КЛИНИЧНИ СЛУЧАИ
CASE REPORTS

УСПЕШНО ОСЪЩЕСТВЕНА В ЕДИН АКТ ДВУСТРАННА ПОЛИЛОБАРНА РЕЗЕКЦИЯ НА БЕЛИЯ ДРОБ ПРИ ВРОДЕНИ ДВУСТРАННО АБСЦЕДИРАЩИ БРОНХИЕКТАЗИИ ЧРЕЗ ЛОГИТУДИНАЛНА СТЕРНОТОМИЯ

П. М. Червеняков, П. А. Червеняков и А. М. Червеняков

Хирургично отделение, МБАЛ „Сердика“

A SUCCESSFUL ONE-ACT BILATERAL POLYLOBULAR LUNG RESECTION IN CONGENITAL BILATERAL ABSCESSED BRONCHIECTASES BY LONGITUDINAL STERNOTOMY

P. M. Chervenyakov, P. A. Chervenyakov and A. M. Chervenyakov

Department of Surgery, Multiprofile Hospital for Active Treatment " Serdica"

***Резюме**: Представяме клиничен случай на 36-годишен пациент с диагноза: двустранни абсцедиращи бронхиектазии, локализирани в двата долни десни дяла и долния дял – в ляво. Снета е анамнеза и са извършени биохимични изследвания. След десетдневна антибиотична и медикаментозна подготовка болният е опериран. Представена е използваната оперативна техника. Решението за едноактно двустранно саниране на белите дробове е продиктувано от тежките абсцедиращи бронхиектазии, които според нас ни задължават за по-активно оперативно лечение. В противен случай само при саниране на единия бял дроб от другата страна възпалителния процес ще се задълбочи още повече и може да доведе до ателектаза от аспириране или не ефективно отделяне на храчките, които са гнойни и гъсти, или до повторно инфектиране на бронхиалния чукан, инсуфициенцията му и развитие на емпием. Общото следоперативно състояние на болния напълно потвърждава правилността на нашето поведение за оперативно лечение и обем на операцията. Болният се наблюдава вече повече от 10 години и се намира в отлично състояние и успешно изпълнява служебните си задължения. Биохимичните кръвни показатели са нормални, а функционалните показатели също са в границата на нормата.*

***Ключови думи**: вродени абсцедиращи бронхиектазии/двустранно, оперативно лечение, двустранна полилобарна резекция, лонгитуденална стернотомия*

***Адрес за кореспонденция**: П. Червеняков, Хирургично отделение, МБАЛ „Сердика“, ул. „Дамян Груев" № 6, 1303 София*

Summary: We report the clinical case of a 36-year-old patient with the diagnosis of bilateral abscessed bronchiectases localized in the two lower right lobes and the lower lobe in the left. Anamnesis was taken and biochemical tests were performed. After a 10-day antibiotic premedication the patient underwent surgery. The used surgical technique is presented. The decision for the one-act bilateral sanitation of lungs was dictated by the severe abscessed bronchiectases that, in our judgment, required more active surgical treatment. Otherwise, if only sanitation of a single lung was performed, inflammatory process would exacerbate and could lead to either atelectasis following aspiration of ineffective discharge of sputum, which can be purulent or dense, or a recurrent infection of the bronchial stump, with insufficiency and the occurrence of empyema. The general postoperative status of the patient confirmed the adequacy of our behavior of surgical treatment and the volume of surgery. This patient is followed-up for more than 10 years yet and is in an excellent state, with effective work performance. The biochemical blood markers are within normal range and his functional parameters are also within the norm.

