

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ТУБЕРКУЛЕЗА ЛЕГКИХ С МНОЖЕСТВЕННОЙ ЛЕКАРСТВЕННОЙ УСТОЙЧИВОСТЬЮ ВОЗБУДИТЕЛЯ

САБИРОВ Ш. Ю., РАХМАНОВ Ш. А.

SURGICAL TREATMENT OF PULMONARY TUBERCULOSIS WITH MULTIPLE DRUG RESISTANCE OF MYCOBACTERIA

SABIROV SH. YU., RAKHMANOV SH. A.

РСПМЦ ФАП МЗ РУз, г. Ташкент, Республика Узбекистан

Republican Specialized Scientific Practical Medical Center of Phthisiology and Pulmonology, Tashkent, Republic of Uzbekistan

Цель: изучение клинической эффективности хирургического лечения туберкулеза легких с мультирезистентностью возбудителя.

Материалы и методы. Изучены результаты хирургического лечения у 245 больных с мультирезистентностью возбудителя. У всех больных проведен подробный анализ клинико-рентгенологических, бактериологических и функциональных исследований.

Продолжительность заболевания у 66 больных составила до 2 лет, у 122 – 3-4 года, у 55 – более 5 лет. Среди больных преобладали лица молодого и наиболее трудоспособного возраста – от 20 до 45 лет (212 – 86,5%), а также мужчины (168 – 68,6%) по сравнению с женщинами (77 – 31,4%). У 85 больных (34,7%) на фоне лечения наблюдалось прогрессирующее течение туберкулезного процесса. Легочное кровотечение и рецидивирующее кровохарканье отмечались у 81 (33,1%) больного.

Результаты. При бактериологическом исследовании у всех больных в мокроте обнаружены микобактерии туберкулеза с устойчивостью к противотуберкулезным препаратам первого ряда. При рентгенологическом исследовании диагностирована различная распространенность туберкулезного процесса. У 45 больных выявлен ограниченный туберкулезный процесс в пределах одной доли легкого, распространенный – у 200, из них у 132 (66,0%) больных имелась односторонняя локализация, у 68 (34,0%) – двустороннее поражение легких.

При бронхологическом исследовании у 151 больного диагностирован диффузный катаральный неспецифический бронхит долевых и сегментарных бронхов, у 65 – туберкулезный эндобронхит, из них у 19 – со стенозом бронхов.

Тяжесть течения болезни дополнительно усугубляли различные сопутствующие заболевания у 74 (30,2%) больных, в том числе хроническая обструктивная болезнь легких – у 34, язвенная болезнь 12-перстной кишки – у 17, хронический гастрит – у 6, сахарный диабет – у 17.

При изучении показателей легочной вентиляции установлены значительное снижение жизненной емкости легких до $48 \pm 5\%$ по сравнению с долж-

ными величинами, повышение минутного объема дыхания – до $108 \pm 4\%$. Нарушения легочной вентиляции I степени установлены у 59 больных, II степени – у 98, III степени – у 88, которые, как правило, носили рестриктивный характер.

Таким образом, приведенная клинико-рентгенологическая и функциональная характеристика свидетельствует о значительной клинической тяжести состояния больных, обусловленной продолжительными сроками и распространенностью туберкулеза, функциональными нарушениями дыхания и сердечно-сосудистой систем и неэффективностью ранее проведенного химиотерапевтического лечения. Указанные факторы служили показанием к хирургическому лечению.

Подготовка к оперативным вмешательствам носила многоплановый характер. Предоперационная химиотерапия в режиме ДОТС+ (E(Z) + OfI + Pr + K + PASK + Cs) проводилась 63 больным, химиотерапия препаратами основного и резервного ряда в среднем 2 мес. [E + Z + OfI(Lev) + Pr + K(Am)] – 182. У 169 больных химиотерапия сочеталась с применением пневмоперитонеума. Для снижения интоксикации и ускорения стабилизации туберкулезного процесса дополнительно назначали ультрафиолетовое облучение крови, трансфузию белковых, солевых препаратов и различных кровезаменителей. Послеоперационная химиотерапия у больных, не включенных в программу ДОТС+, продолжалась от 6 до 12 мес. в зависимости от распространенности процесса и объема планируемого оперативного вмешательства. Следует отметить, что после операции больные продолжали интенсивную схему лечения около 2 мес., затем проводили лечение 2-3 препаратами основного ряда.

После проведенной предоперационной подготовки клинико-рентгенологическая стабилизация туберкулезного процесса в легких и плевре с абациллированием мокроты достигнута у 144 больных. Различные виды частичных резекций легких выполнены у 57 больных, из них сегментарная резекция – у 10, лобэктомия – у 39, комбинированная резекция – у 8. Пульмонэктомия при распространенном туберкулезе легких проведена у 95 больных и задневерхняя 5-6-реберная торакопластика – у 93.

