

płatów płuc. Powoduje to zniwelowanie efektu zajmowania przestrzeni przez te niefunkcjonujące obszary tkanki płucnej i normalizację ogólnej objętości płuc, a co za tym idzie – również poprawę funkcji przepony i ściany klatki piersiowej. Poprawa funkcji oddechowej jest umiarkowana w wartościach bezwzględnych, zwykle o około 0,5 l dla FEV₁. Niemniej jednak pacjenci kwalifikowani do tego typu zabiegów chirurgicznych mają zabiegową FEV₁ niższą niż 1,0 l, a zatem potencjalne korzyści są znaczące. Zabieg wykonuje się zarówno z wykorzystaniem wideotorakoskopii, jak i z dostępu przez sternotomię pośrodkową. Poprawa stanu klinicznego trwa zaledwie kilka lat, ponieważ funkcja płuc stopniowo się pogarsza, co odzwierciedla postępujący charakter schorzenia. Duże znaczenie ma kwalifikacja chorych do leczenia, ponieważ śmiertelność okołoperacyjna jest wysoka (6–12%) i związana ze złym ogólnym stanem tych pacjentów.

Śródmiąższowe choroby płuc

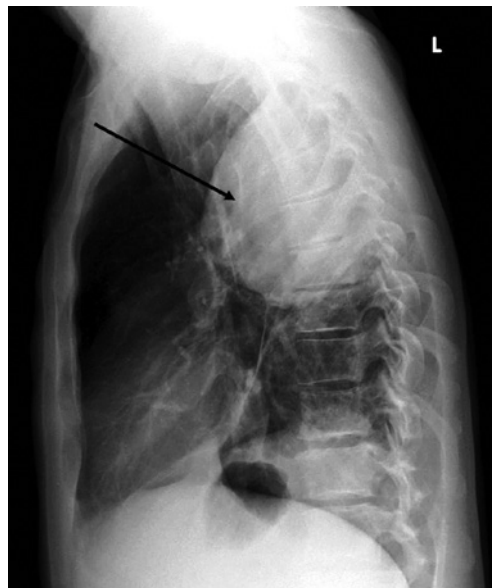
Przyczyny tych schorzeń mogą być różne, a właściwe leczenie zależy od dokładnie postawionego rozpoznania patomorfologicznego. Wykonanie biopsji przezoskrzelowej może być pomocne w ustaleniu rozpoznania w niektórych przypadkach, zwłaszcza w sarkoidozie. Zdarza się, że pobrany wycinek jest bardzo mały i dlatego może okazać się niediagnostyczny. Zazwyczaj preferuje się wykonywanie zabiegów wideotorakoskopowych w celu klinowego wycięcia zmienionej chorobowo tkanki płucnej. Pacjent wypisywany jest do domu zwykle w pierwszej dobie po operacji.

Choroby infekcyjne płuc i opłucnej

Ropniak opłucnej

W schorzeniu tym dochodzi do wytworzenia się zbiornika ropy w obrębie jamy opłucnej. Następuje to zazwyczaj po zapaleniu płuc na skutek wtórnej infekcji odczynowego wysięku gromadzącego się w opłucnej w przebiegu zapalenia. W początkowej fazie zainfekowany płyn jest rzadki i może być całkowicie usunięty w wyniku drenażu założonego w niskiej przestrzeni międzyżebrowej. Zainfekowany płyn w jamie opłucnej szybko jednak gęstnieje i ulega otrobieniu wskutek tworzenia się depozytów włókna. W tym stadium konieczny jest drenaż chirurgiczny. Zbiornik ropy zlokalizowany jest typowo z tyłu, u podstawy jamy opłucnej i powoduje na zdjęciu RTG zacinienie w kształcie litery D (ryc. 22.25). Drenaż na tym etapie można wykonać z wykorzystaniem wideotorakoskopii, albo wycinając dwucentymetrowy fragment żebra tuż nad najniższą częścią ropniaka z następowym odessaniem i oczyszczeniem jamy opłucnowej. Ponieważ ropniak otoczony jest grubą warstwą włókna, drenaż powoduje pozostawienie sztywnej jamy. U pacjentów starszych i w złym stanie klinicznym umieszcza się w jamie prosty dren na wiele miesięcy. W tym czasie jama ropniaka stopniowo się zmniejsza, aż w końcu zanika. U młodszych pacjentów otwarta torakotomia z dekortykacją umożliwia całkowite usunięcie włóknistej jamy ropniaka i zmienionych fragmentów opłucnej. Metoda ta pozwala w większym zakresie przywrócić funkcję płuc, unikając przy tym przewlekłego drenażu, w wyniku czego proces rekonwalescencji postępuje szybciej.

