

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПРИ АСПЕРГИЛЛЕМАХ ЛЕГКИХ

Жумаев М.Ф., Холбоев Э.Н., Рустамова С.А.,

Бухарский государственный медицинский институт.

✓ Резюме,

Проанализированы результаты хирургических вмешательств у 10 больных с аспергиллемами легких. Частота встречаемости аспергиллем легких у больных туберкулезом легких составил в 2,6%. Чаще из клинических симптомов встречались рецидивирующие кровохарканья и легочное кровотечение. Основным методом лечения при аспергиллемах легких является хирургическое лечение резекционного характера. Послеоперационные осложнения наблюдались у 10% больных. Хорошая ближайшая клиническая эффективность составила 90%.

Ключевые слова: хирургическое лечение, аспергиллемах легких, рецидивирующие кровохарканья, легочное кровотечение.

ЎПКА АСПЕРГИЛЛЕМАСИДА ХИРУРГИК ДАВОЛАШ

Жумаев М.Ф., Холбоев Э.Н., Рустамова С.А.,

Бухоро давлат тиббиёт институти.

✓ Резюме,

Ўпка аспергиллемаси билан оғриган 10 беморнинг хирургик даволаши самараси анализ қилинди. Ўпка аспергиллемаси билан оғриган беморларда 2,6% холларда учрайди. Клиник симптомлардан қайталанувчи қон туфлаш ва ўпкадан қон кетиш энг кўп учрайди. Ўпка аспергиллемасида асосий даволаш усули резекция характеридаги жаррохлик усулидир. Операциядан кейинги даврда 10% беморларда асоратлар кузатилади. Яхши клиник самарадорликни 90% ташкил этди.

Калит сўзлар: жаррохлик даволаш, ўпка аспергиллемаси, қон туфлаш, ўпкадан қон кетиш.

SURGICAL TREATMENT OF PULMONARY ASPERGILLOMA

Jumayev M.F., Kholboyev E.N., Rustamova S.A.,

Bukhara State Medical Institute named after Abu Ali Ibn Sina
200101, Uzbekistan, Bukhara city, 1 Navai Avenue stride <http://bsmi.uz>.

✓ Resume,

The results of surgery in 10 patients with pulmonary aspergilloma were analyzed. We can see 2.6% the incidence of lung aspergillum patients with pulmonary tuberculosis. It's often met from clinical symptom recurrent hemoptysis and pulmonary hemorrhage. The main method of treatment for pulmonary aspergilloma is surgical treatment resection character. Complications are watched in 10% of patients in the period of after operation. The closest good clinical efficacy is 90%.

Key words: surgical treatment, pulmonary aspergillomas, recurrent hemoptysis, pulmonary hemorrhage.

Актуальность

Аспергиллема легких представляет собой шарообразный конгломерат ("fungus ball"), состоящий из мицелия гриба рода *Aspergillus* и клеточного детрита, находящийся в хронической легочной полости.

Макроскопически аспергиллема представляет собой дисковидные, мембранозные или гранулярные массы рыхлой консистенции находящиеся внутри легочной полости [4]. Грибной комок может быть разных размеров и веса, коричневого цвета. Обычно присутствует серозно-кровянистый экссудат [2].

Нет точных данных о встречаемости аспергиллем. При обзоре посттуберкулезных полостей из 544 больных 25% имели преципитирующие антитела к *Aspergillus* и 11% - рентгенологически очевидные аспергиллемы [3]. При наблюдении этой группы аспергиллемы обнаружили у 17% [3]. Относительно недавние публикации [5] говорят об уменьшении встречаемости аспергиллем в посттуберкулезных полостях до 17% по сравнению с 57% в более ранних исследованиях, что может

быть также и следствием улучшения диагностики туберкулеза.

За период с 2012г. до 2014г. в нашем Центре выполнены 384 частичные резекции легких и пульмонэктомии при различных формах туберкулеза легких. Из них у 10 фиброзно-кавернозный туберкулез осложнился аспергиллемой. Частота встречаемости аспергиллемы составляла в 2,6%.

Таким образом, под нашим наблюдением находились 10 больных в возрасте от 26 до 56 лет. Большинство из них 60% (6 из 10) были в возрасте от 26 до 40 лет, т.е. в трудоспособном возрасте. Мужчин было - 2, женщин - 8. Длительность туберкулезного процесса в легких у 2 больных до 2-х лет, у 2 - до 3-х лет, у 2 - от 3-х до 5 лет, у 3-х свыше 5 лет. Эти больные длительное время получали противотуберкулезную терапию. Аспергиллемы в течение длительного времени могут протекать без каких либо клинических проявлений и быть диагностированы случайно в ходе рентгенологического обследования. Однако большинство больных все-таки имеет какую-либо клиническую симптоматику, чаще всего - кровохарканье, отмечающееся в 50-90% слу-

чаев [4]. У всех наших 10 больных рецидивирующее кровохарканье беспокоило от 1 до 3-х лет малыми порциями. Механизмы кровохарканья при аспергиллемах полностью не ясны. Возможны следующие причины [4]: изъязвление эпителия, повреждение капилляров и мелких сосудов, протеолитического действия ферментов грибов. Не исключен иммунный механизм - реакция Артюса - повреждение иммунными комплексами [7]. Возможно, имеет значение и ряд других факторов, таких как механическое трение аспергиллемы о грануляции, действие экзотоксина с гемолитическими свойствами и антикоагулянтным фактором, выделяемых грибами. Степень кровопотери при аспергиллемах прямо пропорционально степени васкуляризации грануляционной ткани. Отличительными особенностями у больных с массивным кровохарканьем была выраженная капиллярная пролиферация стенок полости аспергиллемы и большое количество грануляций, которые и явились источником кровотечений.