Послеоперационные осложнения развились у 29 (11,8%) больных, из них бронхиальный свищ и эмпиема плевры – у 15, раннее обострение туберкулеза – у 9, легочно-сердечная недостаточность – у 5. Осложнения после частичных резекций легких возникли у 4 (7,0%) больных, после пульмонэктомии – у 13 (13,7%), после торакопластики – у 12 (12,9%). Указанные осложнения терапевтическим лечением и повторными операциями ликвидированы у 20 больных из 29.

Хорошая клиническая эффективность хирургического лечения установлена у 226 (92,2%) больных, из них после частичных резекций легких – у 56 (98,2%), пульмонэктомии – у 86 (90,5%), торакопластики – у 84 (90,3%). Неудовлетворительные результаты отмечены у 11 (4,5%) больных, из них у 4 – после пульмонэктомии из-за функционирующего бронхиального свища и эмпиемы плевры, у 6 – после

торакопластики из-за наличия деформированной каверны и продолжения бактериовыделения. Летальность наступила у 8 (3,3%) больных от прогрессирования легочного туберкулеза и эмпиемы плевры, в том числе после резекционных операций – у 6, торакопластики – у 2. Следует отметить, что достоверной разницы в исходах оперативного вмешательства в зависимости от режима химиотерапии не установлено.

Заключение. Туберкулез легких с мультирезистентностью возбудителя является тяжелой патологией, для которой характерны выраженная клиническая активность заболевания, частое прогрессирование, высокая частота бактериовыделения и неэффективность противотуберкулезной химиотерапии. У больных этого контингента резекционные и торакопластические операции являются одним из основных и эффективных методов лечения и способствует оздоровлению 92,2% пациентов.

ОСОБЕННОСТЬ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ У БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ С МНОЖЕСТВЕННОЙ ЛЕКАРСТВЕННОЙ УСТОЙЧИВОСТЬЮ ВОЗБУДИТЕЛЯ В ОПЕРАЦИОННОМ МАТЕРИАЛЕ

САВЕЛЬЕВ В. В.¹, ВЕЛИКАЯ О. В.²

SPECIFIC X-RAY CHANGES IN PULMONARY TUBERCULOSIS WITH MULTIPLE DRUG RESISTANCE OF MYCOBACTERIA FOUND IN THE SURGERY SAMPLES

SAVELEV V. V.¹, VELIKAYA O. V.²

¹Воронежский областной клинический противотуберкулезный диспансер им. Н. С. Похвисневой, г. Воронеж

²Воронежская государственная медицинская академия им. Н. Н. Бурденко, г. Воронеж

¹Regional Clinical TB Dispensary named after N. S. Pokhvisneva, Voronezh, RF

²Voronezh State Medical Academy named after N. N. Burdenko, Voronezh, RF

Среди больных туберкулезом легких следует выделить особую группу, у которой, несмотря на применение молекулярно-генетических методов обнаружения возбудителя, выявить микобактерию туберкулеза (МБТ) в мокроте и бронхиальном смыве не удастся. В этом случае диагноз туберкулеза ставится на основании клинико-рентгенологических данных. Эти пациенты без бактериовыделения, как правило, с ограниченными процессами, составляют в среднем 20% от общего числа больных туберкулезом легких. Они проходят курс эмпирической химиотерапии (ХТ) без идентификации МБТ и, следовательно, без сведений о лекарственной чувствительности возбудителя. У них решение вопроса о хирургическом лечении основывается исключительно на результатах рентгенологической картины.

Цель: анализ предоперационной рентгенологической картины у пациентов с туберкулезом легких, у которых МБТ и их множественная лекарствен-

ная устойчивость (МЛУ) установлены в результате исследования операционного материала методом полимеразной цепной реакции в реальном времени.

Материалы и методы. Под наблюдением находились 25 пациентов, которые с 2013 по 2014 г. проходили курс ХТ по стандартным режимам в условиях легочно-терапевтического и легочно-хирургического отделений диспансера. В исследуемой группе было 19 мужчин и 6 женщин. Больные в основном были из социально благополучной группы населения, только 3 из них имели судимость. У одного пациента был доказан контакт с больным туберкулезом с МЛУ МБТ. Всем пациентам при поступлении в стационар проводили исследования мокроты как стандартными методами (посев на твердые и жидкие питательные среды), так и молекулярно-генетическими с помощью тест-системы GeneXpert. У всех больных получены отрицательные результаты. Пациентам в обязательном порядке выполнена