Key words: congenital abscessed bronchiectases bilaterally, surgical treatment, bilateral polylobular resection, longitudinal sternotomy

Address for correspondence: P. Chervenyakov, Surgical Ward, MHAT „Serdika“, 6 „Damiyan Gruev“, str., 1303 Sofia

УВОД

Реконструктивните и пластични операции на трахео-бронхиалното дърво и разширените по обем белодробни паренхимни резекции представляват нов връх в развитието на съвременната гръдна хирургия. Основна цел при този вид и обем реконструктивни и пластични оперативни намеси на трахео-бронхиалното дърво и белия дроб е запазване на годния във функционално отношение белодробен паренхим. Този обем на оперативно поведение трябва да се осъществява при пълно спазване на принципите на радикалност при болните със злокачествени заболявания – опазване на здравето и трудоспособността им.

Първите органосъхраняващи, реконструктивни и пластични операции на трахео-бронхиалното дърво и белия дроб са извършвани от Tomas (1946 г.), Paulson (1950 г.), Gebauer (1952 г.), А. П. Кузьмичов (1963 г.), Л. Н. Богуш (1965 г.) и др.

По принцип те могат да се осъществяват чрез торакотомия, било то предно-странична или задно-странична. При двустранна локализация на белодробните заболявания се прилага като метод на избор лонгитудиналната стернотомия при локализация на ехинококови кисти, двустранно в белия и черния дроб. Лонгитудиналната стернотомия заедно с горната лапаратомия у нас е прилагана още през 1967 г. с много добър успех.

П. Червеняков (1967 г.) оперира множествена ехинококоза (двустранно разположени единични ехинококови кисти и голяма ехинококова киста, разположена в левия лоб на черния дроб) с надлъжна стернотомия и горна средна лапаратомия в един акт. Болният е опериран под обща ендотрахеална наркоза. Постигнат е много добър следоперативен резултат. През 1972 г. Л. Н. Богуш извършва чрез лонгитудиналната стернотомия двустранна лобектомия (на двата горни върхови дяла) по повод на специфични гигантски каверни.

НАШЕТО НАБЛЮДЕНИЕ

През м. октомври 1997 г. оперирахме болен на 36 г. от гр. Беналит (Либия) с диагноза двустранни абсцедиращи бронхиектазии, локализирани в двата долни десни дяла и долния дял вляво.

Болният съобщава, че от детска възраст има кашлица и често боледува от пневмония. През последните 5-10 години по два три пъти в годината е бил лекуван в болница. Кашлицата била предимно сутрин, с обилно гъсти и гнойни храчки, с лоша миризма, след което дишането му се облекчавало. Изморявал се силно при физически усилия и работа, спял на по-висока възглавница. Болният обективно отговаря на възрастта си с леко редуцирана подкожна тлъстина, видими лигавици – леко цианотични и бледи, корем – б.о. При аускултация на белите дробове двустранно, базално-субскаполарно и дорзално се установяват множество влажни крепитиращи хрипове.

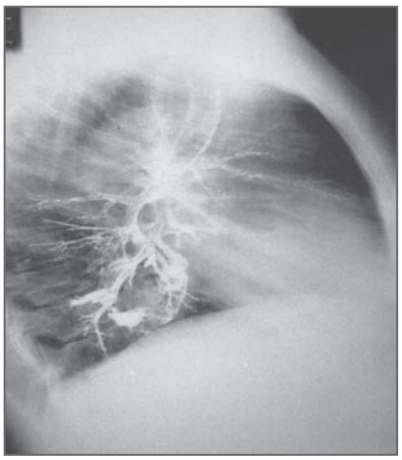
Биохимични изследвания: **Hb – 12.8 mg, Ht – 38 g.%, Lec. – 9800**, кръвна захар – 5.4, общ белтък – **6.2**, чернодробни проби – нормални, тромбоцити – 218,000, кръвна група 0 Rh (–), урина – б.о., **RR 125/75, Pul. 78**. Микробиологично изследване на храчките – ишерихия коли, чувствителни на цефалоспорини. Рентгенография на белите дробове и **КАТ** – данни за двустранни абсцедиращи бронхиектазии, обхващащи двата долни дяла вдясно и долния вляво, **AKR – Sat – 93% – O_2 – 87 – CO_2 – 42 mg %**, (фиг. 1, 2, 3).



