

616.24-002.5-089.87-073.75

DLHODOBÉ LIEČEBNÉ VÝSLEDKY PO PLŮCNÝCH RESEKCIÁCH PRE TUBERKULÓZU Z RTG A KLINICKÉHO HĽADISKA

Podplukovník MUDr. Anton RÁKAY, prof. MUDr. Imrich KOSTOLNÝ, prof. Ondrej HALÁK,
MUDr. Ladislav FALUDI, MUDr. Jozef FERANČÍK, MUDr. Terézia FERANČÍKOVÁ,
MUDr. Miloš KORHON, MUDr. Klára LAKATOŠOVÁ, plukovník MUDr. Jiří SALZMANN,
plukovník MUDr. Dušan SKOKŇA

Vojenský ústav pre choroby pľúcne v Novej Polianke (náčelník: plk. MUDr. D. Skokňa)

II. chirurg. klinika UK v Bratislave (prednosta: akademik K. Šiška)

Klinika TARCH UK v Martine (prednosta: prof. MUDr. O. Halák)

Pri uskutočňovaní resekčnej liečby v našom ústave sme sa od začiatku usilovali zabezpečiť trvale dobré terapeutické výsledky u našich tuberkulózných pacientov dôsledným uplatňovaním systému zásad determinujúcich naše postupy v období pred operáciou, počas nej i v pooperačnom období.

Do tohoto systému sme zahrnuli:

1. seriózne stanovené indikácie vyhybajúce sa neúnosnému riziku v prípadoch veľmi závažných a dostatočne zdržanlivé pri rozhodovaní o BK negatívnych nerozpadových formách tbc (napr. pri tuberkulómoch bez deštrukcie);
2. intenzívnu komplexnú prípravu antituberkulotikami, dlhú najmenej 4 až 5 mesiacov, zaručujúcu podľa možností debacilizáciu a nevyhnutný priaznivý obrat v celkovej hojivej tendencii nálezu;
3. dôslednú predoperačnú depistáž všetkých lymfonodobronchálnych tbc procesov, najmä v mieste plánovanej amputácie bronchu ako nevyhnutné preventívne opatrenie, znižujúce riziko postresekčných bronchálnych tbc fistúl a empyémov;
4. perfektnú a stále zdokonalovanú operačnú techniku, rešpektujúcu rozsah a hranice špecifických lézií v resekovanom i v ponechávanom parenchýme, techniku maxi-

málne zabraňujúcu devitalizácii bronchálneho kýpťa, pritom minimálne traumatizujúcu bránicu, pleuru a hrudníkovú stenu, a tak umožňujúcu rýchlu a dokonalú reexpanziu a funkčnú readaptáciu operovaných pľúc;

5. starostlivé pooperačné doliečenie antituberkulotikami, zabraňujúce postresekčným komplikáciám a likvidujúce zvyškový tbc proces a súčasný cieľavedomý program postupnej funkčnej normalizácie operovaných pľúc i celého organizmu systematickou rehabilitáciou, začínajúcou už v prvých pooperačných hodinách.

Dôsledné dodržiavanie týchto zásad nám umožnilo dosiahnuť také výsledky, ktoré znesú porovnanie s údajmi v prístupnej literatúre. Pri hodnotení väčších súborov udáva operačnú úmrtnosť Schoeffler [7] na 7,3 %, Kolpakči na 7,5 % a Gierhake [2] na 7,8 % prípadov. My sme zaznamenali operačné úmrtia v 3,67 % a tie všetky boli prakticky v prvej stovke operovaných, v ktorej sme indikovali prítomnosť hraničných ťažkých tuberkulóz.

Postresekčné závažné komplikácie typu bronchopleurálnych fistúl a tbc empyémov sme mali v 5,3 % prípadov. V dlhom odstupu od operácie Mydlil a spol. [5] vykazovali tieto komplikácie v 12,1 %, Šinder [9] v 10 %,

Šadrin [8] v 8,7 % a z väčších súborov iba Gierhake udáva veľmi malý výskyt, iba asi v 1,5 % prípadov.

