

СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ И ПЕРСПЕКТИВЫ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ В РЕСПУБЛИКЕ БАШКОРТОСТАН

*Х.К.Аминев, З.Р. Гарифуллин, М.М. Азаматова, В.В. Жерненко, К.И. Гольянова,
Ю.Б. Погодин, С.Н. Ковалевич, Н.С. Максимов*

Кафедра фтизиопульмонологии с курсом ИПО (зав. – проф. Х.К. Аминев) Башкирского государственного медицинского университета, Республиканский противотуберкулезный диспансер (главврач – М.М. Азаматова), городской противотуберкулезный диспансер (главврач – В.В. Жерненко), г. Уфа

Современная эпидемиологическая ситуация по туберкулезу в Республике Башкортостан, как и в целом в Российской Федерации, характеризуется стабилизацией показателей заболеваемости и смертности от туберкулеза. Вместе с тем эффективность лечения больных туберкулезом в Российской Федерации остается на низком уровне, и за период 1985–2000 гг. результаты лечения впервые выявленных больных ухудшились на 20–25%, что привело к увеличению в РФ за последние 7 лет численности

В Республике Башкортостан закрытие полости распада в 2004 г. было достигнуто у 71,8%, прекращение бактериовыделения – у 85,1% впервые выявленных больных (по РФ в 2003 г. – соответственно у 62,4% и 73,5%). Существенный вклад в повышение эффективности лечения впервые выявленных больных туберкулезом органов дыхания, в том числе с полирезистентностью и МЛУ микобактерий туберкулеза, вносит фтизиохирургическая служба республики.

Таблица 1

Распределение больных по клиническим формам туберкулеза органов дыхания, оперированных в 1966–2004 гг. в легочно-хирургическом центре г. Уфы

Годы	Всего больных		Формы туберкулеза							
			фиброзно-кавернозный		туберкулезная эмпиема		туберкулома		туберкулез ВГЛУ	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
1966–1970	1068	8,9	434	40,6	27	2,5	434	40,6	24	2,3
1971–1975	1629	13,7	421	25,8	10	0,6	667	40,9	357	21,9
1976–1980	1696	14,2	504	29,7	23	1,4	770	45,4	206	12,2
1981–1985	1926	16,2	509	26,4	35	1,8	1086	56,4	69	3,6
1986–1990	1595	13,4	364	22,8	31	1,9	1053	66,0	26	1,6
1991–1995	1164	9,8	316	27,1	50	4,3	673	57,8	8	0,7
1996–2000	1711	14,3	373	21,8	30	1,8	904	52,8	10	0,6
2001–2004	1129	9,5	238	21,1	8	0,7	636	56,3	2	0,2
Итого	11918	100	3159	26,5	214	1,7	6223	52,2	702	5,9

больных фиброзно-кавернозным туберкулезом на 31,7% [2]. Одним из основных факторов, ухудшающих эффективность лечения впервые выявленных больных туберкулезом, наряду с поздним их обнаружением, увеличением частоты остро прогрессирующих и распространенных форм заболевания, ухудшением контроля за организацией лечения, является учащение случаев установления первичной лекарственной устойчивости (ПЛУ) возбудителя до 25–30% среди впервые выявленных больных, в том числе первичной множественной лекарственной устойчивости (ПМЛУ) – до 6–8% [1].

Целью настоящего исследования являлось определение роли и эффективности хирургических методов лечения больных туберкулезом органов дыхания в Республике Башкортостан в современных эпидемиологических условиях.

Нами обобщен опыт оперативного лечения больных туберкулезом органов дыхания в легочно-хирургическом центре г. Уфы за 1966–2004 гг. В табл. 1 представлена общая численность оперированных больных туберкулезом органов дыхания, явившихся объектом непосредственного исследования. Весь контингент оперированных со-

Таблица 2

Виды операций при туберкулезе органов дыхания за 1966–2004 гг.

Характер оперативных вмешательств	Всего больных	
	абс.	%
Плевропневмонэктомия	469	3,9
Лоб-, билобэктомия	2399	20,2
Комбинированные резекции	475	4,0
Экономные резекции	6238	52,3
Удаление внутригрудных лимфатических узлов	702	5,9
Плеврэктомия	88	0,7
Торакомиопластические вмешательства	898	7,6
Прочие	648	5,4
Итого	11918	100,0

стоял из 11918 больных. Мужчин было 8821 (74%), женщин – 3097 (26%). Возраст больных колебался от 3 до 68 лет. Локальные формы первичного туберкулеза и его осложнения имели место у 702 (5,9%) больных, вторичные формы – у 11216 (94,1%).

