

ТЕМА НОМЕРА:

ПУЛЬМОНОЛОГИЯ
• ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИЯ •
РЕАБИЛИТАЦИЯ

СОДЕРЖАНИЕ

Котович Д.С., Скрягина Е.М., Лаптев А.Н., Дюсьмикеева М.И., Голайдо М.М., Горенок Д.И., Зозуля П.И., Петров В.Н., Орлова И.В. Анализ данных патоморфологического исследования париетальной плевры при наличии плеврального выпота неясной этиологии	3
Кралько В.Я., Гуревич Г.Л., Яцкевич Н.В., Горенок Д.И. Оперативное лечение и ведение пациентов с мультирезистентным туберкулезом в условиях современной эпидемиологической ситуации	5
Михасев М.Н., Коляда В.А., Скрягина Е.М., Климук Д.А. Оценка психоэмоционального статуса и качества жизни пациентов, больных туберкулезом	9
Скрягин А.Е., Солодовникова В.В., Исайкина Я.И., Гуревич Г.Л., Дюсьмикеева М.И., Рогова З.И., Широчин А.А., Ветушко Д.А., Печинский Д.Г., Скрягина Е.М. Аутологичная трансплантация мультипотентных мезенхимальных стромальных клеток при туберкулезе легких с множественной и широкой лекарственной устойчивостью	10
Скрягина Е.М., Залуцкая О.М., Солодовникова В.В., Астровко А.П. Туберкулез с множественной лекарственной устойчивостью в Республике Беларусь: ситуационный анализ	14
Скрягина Е.М., Пересада О.А., Солонко И.И., Дюсьмикеева М.И. Современные подходы к диагностике туберкулеза женских половых органов	18
Мановицкая Н.В., Бородина Г.Л., Войтко Т.А. Оценка эффективности дифференцированных программ медицинской реабилитации взрослых пациентов с муковисцидозом	23
Холявкин А.А., Фальзон Д., Гуревич Г.Л., Климук Д.А., Астровко А.П., Ширяев А.С., Бутько С.В., Русович В.Э., Скрягина Е.М. Когортный анализ результатов лечения пациентов с М/ШЛУ-ТБ в Гомельской области в 2009–2010 гг.	27
Харевич О.Н., Лаптева И.М., Порахонько Н.А., Лаптева Е.А., Новская Г.К., Лантухова И.Г., Довнар И.В., Бурак О.М., Дюсьмикеева М.И. Антихолинергические препараты длительного действия в лечении тяжелой терапевтически резистентной астмы с необратимой бронхиальной обструкцией	28
Мановицкая Н.В. Критерии оценки клинического состояния взрослых пациентов с муковисцидозом	32
Порахонько Н.А., Лаптева И.М., Харевич О.Н. Структурно-функциональные особенности бронхиальной астмы и ХОБЛ	35

вание неспецифической и туберкулезной природы в структуре причин синдрома плеврального выпота.

4. Наличие видимых интраоперационных специфических изменений плевры не всегда свидетельствует в пользу туберкулезного воспаления, что требует дальнейшего морфологического исследования материала.