Кроме кровохарканья у больных отмечались кашель и потеря веса. Повышение температуры бывает редко и только при присоединении бактериальной инфекции.

Из 10 у 3 больных (30%) сопутствующий диагноз сахарный диабет тип 2 инсулинозависимое состояние. Принимали продленный инсулин за сутки от 24 до 30 ед., простой инсулин от 12 до 16 ед. Сахарный диабет у всех 3-х больных после консультации эндокринолога был признан как декомпенсированный. У 1 больной сопутствующий диагноз гепатит С. Таким образом, сопутствующая патология у больных с аспергиллемой наблюдалась у 4 из 10 (40%).

Рентгенологическая картина аспергиллемы чрезвычайно характерна и представляет собой округлую тень внутри легочной полости с прослойкой воздуха напоминающую венчик или мениск ("halo sign" - симптом венчика или нимба) (рис.1 и рис.2). Иногда такая тень может смещаться при изменении положения тела ("симптом погрешности"). Полость может

быть как круглой, так и овальной, удлиненной или неправильной формы. Иногда видно толстую стенку полости, утолщенную плевру. Отмечено, что рентгенологическая картина типична только в 50-60% случаев аспергиллем [4]. Иногда грибной комок ("bissuss") так мал или так велик, что воздушный "мениск" (или "венчик") отсутствует. В подобных случаях компьютерная томография повышает визуализацию аспергиллемы. Если вентиляция полости прекращается и воздух адсорбируется, то аспергиллема может на рентгенограмме выглядеть как бугристый узел напоминающий опухоль [8]. В таких случаях диагностика затруднена, поскольку специфические антитела обычно не определяется. Диагноз можно установить только биопсией. Гистопатологически - это мертвый грибной комок.

Диагноз аспергиллемы первоначально предполагают после рентгенологического исследования. Также обычно исследуют мокроту на грибки. Однако нередко грибки в мокроте не обнаруживают. У всех 10 больных при поступлении в мокроте ВК (бациллы Коха) не обнаружен. В мокроте у 3-х больных выделены грибки рода кандиды. У 3-х больных в анализе мочи выявлены грибки++. В некоторых случаях при кровотечении диагноз устанавливается в процессе оперативного лечения после торакотомии [6]. Так правильный диагноз аспергиллема на основании рентгено-томографических данных установлен у 7 больных из 10 (70%). У остальных 3-х больных до операции аспергиллема не установлена. В правом легком процесс установлен у 7 больных, в левом - у 2. У 1 больного процесс был двусторонним. Верхнедолевое поражение наблюдалось у 7 больных, нижнедолевое - у 2. У 1 больного с двусторонним поражением аспергиллема установлена в одном легком верхней доле, во втором легком нижней доле.

До операции противогрибковая терапия проведена у 7 больных. После операции первые 5 дней противогрибковые препараты назначали в инъекциях (флу-

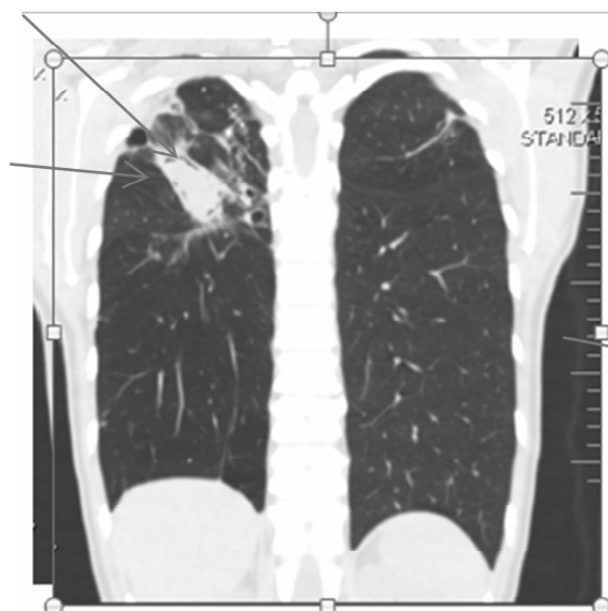


Рис. 1. КТ легких больной С. Верхняя стрелка указывает на воздушную прослойку симптом венчика. Нижняя стрелка указывает на грибной комок-bissuss.