Фиг. 1. Обзорна рентгенография преди операцията



Фиг. 2. Обзорна бронхография



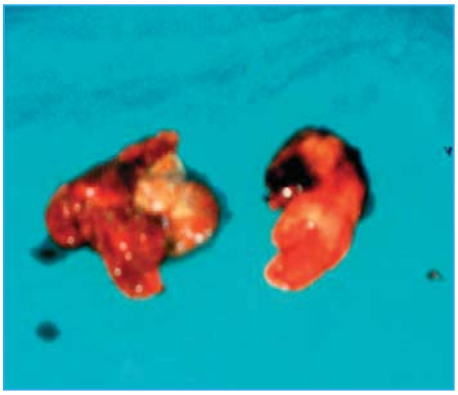
Фиг. 3. Дясна профилна бронхография

След десетдневна подготовка с антибиотици – цефалоспорини, **Nebolazer** инхалации с **Bisolvon**, бронходилататори, отхрачващи – постурален дренаж, болният е опериран под обща ендотрахеална наркоза с двупросветна търба на Карленс. Извършена бе лонгитудинална стернотомия.

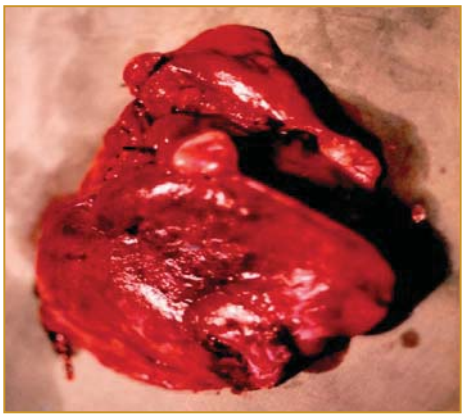
Първо се извърши резекция на двата долни дяла вдясно, тъй като там бяха по-тежките абсцедиращи бронхиектазии, а след това бе извършена долна лобектомия вляво (фиг. 4, 5, 6, 7, 8).



Фиг. 4. Логитудинална стернотомия



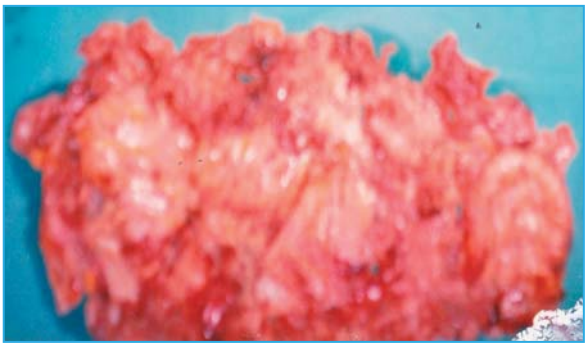
Фиг. 5. Макроскопски препарат на 3 дяла



Фиг. 6. Дясна билобектомия – макроскопски препарат



Фиг. 7. Медиалната част на билобектомията, захванати с инструменти бронхите на средния и долния дял



Фиг. 8. Макроскопски препарат на долния ляв лоб

ОПЕРАТИВНА ТЕХНИКА

Направи се кожен разрез по Koher в областта на шията над manubrium sterni, дълъг около 4 cm, след което и кожен разрез над стернума до **p. ensiformis**, който се резецира, без да се отваря коремната кухина.

Тунелизира се предният медиастинум, непосредствено под стернума. С жигли се осъществи лонгитудиналната стернотомия.

Отвориха се двете плеврални кухини. При оглед поразените два долни дяла вдясно не колабират с цианотичен вид. Двата горни дяла на белите дробове – както вдясно, така и вляво, са леко колабирали, с розов цвят и участващи в дишането.