Литература

1. Алинжад, С.М. Динамика изменения концентрации С-реактивного белка и активности аденозиндеаминазы при туберкулезном плеврите и дифференциально-диагностическая ценность / С.М. Алинжад, О.А. Будник, А.Д. Таганович // Медиц. журн. 2008. № 2. С. 21–25.
2. Бозуш, Л.К. Биопсия в пульмонологии / Л.К. Бозуш, И.А. Жарахович. М.: Медицина, 1977. 230 с.
3. Варин, А.А. Заболевания плевры: Руков. для врачей / А.А. Варин, А.К. Стрелис, А.Л. Ханин. Томск: Сиб. госуд. мед. ун-т, 2003.
4. Клинические особенности туберкулезных плевритов у больных вирусными гепатитами и ВИЧ-инфекцией в пенитенциарных учреждениях / К.Б. Владимиров [и др.] // Проблемы туберкулеза и болезней легких. 2007. № 12. С. 34–38.
5. Голицкий, Л.А. Факторы, влияющие на динамику и выраженность плевральных изменений у больных, перенесших туберкулезный плеврит / Л.А. Голицкий, С.Д. Андреевский, Д.В. Сапожникова // Проблемы туберкулеза. 1994. № 6. С. 49–51.
6. Гладышев, Д.В. Роль видеоторакографии в диагностике причин экссудативных плевритов / Д.В. Гладышев, А.А. Щемелев // Вестн. Росс. военно-медиц. акад. 2007. № 1. С. 43–44.
7. Демальдинов, Д.А. Видеоторакография в диагностике и лечении экссудативных плевритов / Д.А. Демальдинов // Гез. междунар. конгр. «Актуальные направления современной кардиоторакальной хирургии». Сб. под ред. П.К. Яблонского. СПб., 2009. С. 48.
8. Диденко, Г.В. Диагностика, наблюдение и тактика при плевральных выпотах в условиях специализированной городской консультативной службы / Г.В. Диденко, С.Я. Кохидзе, О.В. Лавачева // Проблемы туберкулеза и болезней легких. 2004. № 12. С. 33–35.
9. Дужий, И.Д. Заболевания плевры: диагностика, хирургические и терапевтические аспекты / Дужий И.Д. Киев: Здоров'я, 1997. 432 с.
10. Егенова, Л.П. Особенности клиники и дифференциальной диагностики экссудативных плевритов / Л.П. Егенова // Медицина. 2001. № 3. С. 33.
11. Козакбаев, А.Т. Оптимизация дифференциальной диагностики при экссудативных плевритах / А.Т. Козакбаев, Т.Ч. Чубаков, А.А. Тогочиев // Центр.-азиат. мед. журн. 2005. Т. XIII. С. 86–89.
12. Казмирова, Н.Е. Проблемы дифференциации экссудативных плевритов в условиях противотуберкулезной службы / Н.Е. Казмирова, Е.Л. Боброва (Машкова) // IV съезд Науч.-медиц. ассоц. фтизиатров. Йошкар-Ола, 1991. С. 120.
13. Лайт, Р.У. Болезни плевры / Р.У. Лайт. М.: Медицина, 1986.
14. Павлушин, А.В. Туберкулезный плеврит: Уч. пос. / А.В. Павлушин. Н. Новгород: Нижегород. госуд. медиц. акад., 2011.
15. Папков, А.В. Возможность и результативность плевробиопсии в диагностике плевритов / А.В. Папков, В.Г. Добкин, В.Л. Добин // Проблемы туберкулеза и болезней легких. 2003. № 11. С. 14–16.

Дата поступления: 04.10.2013 г.

Научная публикация

Кралько В.Я., Гуревич Г.Л., Яцкевич Н.В., Горенок Д.И.
РНПЦ пульмонологии и фтизиатрии;
Белорусский государственный медицинский университет

Оперативное лечение и ведение пациентов с мультирезистентным туберкулезом в условиях современной эпидемиологической ситуации

Резюме

В исследовании установлен низкий уровень послеоперационных осложнений: рецидивы в группе пациентов с резекцией – в 12,1%, в группе пациентов с 5–7-реберной торакопластикой – в 74,4% случаев. Выявлен более длительный период абацилли-

рования у пациентов с МЛУ-ТБ, которым проведена экстраплевральная торакопластика на фоне полихимиотерапии. Подготовка пациентов в предоперационном периоде должна включать комплексное обследование в отношении как оценки распространенности и прогрессирования туберкулезного процесса, так и наличия сопутствующей патологии.

Ключевые слова: туберкулез, микобактерия туберкулеза, лекарственная устойчивость, торакопластика, резекция, множественная лекарственная устойчивость, противотуберкулезные лекарственные средства, тест лекарственной чувствительности, фиброзно-кавернозный туберкулез, лобэктомия, пульмонэктомия, сегментэктомия.

Kralko V.J., Hurevich H.L., Jackiewicz N.V., Haranok D.I.
Surgical treatment and management of patients with MDR TB in the current epidemiological situation

Abstract

Set to a low level of post-operative complications. Relapses in patients with resection installed in 13,1% of cases, patients with a 5–7-thoracoplasty ribs – in 74,4%. Identified a longer period abacillation in patients with MDR-TB who underwent extrapleural thoracoplasty against chemotherapy. Preparation of the patients in the preoperative period should include a comprehensive examination in the evaluation of the prevalence and progression of tuberculosis, as well as the presence of comorbidities.

Key words: tuberculosis, Mycobacterium tuberculosis, drug resistance, thoracoplasty, resection, multidrug resistance, TB drugs, drug sensitivity test, fibro-cavernous tuberculosis, segmentectomy, pneumonectomy, lobectomy.

Введение

Беларусь является одной из 27 стран мира с высоким бременем по туберкулезу с множественной лекарственной устойчивостью (МЛУ-ТБ). В 2010 году в республике зарегистрировано 2 785 новых случаев заболевания туберкулезом, в 2011 г. – 2 555 случаев.

