

ПАТОМОРФОЗ ТУБЕРКУЛЕМ ПО ДАННЫМ РЕЗЕКЦИЙ ЛЕГКОГО  
Д.И. Горенок, М.М. Голайдо, П.И. Зозуля, М.И. Дюсьмикеева, Е.М. Скрыгина  
ГУ «РНПЦ пульмонологии и фтизиатрии», г. Минск, Республика Беларусь

Положительный патоморфоз туберкулеза в 70-е годы коснулся и туберкулем. При исследованиях резектатов легких, проводившихся в патологоанатомическом отделении ГУ «РНПЦ пульмонологии и фтизиатрии» в период 1985-1994 гг. (150 наблюдений) активные туберкулемы с распадом встретились в 37,3%. В 34,0% клинико-морфологические сопоставления позволили выделить туберкулемы со стихающей активностью. В 28,7% наблюдали неактивные туберкулемы, при которых бактериологические посеы и бактериоскопические исследования казеозных масс оказались отрицательными. Сопутствующие очаги при активных туберкулемах, единичные или группами, наблюдались в 70,0%, при туберкулемах со стихающей активностью - в 53,3%, неактивные туберкулемы сопровождалась лишь небольшими рубцовыми участками. Активные туберкулезные изменения в пределах макроскопически неизменной легочной ткани определялись в 52,0%, а в бронхе у места его пересечения в 22,0%.

Негативный патоморфоз туберкулеза 90-х гг. распространился и на туберкулемы. За период 2010-2014 гг. (280 наблюдений) значительно увеличилось число активных туберкулем (66,8%), в т. ч. прогрессирующих с кавернизацией (12,1%). Умеренно активные туберкулемы с краевым распадом встретили в 25,4%, а неактивные туберкулемы - в 8,2%. В резектатах легкого стали наблюдаться множественные туберкулемы (50,0%) с размерами от 3 до 5 см в диаметре. Сопутствующие очаги сопровождали активные туберкулемы в 75,4% случаев. Активные туберкулезные изменения в пределах макроскопически неизменной легочной ткани на значительном протяжении от основного очага стали выявляться значительно чаще - в 86,1%, а в бронхе у места его пересечения в 52,1%.

Следовательно, в современных условиях процесс распространяется на значительно большей площади, чем размеры очагов, определяемые макроскопически, что необходимо учитывать для осуществления радикальности оперативных вмешательств.

В процессе лечения была выявлена тесная функциональная связь между размерами патологических изменений, их активностью и наличием в будущем обострений и рецидивов туберкулеза легких. На основе анализа зависимости частоты реактивации туберкулезного процесса от размеров патологического материала можно сделать заключение, что туберкулемы до 2,3 см в диаметре можно не оперировать, так как сами по себе эти образования не будут являться обязательной причиной реактивации. При наличии патологических изменений свыше этих размеров возрастает вероятность частоты реактивации специфического процесса в легких и в случае, если размеры туберкулемы больше 4 см, частота реактиваций туберкулезного процесса в легких в будущем приближалась к 100%. Таким

образом, наличие таких изменений в легочной ткани требует их хирургического удаления.

В 86,1% случаев в мазках-отпечатках с поверхности разреза патологического очага при активных туберкулемах выявляются кислотоустойчивые бактерии (КУБ), причем в 76,1% случаев – в значительном количестве.

Наибольший процент выявления КУБ отмечен в зоне основного очага. В легочной ткани вблизи патологического очага КУБ обнаруживаются в 47,1%, на значительном удалении от основного очага – лишь в 7,1%.

При бактериологическом исследовании резекционного материала легких микобактерии туберкулеза (МБТ) выделяются из тканевого субстрата у 92,8% пациентов, в том числе массивное выделение МБТ отмечается в 82,8% случаев.

Наибольшее количество МБТ выделяется из зоны основного очага поражения и прилежащей легочной ткани (77,1%). На значительном удалении от основного очага поражения количество выделенных МБТ резко уменьшается (11,1%).

92,8% выделенных из тканей изолятов МБТ являются лекарственно-устойчивыми, при этом первично лекарственно-устойчивые штаммы МБТ определяются в 27,1% случаев и вторично лекарственно-устойчивые – в 66,1%. Удельный вес множественно лекарственно-устойчивых (МЛУ) штаммов МБТ составляет 76,1%.

Спектр лекарственной устойчивости МБТ в очаге туберкулезного поражения частично совпадает со спектром лекарственной устойчивости МБТ, выделенных из мокроты до операции, в 73,9% наблюдений. В тканевом субстрате (туберкулема) определяется лекарственная устойчивость МБТ к большему числу противотуберкулезных препаратов, чем в мокроте.

Для повышения эффективности лечения в дооперационном периоде необходимо использовать не только строго этиологическое лечение, но и в случае резистентности МБТ – индивидуально подобранную комбинацию противотуберкулезных лекарственных средств (ПТЛС), а также методы патогенетического воздействия (вибромассаж, электрофорез и другие), которые улучшают проникновение ПТЛС в специфические очаги поражения в легочной ткани.

Такие сведения, как морфологическое состояние патологического процесса в операционном материале, наличие или отсутствие перифокального воспаления в них служат критериями эффективности лечения пациентов до операции, а также влияют на возможность развития в будущем реактивации туберкулезного процесса в легких.

Послеоперационная химиотерапия должна основываться на морфологическом анализе операционного материала, оценке остаточных специфических изменений в органах дыхания (легкое, плевра), определении и сопоставлении лекарственной чувствительности МБТ при бактериологическом исследовании мокроты и резекционного материала.