Първо се извърши долна билобектомия вдясно. Благоприятно бе, че **pars horizontalis** бе изразена добре (между горния и средния белодробен дял), което облекчи технически осъществяването на долната билобектомия. След това се премина вляво и се резицира долният дял на левия бял дроб. Бронхите бяха ушити с конци тип **Vacryl № 03** по модифициран от нас метод.

Двете плеврални кухини бяха дренирани с по един плеврален дренаж, достигащ от диафрагмата до купола на белия дроб. След саниране – лаваж на двете плеврални кухини и проверка за херметизъм на бронхиалния чукан от двете страни. Проверка за хемостаза, след което се направи шев на стернума – четири шева с дебели конци **Vacryl № 0**. Стернумът се адаптира много добре. След това послойно се заши оперативната рана.

Следоперативният период протече нормално, без усложнения. Кашлицата рязко намаля и експекторацията бе оскъдна. Болният получаваше О от 2 до 3 литра на час постоянно до 5-6 ден след операцията.

Комплексната антибиотична терапия продължи до 8-ия следоперативен ден. През този период болният нямаше температура и бе захранен от 2-рия ден след операцията. Още от първия следоперативен ден бе активно раздвижен и се провеждаше дихателна реанимация и лечение с **Nebolazer** и **Bisolvon** и физиотерапия. През същия период болният получаваше и сироп за кашлица и бронходилататори. На 4-тия ден след операцията бе премахнат левият плеврален дренаж (фиг. 9, 10), а на 5-ия ден и десният.

Рентгеновият контрол се проведе на първия следоперативен ден – изпъкват плевралните кухини. На 12-ия ден след операцията болният бе изписан.





Фиг. 9 и 10. Рентгенография на белия дроб на 4-тия ден след операцията. Анфас и профил, вижда се плевралният дрен вдясно. Белият дроб е напълно разгърнат



Фиг. 11. Болният на 12-ия ден след операцията – деня на изписването

ОБСЪЖДАНЕ

Двустранните бронхиектазии – както вродените, така и придобитите, са често заболяване на белите дробове, като усложнение се установява при 3-5% от случаите. Най-често усложнените абсцедиращи бронхиектазии са вродени, нерядко обаче те могат да бъдат и придобити.

На оперативно лечение подлежат усложнените бронхиектазии, водещи често до рецидивиращи пневмонии, намалена работоспособност, а понякога до физическо и умствено изоставане.

В мнозинството от случаите лечението им е консервативно – комплексно, включващо антибиотично, балнеосанаториално, физиотерапевтично, отхрачващи средства и бронходилататори и др. На оперативно лечение подлежат тежките усложнения, заплашващи живота на болния – бронхиектазии, особено при сравнително млади хора със запазени или гранични показатели на дишането, позволяващи хирургично лечение.

Двустранните усложнени абсцедиращи бронхиектазии са голям терапевтичен и хирургичен

проблем. Обикновено при тези случаи хирургичното лечение се извършва поетапно – от едната и след това от другата страна в по-къс или по-дълъг период. Оперативно лечение на двустранните бронхиектазии на един етап не сме срещнали в достъпната ни литература.

Нашето решение болният да бъде опериран на един етап с лонгитудиналната стернотомия се базираше на следните клинични разсъждения:

1. При извършване на едностранна белодробна резекция с торакотомия инфламирани абсцедиращи бронхиектазии биха компрометирали едностранната белодробна резекция. Експекторацията от единия нерезециран бял дроб би могла да бъде аспирирана в бронхите на оперирания бял дроб, това от своя страна би довело до ателектаза на същия и инфектиране на бронхиалния чукан и последваща инсуфициенция на същия, с последващ емпием. Преценихме, че предвид тези следоперативни усложнения, които са свързани с опасност за живота на болния, може да извършим оперативната намеса с лонгитудиналната стернотомия и двустранната белодробна резекция на един етап, и то на трите засегнати белодробни дяла – двата вдясно и един вляво.