Исследование по надзору за лекарственной устойчивостью микобактерий туберкулеза (МБТ), проведенное в стране в 2010–2011 годах, продемонстрировало, что доля МЛУ-ТБ среди вновь выявленных пациентов и пациентов с туберкулезом (ТБ), получавших лечение ранее, составила соответственно 32,3% (95%-й ДИ: 29,7–35,0) и 75,6% (95%-й ДИ: 72,1–78,85), что 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% (95%-й ДИ: 9,7–14,6) [1, 5]. Эффективность химиотерапевтического лечения пациентов с впервые выявленным МЛУ-ТБ составляет не более 70%, успешное лечение пациентов, ранее получавших химиотерапевтическое лечение, колеблется в пределах от 50 до 30%, а эффективное лечение пациентов с ШЛУ-ТБ составляет не более 30% [2, 3, 6].

Появление штаммов микобактерий туберкулеза с множественной лекарственной устойчивостью (МЛУ) привело к снижению эффективности противотуберкулезных программ во многих странах мира и способствовало разработке и внедрению ВОЗ программы DOTS-PLUS, одним из главных направлений которой явилось введение в состав схемы химиотерапии комбинации резервных противотуберкулезных препаратов, таких как фторхинолоны, аминогликозиды и капреомицин, протионамид/этионамид, циклосерин, ПАСК [3]. Однако по целому ряду причин, таких как низкая приверженность пациентов к длительному приему не менее пяти противотуберкулезных лекарственных средств (ПТЛС), неадекватная химиотерапия туберкулеза без учета результатов тестирования лекарственной чувствительности (ТЛЧ) МБТ, длительное время получения результатов ТЛЧ, нерегулярное обеспечение противотуберкулезных учреждений полным набором ПТЛС, произошло расширение спектра лекарственной устойчивости микобактерий туберкулеза.

По-прежнему не является редкостью, как среди впервые выявленных пациентов, так и среди ранее леченых, выявление остро прогрессирующих форм туберкулезного процесса типа казе-

озной пневмонии. Резервуаром туберкулезной инфекции являются пациенты с хроническими деструктивными процессами в легких, которые на протяжении нескольких лет являются активными бактериовыделителями. Проведение только химиотерапевтического лечения противотуберкулезными лекарственными средствами в ряде случаев не позволяет достичь основного критерия успешного лечения – стойкого абациллирования [8].

Низкая эффективность полихимиотерапевтического лечения лекарственно-устойчивого туберкулеза 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 проводились коллапсохирургические операции – 5–7-реберная торакопластика [1, 4, 5].

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 [6, 8]. Таким образом, в настоящее время единого мнения среди фтизиатров и хирургов по этому вопросу не сформировалось, что является основанием для проведения исследований сравнительного изучения эффективности резекционных и коллапсохирургических методов лечения у пациентов с туберкулезом с множественной лекарственной устойчивостью и разработки оптимизированных методов комплексного лечения.

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. В конечном итоге, это должно привести к увеличению количества эффективно излеченных пациентов и снижению бремени эпидемически опасного заболевания для населения Республики Беларусь.

Цель исследования: определить наиболее эффективные подходы к проведению хирургического лечения, схемы пред- и послеоперационной подготовки, схемы химиотерапии пациентов с различными формами мультирезистентного туберкулеза.

Объекты, материалы и методы

Проведен ретроспективный анализ эффективности и исходов лечения у пациентов, которым проводилось хирургическое оперативное лечение туберкулеза. Обработано и проанализировано 567 медицинских карт пациентов, находившихся на ста-

ционарном лечении в туберкулезном (хирургическом торакальном) отделении ГУ «РНПЦ пульмонологии и фтизиатрии» с 2005 по 2012 годы.

Объектом ретроспективного исследования явился 201 человек, из которых сформированы две группы пациентов, страдающих туберкулезом с множественной лекарственной устойчивостью, сопоставимые по полу и возрасту. На фоне полихимиотерапии этим пациентам проводилось хирургическое оперативное лечение туберкулеза. Все пациенты основной и контрольной групп находились на лечении в туберкулезном (хирургическом торакальном) отделении ГУ «РНПЦ пульмонологии и фтизиатрии» в период 2005–2012 гг.

Первую основную группу ретроспективного исследования сформировали 84 пациента, которым проведено резекционное оперативное вмешательство, во вторую основную группу ретроспективного исследования вошли 117 пациентов, которым проведена экстраплевральная торакопластика (ТП). Характеристика групп пациентов представлена в табл. 1.

