

Еримбетов К.Д.¹, Зетов А.Ш.², Ахметкалиев М.Н.³

¹доктор медицинских наук, заведующий отделением хирургического лечения туберкулеза легких; ²кандидат медицинских наук, старший научный сотрудник отделения хирургического лечения туберкулеза легких; ³кандидат медицинских наук, патоморфолог. РГКП «Национальный центр проблем туберкулеза» МЗ РК, Алматы

ПАРАЛЛЕЛИ МОРФОЛОГИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ С РЕЗУЛЬТАТАМИ БАКТЕРИОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ С РАЗЛИЧНОЙ СТЕПЕНЬЮ ЛЕКАРСТВЕННОЙ РЕЗИСТЕНТНОСТИ

Аннотация

Морфологическая картина резекционного материала у больных туберкулезом легких с широкой лекарственной устойчивостью при длительном времени бактериовыделения в отличие от группы больных с мультирезистентной формой туберкулеза характеризовалась выраженным содержанием казеозных масс, неадекватностью толщины грануляционного слоя по отношению к казеозно-некротическому слою с малым числом эпителиоидных и единичных гигантских клеток Лангханса, истонченным наружным фиброзным слоем, наличием специфического процесса в бронхе в 46,1% случаях.

Summary

The morphological picture of resection material in patients with pulmonary tuberculosis with amplified drug resistance of TB bacilli excreting for a long time been compared with group of patients with multidrug resistance was characterized by expressed content of caseous masses, non-adequacy of thickness of granulation layer towards to the caseous necrotic layer with small number of epithelioid and single giant Langhans' cells, thinner external fibrous layer, presence of specific process in bronchi in 46.1%

Фиброзно-кавернозный туберкулез характеризуется наличием каверн в легком, с явлениями выраженного фиброза в их стенках (соединительно-тканная капсула), препятствующая проникновению в каверну из сосудистого русла противотуберкулезных препаратов в нужной концентрации, с чем и объясняется низкая эффективность консервативного лечения и развитие лекарственной устойчивости (Л.К.Богуш,1979).

По литературным данным эффективность химиотерапии фиброзно-кавернозного туберкулеза легкого составляет 4-8% (А.Е.Рабухин, 1976; А.Г. Хоменко, 1983).

Учитывая вышеизложенное, хирургический метод лечения этой формы туберкулеза легких является приоритетным.

Необходимость расширения показаний к хирургическому лечению больных с данной формой туберкулеза и его своевременного проведения отмечают многие авторы, оправдывая это абациллированием, приостановлением прогрессирования специфического процесса и в целом уменьшением накопления контингента хроников (А.Я. Шайхаев, А.П. Нажмеденов, 1992; М.И. Перельман и соавт.,2002).

При морфологическом исследовании резекционного материала больных с фиброзно-кавернозным туберкулезом активный туберкулезный процесс обнаружен в 78,5% случаев (Ракишев Г.Б., Еримбетов К.Д., 2005).

Материалы и методы исследования. Для исследования взаимосвязи морфологических изменений с результатами бактериологического исследования у больных с резистентными формами туберкулеза анализированы результаты хирургического лечения 41 больного с резистентной формой туберкулеза легких,

пролеченных в легочно-хирургическом отделении Национального центра проблем туберкулеза.

Результаты. Возраст больных колебался от 19 до 49 лет.

Все больные были с диагнозом фиброзно-кавернозного туберкулеза с различным объемом поражения паренхимы легкого.

По признаку лекарственной устойчивости больные разделены на 2 группы. Первую группу составили 13 больных с широкой лекарственной устойчивостью (ТБ ШЛУ) с наличием резистентности к противотуберкулезным препаратам первого и второго ряда, в частности к капреомицину и офлоксацину.

Вторую группу составили 28 больных с множественной лекарственной устойчивостью (далее - ТБ МЛУ) с наличием резистентности к противотуберкулезным препаратам первого ряда (к изониазиду и рифампицину).

Как видно из таблицы 1 группу больных в 82,1% случаях составили только рецидивы и новые случаи – 17,1%. А в группе больных с ТБ ШЛУ кроме новых случаев (15,4%), неудачи лечения (30,7%) и рецидивов (15,4%), имело место неудачи лечения и рецидивы по IV категории в 30,7% и 7,7% случаях соответственно.

Таблица 1 – Типы больных туберкулезом легких

	Новый случай	Неудача лечения	Рецидив	Неудача лечения по IV категории	Рецидив по IV категории
ТБ МЛУ	5 (17,9%)	-	23 (82,1%)	-	-
ТБ ШЛУ	2 (15,4%)	4 (30,7%)	2 (15,4%)	4 (30,7%)	1 (7,7%)

Бактериовыделение перед операцией сохранялось у 3,6% больных с ТБ МЛУ, а у больных с ТБ ШЛУ в 92,3% случаях.

По сроку длительность бактериовыделения выражена у больных с ТБ ШЛУ, так до 2 лет бациллярность сохранялась в 53,8% случаях, что говорит о малоэффективности проводимой терапии (таблица 2).