2. Другото наше съображение бе, че лонгитудиналната стернотомия се понася по-добре от болните, отколкото торакотомия. Непосредственият следоперативен период и дългогодишните ни наблюдения в късния следоперативен период напълно оправдаха нашето решение за извършване на едноетапна двустранна белодробна резекция чрез лонгитудиналната стернотомия на трите белодробни дяла в един етап.

ИЗВОДИ

Случаят представлява интерес:

1. С двустранните вродени абсцедиращи бронхиектазии, обхващащи двата долни дяла на десния бял дроб и долния дял на левия бял дроб.

2. С успешното резициране в един акт чрез лонгитудинална стернотомия на три белодробни дяла (двата долни дяла вдясно и долния дял на левия бял дроб).

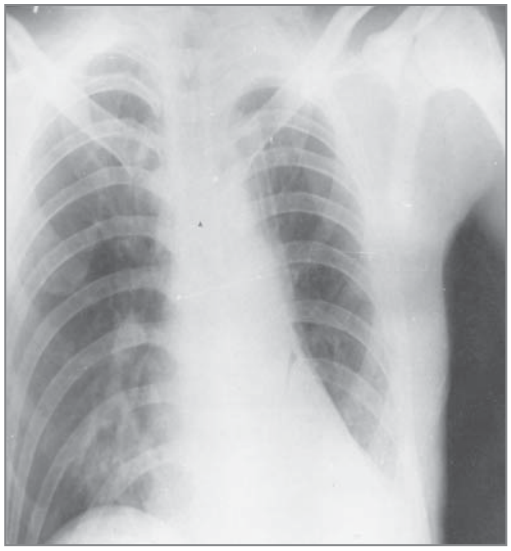
3. Болният се наблюдава повече от 10 години и той е в отлично състояние и успешно изпълнява служебните си задължения.

4. Биохимичните кръвни показатели са нормални, а също и функционалните показатели са в границата на нормата.

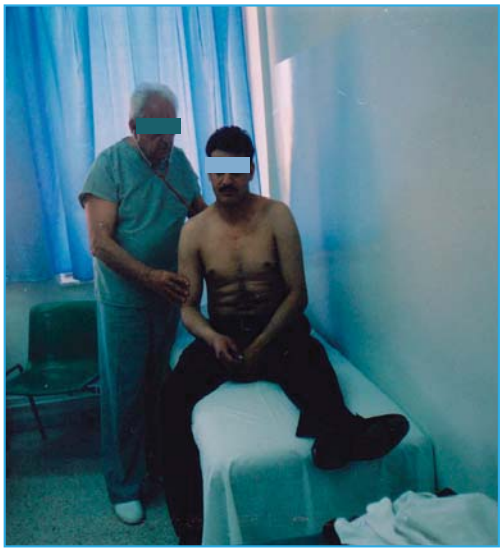
Подобен случай в достъпната ни литература ние не сме срещали досега.

Решението за едноактно двустранно саниране на белите дробове е продиктувано от тежките абсцедиращи бронхиектазии, които според нас ни задължават за по-активно оперативно лечение. Общото следоперативно състояние на болния напълно потвърждава правилността на нашето поведение за оперативно лечение и обем на операцията.

Контролните прегледи на болния след 5 и 8 години показаха отлични резултати – фиг. 12 и 13. Същият е в много добро общо състояние, няма оплаквания и се справя добре с учителската си професия.



Фиг. 12. Рентгенография 5 г. след операцията



Фиг. 13. Болният 8 г. след операцията

• Hb – 14.8 mg; Lec. – 9800; СУЕ – 16; Sat – 94.3; CO_2 – 42.

Библиография

1. Червеняков, П. и А. Червеняков. Торакална хирургия. 1997.
2. Добрев, П. Лечение на белодробните болести. 1999.
3. Богуш, Л. Хирургическое лечение туберкулеза легких. 1983.
4. Miller, J. Thoracic Surgery. Shields, 2008.