургического лечения больных туберкулезом легких. // Грудная и сердечно – сосудистая хирургия. – 2000. - №4. – С. 37-44.

AT OPERATIONS OVER THE PROLIFERATION OF DESTRUCTIVE PULMONARY TUBERCULOSIS

D.B. Giller, A.V. Papkov, G.V. Hiller, S.S. Sadovnikova,
A.V. Volynkin, B.M. Asanov, A.A. Glotov, I. Martel

The article analyzed the results of surgical treatment of 515 patients operated on over the proliferation of destructive pulmonary tuberculosis. It was revealed that the original tactics and techniques mediastinal lymphadenectomy significantly improved the results of surgical treatment of advanced destructive tuberculosis.

Keywords: *destructive pulmonary tuberculosis, mediastinal lymphadenectomy.*

Д.Б. Гиллер - зав.отделом легочной хирургии- д.м.н. Центральным НИИ туберкулеза РАМН;
cniit@cniitramn.ru.

Папков А.В., к.м.н. старший научный сотрудник Центральным НИИ туберкулеза РАМН;
cniit@cniitramn.ru.