Таблица 2 – Длительность бактериовыделения больных туберкулезом легких

	До 3 месяцев	До 6 месяцев	До 1 года	До 2 лет
ТБ МЛУ	25 (89,3%)	3 (10,7%)	-	-
ТБ ШЛУ	1 (7,7%)	1 (7,7%)	3 (23,0%)	7 (53,8%)

Всего было произведено 41 оперативное вмешательство (таблица 3).

Таблица 3 – Характер проведенных операций больных туберкулезом легких

	Атипичная резекция сегментов	Лобэктомии	Пневмонэктомии	ТМПЛ
ТБ МЛУ n=28	6 (21,4%)	17 (60,7%)	4 (14,3%)	1 (3,5%)
ТБ ШЛУ n=13	2 (15,4%)	6 (46,1%)	4 (30,7%)	1 (7,7%)

В послеоперационный период развитие пострезекционного бронхиального свища отмечено у 3 (30,0%) больных с ТБ ШЛУ после пневмонэктомии.

В этой же группе неудачи лечения (появление бацилловыделения на поддерживающей фазе лечения) зарегистрированы у 6 (46,1%) больных, в отдаленный период рецидив заболевания отмечен в 1 (7,7%) случае.

Во второй группе наличие пострезекционных осложнений и рецидива заболевания не отмечено.

Изучался резекционный материал у всех больных. Как видно из таблицы 4, при изучении макропрепарата очистившая каверна с гладкой поверхностью отмечена только в 42,8% случаях с ТБ МЛУ. В большинстве случаев (77,0%) с ТБ ШЛУ отмечено наличие множества каверн с казеозными массами.

Таблица 4 – Характер макропрепарата больных туберкулезом легких

	Очистившаяся каверна	Каверна с умеренным содержанием казеоза	Множество каверн с казеозной массой
ТБ МЛУ	12 (42,8%)	10 (35,7%)	6 (21,4%)
ТБ ШЛУ	-	3 (23,0%)	10 (77,0%)

Следует отметить, что у всех больных при морфологическом исследовании было характерно наличие трехслойных каверн. Однако, у больных с ТБ ШЛУ отмечена выраженная инфильтрацию казеозных масс лейкоцитами с последующим разжижением их протеолитическими ферментами из распадающихся полиморфно-ядерных лейкоцитов, неадекватность толщины грануляционного слоя по отношению к казеозно-некротическому слою с малым числом эпителиоидных и единичных гигантских клеток Лангханса, наружный фиброзный слой был истончен, наличие язвенного туберкулезного бронхита.

Гистологическому исследованию подвергался участок резецированного бронха (таблица 5).

Таблица 5 – Характер поражения резецированного участка бронха

	Без патологии	Неспецифический бронхит	Хронический бронхит вне обострения	Туберкулезный бронхит
ТБ МЛУ	12 (45,8%)	4 (14,3%)	6 (21,4%)	6 (21,4%)
ТБ ШЛУ	1 (7,7%)	2 (15,4%)	4 (30,7%)	6 (46,1%)

Поражение различного характера было во всех случаях ТБ ШЛУ. У 46,1% больных с ТБ ШЛУ отмечено наличие туберкулезного бронхита в месте резекции, что явилось причиной послеоперационного осложнения – развития свища.

Таким образом, у больных с ТБ ШЛУ с длительным временем бактериовыделения в отличие от второй группы больных морфологическая картина характеризовалась выраженным содержанием казеозных масс, неадекватностью толщины грануляционного слоя по отношению к казеозно-некротическому слою с малым числом эпителиоидных и единичных гигантских клеток Лангханса, истонченным наружным фиброзным слоем, наличием специфического процесса в бронхе в 46,1% случаях. Применение хирургических методов лечения позволили достигнуть положительного результата в только 23,0% случаях. Высокий удельный вес пострезекционных осложнений – до 23,0%, неудачи лечения -46,1% и рецидивов заболевания – 7,7% заставляют думать о необходимости разработки тактики и изыскания новых методов лечения, которые позволили бы повысить эффективность хирургических операций данной категории лиц.

Литература

1. Рабухин А.Е. Туберкулез органов дыхания у взрослых.- Москва: Медицина, 1976.- 246 с.
2. Хоменко А.Г. Хоменко А.Г. Туберкулез органов дыхания.- Москва: Медицина, 1983.- С. 255- 256.
3. Богуш.Л.К. Хирургическое лечение туберкулеза легких.- Москва: Медицина, 1979.- 296с.
4. Шайхаев А.Я., Нажмеденов А.П. Удаление легкого в хирургии распространенных форм фиброзно-кавернозного туберкулеза //XI съезд врачей фтизиатров.- Санкт- Петербург, 1992.- С.183.
5. Перельман М.И., Наумов В.Н., Добкин В.Г., и др. Показания к хирургическому лечению больных туберкулезом легких // Пробл. туберкулеза.- 2002.- № 2.- С.51-55.
6. Ракишев Г.Б., Еримбетов К.Д. Хирургическое лечение туберкулеза легких.-Алматы, 2005.-146 с.