В первую основную группу ретроспективного исследования вошли 23 (27,4%) женщины и 61 (72,6%) мужчина в возрасте от 22 до 64 лет. Впервые выявленных пациентов было 15 (17,9), заболевших от 2 до 5 лет назад – 17 (20,2%), заболевших от 5 и более лет назад – 52 (62%). Сопутствующую патологию имели 49 пациентов, что составило 58%. В том числе: заболевания сердечно-сосудистой системы – 18 (21,4%), хронический гепатит – 6 чел. (7,2%). Выявлены следующие факторы риска: 36 пациентов (43%) злоупотребляли курением, 9 (10,7%) имели синдром зависимости от алкоголя. На момент проведения операции 79 пациентов являлись бактериовыделителями.

Вторая основная группа ретроспективного исследования включала 117 человек от 32 до 64 лет, из них женщин – 48 (40,1%), мужчин – 69 (59,9%). Впервые выявленных пациентов было 8 (6,8%), заболевших от 2 до 5 лет назад – 13 (11%), заболевших от 5 и более лет назад – 56 (48%). Сопутствующую патологию имели 98 пациентов, что составило 83%. В том числе: заболевания сердечно-сосудистой системы – 54 (46,2%), хронический гепатит – 8 чел. (7%). Выявлены следующие факторы риска: 43 пациента (36,8%) злоупотребляли курением, 11 чел. (9,4%) имели синдром зависимости от алкоголя. На момент проведения операции 105 пациентов (89,7%) являлись бактериовыделителями.

Проведен проспективный анализ эффективности и исходов лечения у пациентов, которым проводилось хирургическое оперативное лечение туберкулеза в сочетании с лекарственной устойчивостью в комплексной терапии. Объектом исследования явился 21 пациент: 16 пациентов (76,2%), которым проведено резекционное оперативное вмешательство, 5 – торакопластика (24,8%) в первую груп-

Таблица 1

Характеристика групп пациентов, абс. - (%)

Категория пациентов	Всего	М	Ж	Впервые выявленные	Заболевшие ТБ 2–5 лет	Заболевшие ТБ более 5 лет	Сопутствующая патология	МБТ+
Резекционные операции	84	61 (72,6)	23 (27,4)	15 (17,9)	17 (20,2)	52 (62,2)	49 (58,3)	79 (94,0)
ТП	117	69 (59,9)	48 (40,1)	8 (6,8)*	13 (11,1)	56 (47,9)	98 (83,8)	105 (89,7)

*p < 0,05; **p < 0,01 – достоверность различий показателей между группами

Таблица 2

Характеристика групп пациентов, абс. - (%)

Категория пациентов	Всего	М	Ж	Впервые выявленные	Заболевшие ТБ 2–5 лет	Заболевшие ТБ более 5 лет	Сопутствующая патология	МБТ+
Резекционные операции	16 (76,2)	11 (62,5)	5 (37,5)	4 (25,0)	3 (18,8)	11 (68,8)	11 (68,8)	15 (93,7)
ТП	5 (33,8)	3 (60,0)	2 (40,0)	0 (0)	2 (40,0)	3 (60,0)	4 (80,0)	5 (100,0)

Смертность при туберкулезе в Республике Беларусь, 2005–2012 гг.

пу проспективного исследования и 5 пациентов (33,8%), которым проведено коллапсохирургическое оперативное вмешательство, составили *вторую основную* группу проспективного исследования. Характеристика групп пациентов представлена в табл. 2.

В *первую основную* группу проспективного исследования вошло 5 женщин (37,5%) и 11 мужчин (62,5%) в возрасте от 22 до 64 лет. Впервые выявленных пациентов было 4 (25%), заболевших от 2 до 5 лет назад – 8 (50%), заболевших от 5 и более лет назад – 4 чел. (25%). Сопутствующую патологию имели 11 пациентов, что составило 68,8%. В том числе: заболевания сердечно-сосудистой системы – 3 (27,3%), хронический гепатит – 2 чел. (18%). Выявлены следующие факторы риска: 7 пациентов (44%) злоупотребляли курением, 6 (37,5%) имели синдром зависимости от алкоголя. На момент проведения операции 15 пациентов (94%) являлись бактериовыделителями.