Za jeden z pozitívnych momentov charakterizujúcich skúmaný súbor operovaných považujeme malý počet korekčných torakoplastík indikovaných pre pomalú reexpanziu pľúc alebo pre postresekčný empyém. Kryciu torakoplastiku sme urobili iba v 9 % prípadov, kým napríklad Nikolajev a spol. [6] ju indikovali v 23,3 %, Vjadro a spol. [10] v 24,6 % a u nás Mydlil a spol. až v 31,7 % prípadov. V našej praxi sme od prvopočiatku odmietali torakoplastiku ako organickú súčasť operačného plánu u resekovaných. Považovali sme ju za zbytočne mutilujúci, funkčne, kozmeticky i psychicky zbytočne zafažujúci výkon a indikovali sme ju iba z prinútenia pri komplikovanom postresekčnom priebehu. V hodnotenom súbore sme recidívy zaznamenali v 7 % prípadov, z toho v jedinom vznikla rekavernizácia vyriešená opakovanou resekciou, v ďalšom prípade vznikla bacilárna pozitivita, likvidovaná antituberkulotikami III. radu, a ostatné recidívy sa vyliečili konzervatívne s výnimkou chorého, ktorý zomrel v inom ústave na komplikovanú progredujúcu ftízu. Výskyt recidív v našom materiáli nepovažujeme za vysoký s prihliadnutím na to, že kontrolovaní operovaní sa grupujú z obdobia našich prvých resekcí a z éry našich najodvážnejších indikácií. Mydlil a spol. v dlhom odstupe od resekcie zaznamenali recidívy v 16,2 % a Hertzog a spol. [3] v 10 % prípadov. Naše údaje patria v skupine dlhodobých pozorovaní medzi najnižšie a menší počet recidív udávajú iba tí autori (Danilovskij — 1), ktorí považujú za dlhodobý už 3 až 4ročný odstup od resekcie.

V hodnotenej skupine našich 100 resekovaných, ktorí prežívajú 15 až 20 rokov od operácie a ktorých sme kontrolovali, sme sa osobitne zamerali na dlhodobé liečebné výsledky z klinického a röntgenologického aspektu. Pri kontrolnom vyšetrení 54 operovaných nemalo nijaké klinické ťažkosti a 46 udávali variabilné príznaky, z toho 33 minimálne, 8 stredne závažné a iba 5 kontrolovaní mali závažné ťažkosti. Spolu teda 87 % operovaných v období kontroly sa klinicky cítilo dobre a svoj zdravotný stav a kondíciu sami hodnotili ako výbornú. Z ťažkostí, ktoré operovaní udávali, bol najčastejší kašeľ [33], expektorácia [27], dýchavica [30 — z toho 16 operovaných udávali ľahkú, 11 strednú a 3 ťažkú dýchavicu], hemoptoe [5], zažívacie ťažkosti [5], ine extratorakálne príznaky [10], občasné bolesti v operovanom hrudníku [16] a neurologické príznaky [28]. Ku klinickým ťažkostiam, ktoré operovaní uvádzali, však treba pripomenúť, že z chorých, ktorí udávali pri kontrolnom vyšetrení kašeľ s expektoráciou a dýchavicu bolo 14 chronických silných fajčiarov, ktorí fajčili nepretržite počas celej doby od resekcie!

Z neurologického hľadiska operovaní naj-

častejšie udávaly pocity svrbenia v oblasti jazvy, ľahké parestézy v jej okolí, svalové kŕče v jej oblasti, napr. pri zdvíhaní bremien, pocity chladu, mravenčenia, straty citlivosti kože v okolí jazvy, trpnutie prsníka u operovanej mladej ženy, parestézy pri kojení a sexuálnom vzrušení v celom prsníku. Bolesti a parestézy udávali občas operovaní i v ramene [10krát], chrbáte [5krát] alebo v hornej končatine na operovanej strane [13krát]. Tieto neurologické ťažkosti a bolesti v operovanom hrudníku mali však u absolútnej väčšiny prechodný, neraz sezónny ráz, objavovali sa len niekedy a neboli ani trvalé, ani závažné. Pri kontrolnom vyšetrení sme overovali stav pľúcneho nálezu zásadne snímkami v oboch projekciách a podľa potreby aj tomograficky. Z rtg hľadiska v 49 % prípadov po resekcií zostal parenchým operovaných pľúc bez akýchkoľvek dokázateľných špecifických rezíduí a v ďalších 49 % prípadov sa našli len indurované a neaktívne zvyškové tbc lézie [z toho 17krát na homolaterálnej, 7krát na kontralaterálnej strane a 25krát boli lézie bilaterálne]. Aktivita tbc procesu práve v období kontroly sa dokázala iba u 2 operovaných. Z funkčného hľadiska nás v rtg obraze osobitne zaujímali pleurálne reziduá negatívne pôsobiace na respiračnú schopnosť operovaných pľúc. V hodnotenom súbore sme u 6 operovaných nenašli nijaké pleurálne adhézie, u 55 boli adhézie minimálne, u 23 stredne rozsiahle a u 16 operovaných boli závažné bazálne a parietálne pleurálne adhézie. Súhrnne však u 61 % operovaných sa dokázali len minimálne alebo nijaké adhézie, čo potvrdzuje, že operatívny výkon bol technicky dokonalý a pooperačná rehabilitácia efektívna.