За анализируемый период наблюдалось увеличение среднегодового числа оперированных с 214 в 1966–1970 гг. до 385 в 1981–1985 гг. С 1991–1995 гг. отмечалось их уменьшение до 233, в 1996–2000 гг. – вновь увеличение до 343 больных, в 2001–2004 гг. – некоторое уменьшение до 282. Если в первом пятилетии меньшее число операций было обусловлено становлением грудной хирургии и анестезиологии, то в 1991–1995 гг. – ухудшением клиникo-морфологических проявлений туберкулезного процесса. В 1971–1980 гг. значительное число оперативных вмешательств было произведено по поводу казеозных форм туберкулеза внутригрудных лимфатических узлов. Анализ этих данных и изучение эпидемиологической ситуации по туберкулезу в Республике Башкортостан показали, что формирование хирургического контингента среди больных первичным туберкулезом зависит от уровня резервуара туберкулезной инфекции. По мере снижения этого резервуара первичный туберкулез стал протекать с поражением внутригрудных лимфатических узлов по типу малых форм, не требующих оперативного лечения.

Вместе с тем отмечалось увеличение числа операций по поводу туберкулом с 40,6% в 1966–1970 гг. до 66,0% в 1986–1990 гг. с постепенным уменьшением к 1996–2000 гг. до 52,8%. Уменьшение числа операций по поводу фиброзно-кавернозного туберкулеза с 40,6% в 1966–1970 гг. до 21,1% в 2001–2004 гг. объясняется разви-

тием распространенных прогрессирующих форм туберкулезного процесса в последние годы, когда риск оперативных вмешательств становится выше риска заболевания. В последнее время отмечается увеличение удельного веса больных с полирезистентностью и множественной лекарственной устойчивостью микобактерий туберкулеза среди оперированных с 2,4% в 1996–2000 гг. до 10,8% в 2001–2004 гг.

Приведенные данные позволяют сделать вывод о современном патоморфозе туберкулеза и необходимости учета произошедших изменений при выработке и планировании лечебной тактики с учетом применения хирургических методов лечения.

Арсенал использованных фтизиохирургических методов был весьма широк и разнообразен (табл. 2): удаление внутригрудных лимфатических узлов – у 702 (5,9%), пневмон-, плевропневмонэктомия – у 469 (3,9%), лоб- и билобэктомия – у 2399 (20,2%), комбинированные резекции – у 475 (4,0%), экономные резекции – у 6238 (52,3%), плеврэктомия – у 88 (0,7%), торакомиопластические операции – у 898 (7,6%), прочие – у 648 (5,4%). К прочим операциям мы относим диагностическую торакотомию, дренирование каверны, торакоцентез с дренированием плевральной полости, повторные операции по поводу послеоперационных осложнений (реторакотомия, торакотомия с санацией полости эмпиемы плевры, остаточной полости, резекция культи бронха, операции по поводу остеомиелита ребер и лигатурных свищей и т.д.). В последние годы прослеживается тенденция к увеличению частоты прочих операций, что связано как с утяжелением контингента хирургических отделений и ростом удельного веса больных с осложненными формами туберкулеза органов дыхания, требующих интенсивной предоперационной подготовки с применением оперативных пособий, так и с некоторым увеличением частоты послеоперационных осложнений, радикальное излечение которых невозможно без использования повторных хирургических вмешательств. В связи с этим для улучшения отчетности мы предлагаем ввести термин «оперативные вмешательства по поводу осложнений после операции».

Послеоперационные осложнения имели место у 1655 (13,9%) больных (табл. 3). Частота послеоперационных осложнений в последнее четырехлетие имеет тенденцию к некоторому увеличению, что объясняет-

Таблица 3

Частота осложнений после операций по поводу туберкулеза органов дыхания за 1966–2004 гг.