Вторая основная группа проспективного исследования включала 5 чел. в возрасте от 36 до 64 лет, из них женщин – 2 (40%), мужчин – 3 (60%). Впервые выявленных пациентов не зафиксировано, заболевших от 2 до 5 лет назад – 2 (40%), заболевших от 5 и более лет назад – 3 чел. (60%). Сопутствующую патологию имели 4 пациента, что составило 80%. В том числе: заболевания сердечно-сосудистой системы – 2 (40%), хронический гепатит – 2 чел. (40%). Выявлены следующие факторы риска: 2 пациента (40%) злоупотребляли курением, 2 (40%) имели синдром зависимости от алкоголя. На момент проведения операции 5 пациентов (100%) являлись бактериовыделителями.

Хирургические оперативные вмешательства проводились с использованием стандартных методик. Бактериовыделение устанавливалось методом прямой бактериоскопии и бактериологическими методами (проведение посева мокроты на плотные и жидкие питательные среды). Лекарственная чувствительность микобактерий туберкулеза, выделенных у пациентов, оценивалась при помощи проведения теста лекарственной чувствительности методом абсолютных концентраций с использованием плотных и жидких питательных сред.

Статистическая обработка результатов исследования проводилась с использованием программ *Statistika 6.0* (USA). Объем выборки рассчитан с помощью коэффициента Колмогорова-Смирнова с использованием параметрических и непараметрических методов статистической обработки.

Результаты и их обсуждение

Результаты ретроспективного анализа эффективности резекционных операций и экстраплевральной торакопластики

Проведен анализ категорий пациентов (с ПЛУ, МЛУ, ШЛУ туберкулезом легких), подвергавшихся оперативному вмешательству (табл. 3). Резекционные оперативные вмешательства выполнены 84 пациентам (42%), в том числе: 26 чел. – с наличием полирезистентного туберкулеза, 36 чел. – с МЛУ-туберкулезом (17,9%), 22 чел. – с ШЛУ-туберкулезом. Торакопластика выполнялась 117 пациентам (58%), в том числе: при ПЛУ-ТБ – 38 чел., при МЛУ-ТБ – 35 чел., при ШЛУ-ТБ – 44 чел. (21,9%).

Таблица 3

Анализ категорий пациентов с различными видами лекарственной устойчивости, подвергавшихся оперативному вмешательству, абс. ч. (%)

Категория пациентов	ппв	МЛУ	ШЛУ	Всего пациент
Резекционные операции	26 (12,9)	36 (17,9)	22 (11)	84 (42)
ТП	38 (18,9)	35 (17,4)	44 (21,9)	117 (58)
Всего пациентов	64 (31,8)	71 (35,3)	66 (32,9)	201 (100)

В обеих группах оперативные вмешательства выполнены с одинаковой частотой: при ПЛУ-ТБ – 31,8%, при МЛУ-ТБ – 35,3%, при ШЛУ-ТБ – 32,9%. Данный факт свидетельствует о том, что оперативные вмешательства выполняются вне зависимости от спектра лекарственной устойчивости пациента. Определяющими факторами в выборе вида и объема хирургического лечения пациентов с туберкулезом легких являются распространенность процесса, его локализация и активность.

После проведения оперативного вмешательства 100% пациентов *первой основной* группы ретроспективного исследования были абациллированы: в ближайшем послеоперационном периоде в течение 1 мес. – 71 чел. (84,5%), после завершения лечения – 13 чел. (15,5%). Послеоперационные осложнения (кровотечение, эмпиема плевры) выявлены у 5 пациентов (6%), давность заболевания у которых составила 5 и более лет, объем выполненного оперативного вмешательства – пульмонэктомия, 1 пациент умер в стационаре.

При оценке отдаленных результатов проведенного хирургического лечения установлено, что рецидив заболевания туберкулезом наблюдался у 11 пациентов (13,1%): у 3 чел. (3,6%) – в течение *двух* лет, у 8 чел. (9,5%) – через 3 года. Трехлетняя выживаемость составила 99%. Данные о результатах хирургического лечения представлены в табл. 4.

Таблица 4

Данные о результатах хирургического лечения, абс. ч. (%)

Категория пациентов	Всего	Абациллировано	Послеоперационные осложнения	Рецидив	Трехлетняя выживаемость
Резекционные операции	84	84 (100)	5 (5,9)	11(13,1)	83 (99)
ТП	117	76 (65)**	9 (7,7)	87 (74,4)**	98 (84)

** $p < 0,01$ – достоверность различий показателей между группами

После проведения оперативного вмешательства (ТП) во *второй основной* группе ретроспективного исследования установлено, что у 76 пациентов (64,9%) абациллирование наступило в послеоперационном периоде в течение *четырёх* месяцев. При оценке отдаленных результатов лечения на фоне полихимиотерапии в течение *двух* лет бактериовыделение возобновилось у 22 пациентов (18,8%). Таким образом, после хирургического лечения бактериовыделение сохранялось у 98 пациентов, что составляет 83,8%.

