

Министерство здравоохранения Республики Беларусь  
ГУ «Республиканский научно-практический центр  
пульмонологии и фтизиатрии»  
РОО «Белорусское респираторное общество»

**СОВРЕМЕННЫЕ ПРОБЛЕМЫ  
ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ  
ЛЕКАРСТВЕННО-УСТОЙЧИВОГО  
ТУБЕРКУЛЕЗА**

*Материалы  
международной научно-практической конференции  
«Проблемы мультирезистентного туберкулеза в Беларуси  
и пути их решения»  
(г. Минск, 10–11 октября 2013 года)*

Минск



2013

*В.Я. Кралько, Н.В. Яцкевич*

ГУ «РНПЦ пульмонологии и фтизиатрии», г. Минск

### **Современные подходы к оперативному лечению пациентов с мультирезистентным туберкулезом**

В последние годы среди контингентов противотуберкулезных диспансеров отмечается рост числа пациентов с туберкулезом легких с множественной лекарственной устойчивостью (МЛУ) микобактерий туберкулеза (МБТ) к противотуберкулезным лекарственным средствам (ПТЛС). Химиотерапия этой категории пациентов малоэффективна и зачастую бесперспективна. В большинстве случаев у таких пациентов выявляются распространенные, двусторонние прогрессирующие деструктивные процессы.

В условиях, когда увеличилось число пациентов с множественной лекарственной устойчивостью (1991–2000 гг.), оказалось, что после проведения полного курса химиотерапии активность туберкулезного процесса у многих пациентов не удается устранить. После резекций легких, произведенных у этих пациентов, число послеоперационных осложнений и реактиваций увеличилось до 25–30 %. Это явилось основанием для сдержанного отношения к операциям резекционного типа и расширения показаний к другим методам хирургического лечения. В качестве таких методов выбраны коллапсохирургические вмешательства, в частности торакопластика. К экстраплевральной торакопластике разработаны новые показания, для увеличения ее эффективности она применяется в ранние сроки, однако единого мнения среди фтизиатров и хирургов по этому вопросу не сформировалось.

С учетом ежегодного роста числа случаев МЛУ-ТБ, в том числе с тяжелыми и хроническими формами туберкулеза, исследование наиболее оптимального сочетания методов лечения туберкулеза на современном этапе и разработка алгоритма химиотерапевтического лечения туберкулеза в сочетании с хирургическими методами лечения являются актуальными и своевременными, что в конечном итоге приведет к увеличению количества эффективно излеченных пациентов и снижению бремени эпидемиологически опасного заболевания для населения Республики Беларусь.

Данные последних обследований на лекарственную устойчивость, выполненных в стране в 2010–2011 гг., продемонстрировали, что доля МЛУ-ТБ среди вновь выявленных пациентов с туберкулезом составила 32,3 %, и он является самым высоким документально зафиксированным показателем во всем мире. Доля туберкулеза с широкой лекарственной устойчивостью (ШЛУ-ТБ) среди пациентов с МЛУ-ТБ составила 11,9 %. Эффективность химиотерапевтического лечения пациентов с впервые выявленным МЛУ-ТБ составляет не более 70 %, успешное лечение паци-

ентов, ранее получавших химиотерапевтическое лечение, колеблется в пределах от 50 до 30 %, а эффективное лечение пациентов с ШЛУ-ТБ – не более 30 %. Проведение только химиотерапевтического лечения ПТЛС в ряде случаев не позволяет достичь основных критериев успешного лечения: стойкого абациллирования, закрытия полостей распада.

Низкая эффективность полихимиотерапевтического лечения МЛУ-ТБ обуславливает необходимость применения дополнительных методов лечения пациентов, одним из которых является хирургическое лечение полостных деструктивных процессов в легких. Российские и украинские представители школы торакальной хирургии свидетельствуют как о высокой эффективности резекционных оперативных вмешательств при МЛУ-ТБ (более 90 %), так и об успешно излеченных пациентах (свыше 80 %), которым были проведены коллапсохирургические операции (5–7 реберная торакопластика). Представители европейской школы торакальных хирургов информируют о достигнутых результатах (свыше 80 % излеченных пациентов) при применении резекционных операций в пределах одной доли на фоне ПТЛС при МЛУ-ТБ, в то время как коллапсохирургические методы не используются.

Многочисленные оперативные вмешательства, применяемые при легочном туберкулезе, можно классифицировать следующим образом: 1) резекции легкого; 2) коллапсотерапевтические операции: а) торакопластика, б) экстраплевральный пневмолиз; 3) операции на каверне: а) дренирование каверны, б) кавернотомия; 4) удаление казеозных лимфатических узлов; 5) операции на бронхах: а) перевязка бронха, прошивание и рассечение бронха, б) резекция и пластика бронха. Из перечисленных операций некоторые производятся часто (резекция легкого, торакопластика), другие – гораздо реже. Ряд операций, которые широко применялись при туберкулезе легких 10–20 лет назад, вышли из употребления и теперь имеют только историческое значение (перезажигание и пересечение плевральных сращений у пациентов с искусственным пневмотораксом, перевязка легочных артерий и вен, операции на диафрагмальном нерве).

Резекция пораженных участков легкого является основной, наиболее распространенной операцией при туберкулезе легких. Показания к резекции бывают абсолютными и относительными. При абсолютных показаниях другие методы лечения туберкулеза легких представляются неэффективными и только резекция легкого позволяет рассчитывать на успех. При относительных показаниях возможно и консервативное лечение. В клинической практике наиболее часто приходится оперировать больных с туберкуломами легких, кавернозным и фиброзно-кавернозным туберкулезом.