Годы	Число больных	Осложнения		Умерли	
		абс.	%	абс.	%
1966–1970	1068	167	15,6	6	0,6
1971–1975	1629	276	14,3	12	0,7
1976–1980	1696	215	12,7	3	0,2
1981–1985	1926	288	15,0	1	0,1
1986–1990	1595	232	14,6	3	0,2
1991–1995	1164	125	10,7	14	1,2
1996–2000	1711	189	11,1	14	0,8
2001–2004	1129	163	14,4	8	0,7
Итого	11918	1655	13,9	61	0,5

ся расширением показаний к хирургическому лечению и учащением случаев лекарственной устойчивости микобактерий. Так, среди оперированных 205 больных с полирезистентностью и множественной лекарственной устойчивостью послеоперационные осложнения возникли у 53 (25,9%), из них у 43 (81,1%) их удалось ликвидировать в послеоперационном периоде.

Послеоперационная летальность колебалась в пределах 0,1–1,2% и в основном наблюдалась при обширных травматичных операциях.

Изучение отдаленных результатов хирургического лечения у больных туберкулезом органов дыхания в зависимости от характера оперативных вмешательств показало, что объем резекции легких на клиническое излечение существенного влияния не оказывает. После пневмон- и плевропневмонэктомии клиническое излечение от туберкулеза было достигнуто у 77,4% больных. Стойкая утрата трудоспособности наблюдалась у 25% пациентов, летальный исход – у 6,5%. Вместе с тем у больных почти с аналогичным процессом после торакомиопластических вмешательств клиническое излечение имело место в 91,0% случаев, стойкая утрата трудоспособности – в 5,4%, летальный исход от прогрессирования туберкулезного процесса – в 2,7%. Среди отказавшихся от оперативного лечения процесс перешел в хронический у 17,1% больных с последующим летальным исходом от прогрессирования туберкулезного процесса у 7,1% из них (среди оперированных больных – у 1,8%).

Хирургическое лечение туберкулеза органов дыхания оказалось эффективным у 96,1% больных. Стойкое клиническое излече-

ние было достигнуто у 93,8% больных, рецидивы возникли у 4,6%, трудовая реабилитация наступила у 90,5%. В 1966–2004 гг. удельный вес оперированных среди всех клинически излеченных от туберкулеза колебался от 11 до 24,8% (в среднем 18,5%), в том числе среди больных с деструктивными процессами в легких – от 19,6 до 31,8%, бациллярным туберкулезом легких – от 15,1 до 30,4%.

Таким образом, хирургическое лечение туберкулеза органов дыхания в современных эпидемиологических условиях остается одним из важных методов борьбы с туберкулезом. Приведенные данные указывают на высокую эффективность хирургических методов лечения у больных туберкулезом органов дыхания. Вместе с тем учащение случаев лекарственной устойчивости микобактерий среди бактериовыделителей требует повышения хирургической активности у больных данного контингента. Проблема высокой частоты послеоперационных осложнений у пациентов с полирезистентностью и множественной лекарственной устойчивостью должна решаться посредством совершенствования их отбора на хирургическое лечение, оптимизацией предоперационной подготовки и разработкой мер по профилактике послеоперационных осложнений.

ЛИТЕРАТУРА

1. В.В. Ерохин // Пробл. туб. – 2004. – № 8. – С. 3–6.
2. М.В. Шилова // Пробл. туб. – 2005. – № 5. – С. 31–36.

Поступила 22.11.05.

THE CURRENT SITUATION AND PERSPECTIVES OF SURGICAL TREATMENT OF PATIENTS WITH PULMONARY TUBERCULOSIS IN THE REPUBLIC OF BASHKORTOSTAN

Kh.K. Aminev, Z.R. Garifullin, M.M. Azamatova, V.V. Ghernenko, K.I. Golyanova, Yu. B. Pogodin, S.N. Kovalevich, N.S. Maksimov

Summary

The statistical analysis of the results of the surgical treatment of 11918 patients with pulmonary tuberculosis treated in Ufa pulmonary-surgical center in 1966-2004 was carried out. The majority of patients (94,1%) had clinical forms of secondary tuberculosis. The surgical procedures included all types of pulmonary resection: the economy ones, pneumoectomy, toracoplastic operations and extraction of lymphatic nodes. Postoperative complications were registered in 13,9% patients, postoperative mortality was 0,1-1,2%. Effectiveness of surgical treatment was achieved in 96,1% patients, professional rehabilitation was achieved in 90,5% patients.