Pri kontrolných rtg vyšetreniach sme v hodnotenom súbore občas nachádzali aj niektoré atypické rtg nálezy. V parenchýme sme našli raz inklúzie vo zvyškovej dutine, ktorá perzistovala v operovaných pľúcach. Inklúzie mali guľovitý tvar, menili svoje uloženie podľa polohy tela chorého, podmieňovali časté bronchitické ataky s teplotami a hemoptýzami, ale všetky testy na aspergilus zostali negatívne. U 2 operovaných sme na snímkach našli tenkostenné pseudodutiny a 1krát atypické pruhovité tiene. Najčastejším z atypických postresekčných rtg nálezov, zistiteľné u 9 % operovaných, boli kostené premostenia medzi dvoma susediacimi rebrami v mieste pôvodnej torakotómie. Až na malé výnimky sme realizovali torakotómiu v IV. medzirebrí, parciálnu resekciu rebra sme však nikdy nerobili. Kostené premostenia vznikajúce v mieste torakotómie si vysvetľujeme buď nadmernou reakciou periostu rebier v dôsledku tlakového podráždenia pomerne hrubou aparátúrou rozvierača rebier, alebo by mohlo ísť poprípade aj o dôsledok kalózneho hojenia sa kostálnych fraktúr, vyvolaných brutálnym tlakom rozvierača počas operácie. Z funkčné-

ho hľadiska však tieto zmeny považujeme za bezvýznamné.

Súhrn

V odstupe 15 až 20 rokov od operácie sa hodnotia dlhodobé výsledky pľúcnych resekcii pre tbc z klinického a rtg hľadiska ako veľmi dobré a trvalé. Bez akýchkoľvek ťažkostí, alebo len s minimálnymi príznakmi prežíva 87 % operovaných. Kontrolné rtg vyšetrenie ukázalo, že u 98 % operovaných sa nájde normálny pľúcny nález, alebo len drobné, trvalo stabilné fibrózne tbc rezíduá. U 61 % operovaných zostávajú minimálne pleurálne adhézie nijako neovplyvňujúce ani klinický stav chorého, ani funkčnú schopnosť operovaných pľúc. Dekavernizovali sa všetci chorí s pôvodným rozpadom s výnimkou jediného. Postresekčná recidíva vznikla u 7 chorých, v 1 prípade sa likvidovala novou resekciou a u ostatných antituberkulotikami.

Literatúra

1. Danilovskij, I. P.: Otdalennyje rezul'taty rezekcii legkich bolnych tuberkulezom. Probl. Tuberk., 43, 1965, č. 1, s. 36—41.
2. Gierhake, F. W.: Spätergebnisse der Resektion bei kavernösen Tuberkulosen. Thoraxchir., 13, 1965, č. 3, s. 134—140.
3. Hertzog, P. - Toty, L. - Personne, Cl. - Chevassu, J.: Résultats éloignés des exéreses segmentaires et lobaires supérieures pour tuberculose. (Elements pronostiques tirés de la bactériologie). Rev. Tuberc. [Paris], 29, 1965, č. 12, s. 995—1020.
4. Kolpakči, M. I.: Effektivnost rezekcii legkogo pri razprostranennyh formach tuberkuleza. Probl. Tuberk., 48, 1970, č. 11, s. 37—40.
5. Mydlil, F. - Procházka, J. - Krejbichová, B.: Rezidieverkrankungen nach Resektionstherapie wegen Lungentuberkulose bei einer Beobachtungszeit von 5—12 Jahren nach der Operation. Z. Tuberk., 120, 1963, č. 3/4, s. 165—191.
6. Nikolajev, I. S. - Kuznecov, A. A. - Žadnov, V. J. - Žerdina, L. I. - Baburina, T. A. - Ryžakova, T. M. - Sadokov, S. M.: Otdalennyje rezul'taty lečeniya bolnych s tuberkulezom legkich. Probl. Tuberk., 7, 1974, č. 5, s. 18—21.
7. Schoeffer, G.: Spätresultate der Lokalchirurgie der Kaverne. Z. Erkr. Atmungsorg., 133, 1970, č. 1, s. 64—68.
8. Šadrin, V. P.: Otdalennyje rezul'taty rezekcii legkich bolnych tuberkulezom. Sov. Med., 31, 1968, č. 2, s. 134—135.
9. Šinder, A. L.: Pokazaniya i effektivnost' ekstrapleurálního pnevmoliza, torakoplastiki i rezekcii legkich v cvete otdalennyh rezul'tatov. Probl. Tuberk., 46, 1968, č. 1, s. 32—36.
10. Vjadro, G. A. - Prichodko, A. S. - Kolesnik, I. P. - Kaliničev, G. A. - Kabiljuk, V. N. - Grisuljak, E. N. - Samoljanova, S. A.: Rezul'taty rezekcii legkich pri tuberkuleze. Probl. Tuberk., 42, 1971, č. 6, s. 38 až 41.