Послеоперационные осложнения (кровотечение, пневмоторакс) выявлены у 3 пациентов (2,6%), 1 пациент умер в стационаре. При оценке отдаленных результатов проведенного хирургического лечения, рецидив заболевания туберкулезом установлен у 87 пациентов (84,4%) в течение ближайших после операции *трех* лет. Трехлетняя выживаемость составила 84%.

Результаты проспективного анализа эффективности хирургического лечения

Применению хирургических методов лечения туберкулеза должно предшествовать комплексное обследование пациентов согласно минимуму диагностических исследований с включением клинико-лабораторных, рентгенологических, функциональных и инструментальных методов исследования. Необходимо использовать возможности общего консервативного лечения с целью устранения интоксикационного синдрома.

Проведена оценка полноты предоперационного обследования в *первой* и *второй* основных группах проспективного исследования. Обследования пациентов в группах проспективного исследования выполнены на 100%. Данные о результатах

проспективного анализа эффективности хирургического лечения представлены в табл. 5.

Как видно из данных табл. 5, после проведения резекционных оперативных вмешательств 100% пациентов *первой основной* группы проспективного исследования были абациллированы. Пациенты *второй основной* группы проспективного исследования в 50% случаев оставались бактериовыделителями. У *трех* пациентов из *четырех* абациллирование выявлено только методом прямой бактериоскопии и наступило в течение *трех* месяцев после проведенной операции. Эти пациенты оставались бактериовыделителями, что подтверждалось бактериологическим методом исследования мокроты. Послеоперационных осложнений (кровотечение, эмпиема плевры) у пациентов обеих групп не выявлено.

Таблица 5

Данные о результатах хирургического лечения, абс. ч. (%)

Категория пациентов	Всего	Абациллировано	Послеоперационные осложнения	Рецидив
Резекционные операции	16	16 (100)	0 (0)	0 (0)
ТП	5	0 (0)**	0 (0)	0 (0)

** $p < 0,01$ – достоверность различий показателей между группами

На основании опыта работы туберкулезного (хирургического торакального) отделения ГУ «РНЦ пульмонологии и фтизиатрии» и современных подходов к оперативному лечению, изложенных в программных документах ВОЗ по лечению туберкулеза, в том числе с МЛУ [7, 9, 10], нами предложены следующие показания к резекционным и коллапсохирургическим операциям у пациентов с мультирезистентными формами туберкулеза легких, которые представлены в табл. 6.

Согласно Клиническому руководству по лечению туберкулеза и его лекарственно-устойчивых форм, утвержденному приказом Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 22.08.2012 № 959, хирургические методы лечения туберкулеза являются вспомогательными и не применяются самостоятельно без назначения противотуберкулезных лекарственных средств в строгом соответствии с данными теста лекарственной чувствительности. Таким образом, проведение хирургического лечения возможно только на фоне приема пациентом не менее *трех* эффективных противотуберкулезных лекарственных средств при лекарственно-устойчивом туберкулезе, не менее *четырех* – при МЛУ, не менее *шести* – при ШЛУ-туберкулезе.

Сроки выполнения оперативного вмешательства колеблются от 4 до 5 мес. от начала первого (второго) курса химиотерапевтического лечения при условии соблюдения приема всех ПТЛС в течение не менее 18 мес. При выборе метода

Таблица 6

Перечень показаний для различных видов оперативных вмешательств на легких у пациентов с мультирезистентными формами туберкулеза