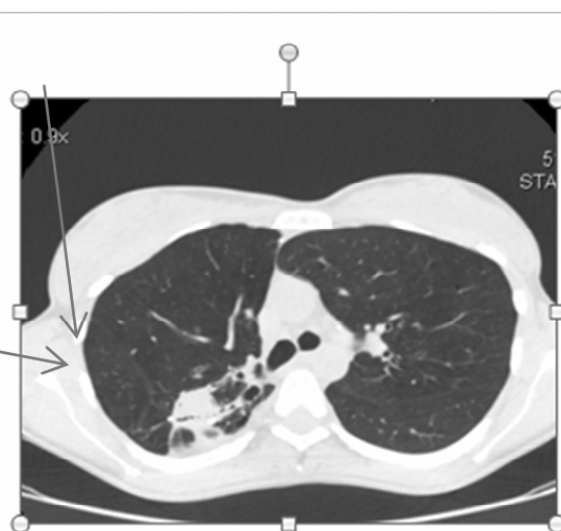


Рис. 2. Поперечный срез КТ больной С. Верхняя стрелка указывает на воздушную прослойку (венчик). Косая стрелка указывает на грибной комок (bissuss).

коназол по 100мл в/в капельно), затем продолжили терапию таблетированными формами.

Оперативное лечение аспергиллемы в настоящее время является стандартной методом, которое выполняют обычно в случаях рецидивирующего кровохарканья или по жизненным показаниям - при профузном кровотечении [4]. Проведены следующие виды операций: лобэктомия - у 7 больных, комбинированная резекция (верхняя доля и У1 сегмент) - у 1, задне-верхняя 5-ти реберная торакопластика с кавернопластикой - у 1, верхняя лобэктомия с задневерхней 4-х реберной коррегирующей торакопластикой - у 1.

А.Х. Керимов (1988) [1] отмечал достаточно высокий процент осложнений в послеоперационном периоде. Так из 18 прооперированных больных у 5 - образовались аспергиллемы остаточной плевральной полости, у 1 больного процесс перешел в хроническую пневмонию и у 3 сформировались бронхоплевральные свищи. В исследования Kabiri H. с соавт. (1999) [9] осложнения отмечены в 39% случаев после оперативного лечения по поводу аспергиллем. В послеоперационном периоде у 1 больной (10%) из 10 наблюдалась эмпиема щелевидной остаточной полости с бронхиальным свищем с сопутствующей патологией сахарным диабетом. После консервативных мероприятий эмпиема ликвидирована, больная выписана в удовлетворительном состоянии с сухой щелевидной остаточной полостью.

Хорошая послеоперационная эффективность по поводу аспергиллем составила 90% (у 9 из 10 больных), удовлетворительные результаты - 10% (у 1 из 10).

Выводы:

1. Аспергиллема встречается как осложнение туберкулеза в 2,6% случаев.

2. Хирургическое лечение аспергиллем легких в основном резекционные - резекции доли. При сложных случаях можно ограничиться кавернопластикой с торакопластикой с удалением аспергиллем из каверны.

3. Послеоперационные осложнения по поводу аспергиллем встречаются в 10% случаев.

4. Хорошая эффективность хирургического лечения аспергиллем составляет 90%, удовлетворительные результаты 10%.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Керимов А.Х. Аспергиллез легких: (клинико-эксперим. исслед.): Автореф. дис. д-ра мед. наук // ВНИИ пульмонологии. - Л., 1988. - 33 с.
2. Bardana Jr. E.J. Pulmonary aspergillosis. In: Al-Doory Y., Wagner G.E. (Eds.). Aspergillosis. Springfield: Charles C. Thomas, Pub, 1985, chap. 2.- P. 7-24.
3. British Thoracic and Tuberculosis Association. Aspergillus in persistent lung cavities after tuberculosis // Tubercle.- 1968.- Vol.49.- P.1-11.
4. Severo L.C., Geyer G.R., Porto N.S. Pulmonary aspergillus intracavitary colonisation (PAIS) // Mycopathologia.- 1990.- Vol.112.- P.93-104.
5. Chatzimichalis A., Massard G. Kessler R., Barsotti P., Claudon B., Ojard-Chillrt J., Wihlm J.M. Bronchopulmonary aspergilloma: a reappraisal // Ann. Thorac. Surg.-1998.-Vol.65.-№4.-P.927-929.
6. Kim J.S., Rhee Y., Kang S.M. et al. A case of endobronchial aspergilloma // Yosei Med.-2000.- Vol.41.- P. 411-425.
7. Davies D., Somner A.R. Pulmonary aspergilloma treated with corticosteroids // Thorax.-1972.- Vol.27.-P.156-162.
8. Rzepecki W., Harazda M., Doiezal M. A trial of isolating a tumor-like form of pulmonary cavities infected with aspergilli. II. Intra and postoperative, morphologic and serologic data // Bronches.-1978.- Vol. 28.- P. 87-98.
9. Kabiri H., Lahlou K., Achir A., al Aziz S., el Meslout A., Benosman A. Pulmonary aspergilloma: results of surgical treatment. Report of a series of 206 cases //Chirurgie.-1999.-Vol.124,№6.-P.655-660.

Поступила 09.03.2020