Операция по поводу туберкуломы показана во всех случаях, когда течение туберкулезного процесса осложняется периодическими обострениями, которые проявляются субфебрильной температурой и симптомами интоксикации, при бацилловыделении, увеличении размеров тубер-

куломы или появлении в ней полости распада, множественных туберкуломах в одной доле легкого, туберкуломах диаметром более 2–3 см, специфическом поражении бронхов. Прямым показанием к операции является также трудность дифференциальной диагностики между туберкуломой и периферическим раком легкого. В некоторых случаях показанием к оперативному лечению может быть препятствие к работе по специальности (педагоги, врачи-педиатры, работники пищеблоков и др.).

Пациентам, страдающим кавернозным туберкулезом, резекция легкого показана, если консервативное лечение не приводит к ликвидации полости распада в легком, а также в случаях, когда имеется один или несколько осложняющих факторов: бронхостеноз, сочетание каверны и туберкуломы, множественные каверны в одной доле, продолжающееся бактериальное выделение. При фиброзно-кавернозном туберкулезе в легочной ткани развиваются необратимые морфологические изменения. Излечение, как правило, может быть достигнуто только в результате хирургического вмешательства – резекции легкого, которая абсолютно показана при поликавернозном поражении легкого или его доли, гигантских кавернах, ателектазах, фиброзно-склеротических изменениях, бронхоэктазах и бронхостенозе. Степень активности туберкулезного процесса имеет решающее значение для определения целесообразного срока оперативного вмешательства. Распространенность патологических изменений в легких и функциональные возможности аппарата внешнего дыхания имеют чрезвычайно большое значение при решении вопроса о возможности резекции и ее допустимом объеме. Резекцию легкого по поводу туберкулеза хорошо переносят дети и подростки, вполне удовлетворительно – взрослые и значительно хуже – люди пожилого возраста.

Объем резекции легкого при удовлетворительных функциональных показателях зависит в основном от распространенности поражения и особенности изменений в легких и бронхах. Пульмонэктомию при туберкулезе производят относительно редко, главным образом при односторонних поражениях. Пульмонэктомию показана при поликавернозном процессе в одном легком, фиброзно-кавернозном туберкулезе легкого с обширным бронхогенным обсеменением и гигантских кавернах. При обширном поражении легкого с одновременным наличием эмпиемы полости плевры показана плевропульмонэктомию, т. е. одновременное удаление легкого и всего плеврального гнойного мешка. Показаниями к лобэктомии являются кавернозный или фиброзно-кавернозный туберкулез с одной или несколькими кавернами в одной доле легкого. Лобэктомию производят также при больших туберкуломах с очагами в одной доле.

Резекции легких могут представлять собой операции разного объема. У пациентов с туберкулезом в последнее время чаще применяют так называемые малые, или экономные, резекции с удалением одной доли легкого (сегментэктомию, клиновидная, краевая, плоскостная резекция).



Еще более экономной является прецизионная («высокоточная») резекция, когда конгломерат очагов, туберкулому или каверну удаляют с очень небольшим слоем легочной ткани. Показаниями к такого вида резекциям являются туберкуломы и небольшие каверны в пределах 1–2 сегментов без значительного обсеменения в окружности и без поражения долевого бронха. Техническое выполнение большинства малых резекций легких значительно облегчается применением сшивающих аппаратов и наложением механического шва скобами из тантала.

Клиновидные и другие атипичные резекции выполняются без соблюдения анатомических границ между долями и сегментами легких. Они целесообразны только при хорошо отграниченных и поверхностно расположенных туберкуломах, при отсутствии поражения сегментарного бронха и очагового обсеменения в окружности. В остальных случаях лобэктомии и сегментарные резекции предпочтительнее.

Результаты экономных резекций легкого при туберкулезе – сегментарных и клиновидных – весьма благоприятны. Число выздоровевших пациентов достигает 90–95 % при послеоперационной летальности 1–2 %. Несколько хуже результаты лобэктомий и особенно пульмонэктомий. Обострения и рецидивы туберкулеза в отдаленные сроки после операций выявляются приблизительно у 4–6 % оперированных больных. Таким образом, резекции легкого при туберкулезе являются эффективными операциями, благодаря которым удастся излечить значительное число больных. Весьма существенным в эпидемиологическом отношении является тот факт, что у большинства больных сразу после операции прекращается бактериовыделение.

Торакопластику производят, как правило, в случаях невозможности резекции легкого при деструктивных формах туберкулеза. Наиболее благоприятные результаты получают при малых и средней величины кавернах, если в легочной ткани и стенке каверны еще не успел развиться далеко зашедший фиброз. Часто торакопластика является незаменимой операцией при остаточных полостях у пациентов с хронической эмпиемой и наряду с другими пластическими операциями широко применяется для закрытия бронхиальных свищей. При необходимости частичная торакопластика может быть произведена с обеих сторон.

Таким образом, в настоящее время единого мнения среди физиатров и хирургов по вопросу хирургического лечения туберкулеза не сформировалось, что является основанием для проведения исследований сравнительного изучения эффективности резекционных и коллапсхирургических методов лечения у пациентов с туберкулезом с множественной лекарственной устойчивостью и разработки оптимизированных методов комплексного лечения.