Клинические формы и состояния	Основные принципы лечения туберкулеза легких и виды оперативных вмешательств	Примечания
Первичный туберкулез легких (туберкулез внутригрудных лимфатических узлов, первичный туберкулезный комплекс)	Консервативное лечение	В активной фазе туберкулезной инфекции возможна в исключительных случаях операция в связи с возникновением легочного кровотечения
Очаговый, инфильтративный и диссеминированный ТБ в фазе инфильтрации	Консервативное лечение	Операция в активной фазе производится исключительно в связи с возникновением легочного кровотечения
Те же формы в фазе распада	То же	То же
Туберкуломы (с распадом и обсеменением либо размером более 3 см в пределах одной доли, либо множественные туберкуломы в одной доле)	Резекции легких (лобэктомии, сегментэктомии)	Первичные операции с целью удаления пациента с туберкулезом должны проводиться не позже чем через три месяца после начала антибактериальной терапии
Кавернозный туберкулез	Резекции легких (сегментэктомии)	Первичные операции с целью удаления пациента с туберкулезом должны проводиться не позже чем через три месяца после начала антибактериальной терапии
Хронический ФКТ, цирротический, поликавернозный, простые и гигантские каверны	Расширенные резекции легких (пневмолиз, лобэктомия); кавернотомия; торакопластика	После операции каверна не закрывается, но может быть вскрыта с целью туберкулеза процесса
Распространенный и осложненный ФКТ	Преимущественно двухэтапная кавернотомия, торакопластика, комбинированные двухэтапные вмешательства. Резекции легких – исключение	После операции каверна не закрывается, но может быть вскрыта с целью туберкулеза процесса
Острое прогрессирование туберкулезного процесса на фоне химиотерапии	Расширенные резекции легких (пневмолиз, лобэктомия)	Риск смерти – высок в связи с связанной с быстрым прогрессированием, еще выше
Легочное кровотечение	Резекции легких	Объем оперативного вмешательства определяется клинической ситуацией
Осложнения туберкулеза: стенозы главного и долевых бронхов; бронхоэктазы; бронхолиты; пневмосклероз с кровохарканьем; лимфодулярный свищ	Резекции легких	Объем оперативного вмешательства определяется клинической ситуацией
Желание пациента добиться полного выздоровления и/или желание продолжить работу, несовместимую по законодательству с заболеванием туберкулезом легких (пациенты из группы обязательных контингентов*)	Только резекционные операции преимущественно малого объема	Выполнение после не менее 4-месячной антибактериальной терапии; объем оперативного вмешательства определяется клинической ситуацией
Округлое образование легкого, которое невозможно дифференцировать с опухолью	Только резекционные операции преимущественно малого объема	Объем оперативного вмешательства определяется клинической ситуацией

Примечание. Обязательные контингенты – категории профессий, которые в обязательном порядке проходят ежегодный медицинский осмотр и освобождены от работы по специальности при наличии туберкулеза: врачи-педиатры, учителя, воспитатели и др.

Оперативное лечение и ведение пациентов с мультирезистентным туберкулезом в условиях стационара. Часть 3.1. ...

хирургического лечения предпочтение следует отдавать резекционным вмешательствам, а среди них – атипичным резекциям и сегментэктомиям как наиболее органосохраняющим операциям. Операцией выбора может быть лобэктомия. Билобэктомия и пульмонэктомия могут применяться только в крайних случаях как операции отчаяния либо по жизненным показаниям.

Выполнение коллапсохирургических операций возможно только в единичных случаях, когда выполнение резекционной операции невозможно при деструктивных и распространенных формах туберкулеза, наличии у пациента противопоказаний для резекции легкого в связи с сопутствующей патологией, либо как этап хирургического лечения. Решение о назначении оперативного лечения следует принимать только коллегиально на консилиуме врачей.

Заключение

При проведении ретроспективного сравнительного анализа эффективности резекционных операций и экстраплевральной торакопластики при МЛУ-ТБ выявлен высокий риск возникновения, на фоне полихимиотерапии, отрицательных долговременных эффектов у пациентов, которым проведена экстраплевральная торакопластика, в виде рецидивов более чем в 70% случаев, а также возобновления бактериовыделения в течение последующих двух лет в 18,8% случаев на фоне низких послеоперационных осложнений.

В ходе проведения проспективного исследования у пациентов послеоперационные осложнения не установлены. Абациллирование у пациентов после резекционных операций достигнуто в 100% случаев. Пациенты после экстраплевральной торакопластики остаются бациллярными в течение 2–3-х месяцев исследования, при этом интенсивность бактериовыделения снижается.

Разработан перечень показаний для различных видов оперативных вмешательств на легких у пациентов с мультирезистентными формами туберкулеза. Оперативные вмешательства выполняются вне зависимости от спектра лекарственной устойчивости пациента. Определяющими факторами в выборе вида и объема хирургического лечения пациентов с туберкулезом легких являются распространенность процесса, его локализация и активность.