Innymi przyczynami powstania ropniaka opłucnej są: pooperacyjny przeciek na linii szwu oskrzelowego lub przelykowego, pęknięcie lub przedziurwienie przelyku, powtarzająca się aspiracja wysięku opłucnowego, wtórna infekcja częściowo wykrzepionego krwiaka opłucnej oraz rzadziej ropień podprzeponowy.



Ryc. 22.25 Ropniak opłucnej na zdjęciu bocznym klatki piersiowej. Zdjęcie to ukazuje typowy zarys ropniaka w kształcie litery D z poziomem płynu (strzałka).

Rozstrzenie oskrzeli

Poszerzenie oskrzeli i oskrzelików może być skutkiem infekcji układu oddechowego przebytych w dzieciństwie, np. odra lub krztusiec. Zalegająca wydzielina staje się celem ciągłej kontaminacji bakteryjnej, co wywołuje epizody ostrej zakażeń układu oddechowego i zapalenia płuc, a rzadziej krwioplucie. W leczeniu uwzględnia się antybiotykoterapię, fizjoterapię i codzienny drenaż ułożeniowy. Badanie za pomocą TK wykazuje zazwyczaj zmiany w całych płucach, chociaż niekiedy koncentrują się one w jednym płacie. Dochodzi do tego zwłaszcza wówczas, gdy rozstrzenie oskrzeli następuje wtórnie do zwężenia oskrzela powstałego na skutek aspiracji ciała obcego lub rzadziej w wyniku ucisku z zewnątrz. W tego typu rzadkich sytuacjach klinicznych usunięcie płata płuca powoduje znaczne zmniejszenie produkcji wydzieliny i częstości nawrotowych infekcji. Resekcja może być trudna technicznie ze względu na dobrze unaczynione zrosty otaczające zmieniony płat.

Zniekształcenia klatki piersiowej

Uwypuklenie mostka (kurza klatka piersiowa) lub jego zapadnięcie (lejkowata klatka piersiowa) to zaburzenia wykrywane i korygowane zazwyczaj w dzieciństwie. Lejkowata klatka piersiowa może wiązać się z chorobami tkanki łącznej, takimi jak zespół Marfana, oraz z jednostronną hipoplazją sutka. Deformacji tej towarzyszy często niewielkiego stopnia skolioza, a pacjenci przyjmują charakterystyczną zgarbioną sylwetkę. Bywa jednak często, że pacjenci z tym zniekształceniem zgłaszają się do lekarza dopiero w wieku kilkunastu lat. W tym czasie, na skutek intensywnego wzrostu, zniekształcenie się nasila, a nastoletni pacjenci zaczynają zwracać uwagę na swój wygląd zewnętrzny. Deformacja ta nie ma większego znaczenia fizjologicznego, a korekta chirurgiczna jest wskazana, jeśli jakość życia pacjenta jest niezadowolająca ze względu na obniżoną ocenę wyglądu fizycznego.

Zabieg naprawczy jest rozległy i wykonywany techniką otwartą polega na obustronnym usunięciu chrząstek żeber od trzeciego w dół w celu mobilizacji i repozycji mostka.