Литература

1. Бисенков, Л.Н. Неотложная хирургия груди / Л.Н. Бисенков. СПб., 1995. 310 с.
2. Богуш, Л.К. Хирургическое лечение туберкулезных эмпием / Л.К. Богуш, Л.С. Громова. М.: Медгиз, 1961.
3. Богуш, Л.К. Хирургическое лечение больных туберкулезом при кровохарканьях и кровотечениях / Л.К. Богуш, М.З. Сорокин. М.: Медицина, 1969.
4. Доклад о глобальной борьбе с туберкулезом, 2012 год. Основные положения // [Электронный ресурс] Точка доступа: http://www.wpro.int/tb/publications/global_report/ru/index.html. Дата доступа: 03.03.2013.
5. Дорохин, К.М. Патофизиологические аспекты синдрома эндогенной интоксикации / К.М. Дорохин, В.В. Спас // Анестезиология и реаниматология. 1994. № 1. С. 56–60.
6. Клиническое руководство по лечению туберкулеза и его лекарственно-устойчивых форм: Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 22 августа 2012 № 939.
7. Лечение туберкулеза, рекомендации. Изд. 4-е. Всемирная организация здравоохранения. 2010. 185 с.
8. Оценка Национальной программы борьбы с туберкулезом в Беларуси, 10–21 окт. 2011 г. Отчет. ВОЗ, 2011. 94 с.
9. Руководство по программному ведению лекарственно-устойчивого туберкулеза. Департамент «Остановить туберкулез», ВОЗ, 2007. 217 с.
10. Туберкулез. Выявление, лечение и мониторинг по К. Томену: вопросы и ответы. Изд. 2-е. ВОЗ, 2004. 406 с.

Дата поступления: 4.10.2013 г.

Информация

Михасев М.Н., Коляда В.А., Скрыгина Е.М., Климук Д.А.
Филиал № 7 Гомельской центральной городской поликлиники;
РНПЦ пульмонологии и фтизиатрии, г. Минск

Оценка психоэмоционального статуса и качества жизни пациентов, больных туберкулезом

Туберкулез – тяжелое заболевание, которое требует длительной терапии (6–36 мес.) большим количеством лекарственных средств (4–7), соответственно вызывающих тяжелые побочные эффекты. Эффективность лечения вновь выявленных пациентов, больных туберкулезом с множественной лекарственной устойчивостью, при условии их приверженности терапии, составляет не более 70%.

Туберкулез – это инфекционное заболевание с аэрогенным механизмом распространения, что вызывает опасения заболеть со стороны родственников, коллег, близкого окружения. Пациенты с туберкулезом представляют собой социально неоднородную группу и по-разному реагируют на одну и ту же ситуацию.

Социально благополучные пациенты, имеющие семью, работу, хорошие условия проживания, испытывают сильное потрясение, когда узнают свой диагноз. Негативная информация порождает страхи за свою жизнь и здоровье, за здоровье близких, неуверенность в завтрашнем дне, усиливает беспокойство и тревожность. Часто люди теряют работу, нередки случаи глубоких конфликтов с родственниками и разрывов семейных отношений. Они чувствуют себя несправедливо выброшенными из привычной социальной среды.

В стационаре и при амбулаторном лечении пациент должен привыкнуть к режиму, к соседям по палате, своему новому статусу, длительному лечению. Физические проявления туберкулеза (интоксикация, болевой синдром, нарушение функции органов и др.) только усугубляют психологические проблемы.

Социально дезадаптированные пациенты (лица БОМЖ, вышедшие из мест лишения свободы, безработные, страдающие алкогольной болезнью, потребители инъекционных наркотиков, страдающие нарушениями психики и др.) еще до установления диагноза туберкулеза имеют ряд психологических особенностей, которые не позволяют им адаптироваться в нормальной жизни. При определенных обстоятельствах они стремятся к лечению в стационаре, но часто самовольно покидают его, как только их личные интересы и привычки вступают в противоречие с режимом пребывания в больнице. На фазе продолжения терапии, которая, как правило, проводится в амбулаторных условиях, эти пациенты чаще прекращают лечение. Посещение противотуберкулезных организаций обусловлено, как правило, только возможностью получения какой-либо выгоды (набор продуктов, медицинские справки, предметы гигиены и др.) [1].

Причинами прекращения лечения у социально дезадаптированных пациентов часто являются отсутствие веры в излечение, желание вести свободный образ жизни, злоупотребление алкоголем, потеря самокритики. Это пациенты с негативным жизненным опытом, разуверившиеся в жизни и в людях, по разным причинам потерявшие дом и родных. Некоторые из них живут с изначальной установкой на «свободу» от всего и от всех. У 65% таких пациентов в первые недели после установления диагноза обычно возникают пограничные нервные расстройства.