

*Сабилов Ш.Ю., Нематов О.Н., Абулкасимов С.П., Маюсупов Ш.Э., Рискиев А.А.,
Рахманов Ш.А., Насриддинов Б.И., Эрмаков Э.Ф.*

**КЕҢИРИ ЖАЙЫЛГАН ЖАНА КӨП ДАРЫЛАРГА ТУРУКТУУ КУРГАК УЧУКТА
ӨПКӨНҮН КЕҢИРИ РЕЗЕКЦИЯСЫ ЖАНА ПУЛЬМОНЭКТОМИЯЛАРЫ**

*Сабилов Ш.Ю., Нематов О.Н., Абулкасимов С.П., Маюсупов Ш.Э., Рискиев А.А.,
Рахманов Ш.А., Насриддинов Б.И., Эрмаков Э.Ф.*

**ОБШИРНЫЕ РЕЗЕКЦИИ ЛЕГКИХ И ПУЛЬМОНЭКТОМИИ ПРИ
РАСПРОСТРАНЕННОМ И ЛЕКАРСТВЕННО УСТОЙЧИВОМ ТУБЕРКУЛЕЗЕ**

*Sh.Yu. Sabirov, O.N. Nematov, S.P. Abulkasimov, Sh.E. Mayusupov, A.A. Riskiev,
Sh.A. Rakhmanov, B.I. Nasriddinov, E.F. Ermakov*

**WIDE LUNG RESECTIONS AND PNEUMONECTOMIES IN DESTRUCTIVE AND
DRUG RESISTANT TUBERCULOSIS**

УДК: 616.24-002.21.5-089

Макалада кеңири жайылган жана көп дарыларга туруктуу кургак учукту, бир жана көп этаптуу хирургиялык дарылоонун салыштырмалуу жыйынтыктары изилденди. Көп этаптуу хирургия ыкмасы операциядан кийинки кыйынчылыктарды 20,0% дан 10,8% чейин азайтууга, операциядан бир жыл өткөндөн кийин тышкы дем алуунун көрсөткүчтөрүн толук жана туруктуу жакшыртууга жана хирургиялык дарылоонун натыйжалуулугун 88,4% дан 95,9% чейин көтөрүүгө жол берди.

Негизги сөздөр: көп дарыга туруктуу кургак учук, хирургиялык дарылоо

В статье изучены сравнительные результаты одно- и многоэтапного и хирургического лечения распространенного и резистентного туберкулеза легких. Многоэтапная хирургическая тактика позволила уменьшить частоту послеоперационных осложнений с 20,0% до 10,8%, более полное и стойкое улучшение показателей внешнего дыхания через год после операции и повысить эффективность хирургического лечения с 88,4% до 95,9%.

Ключевые слова: лекарственно-устойчивый туберкулез, хирургическое лечение.

The article present study of comprehensive results of one stage, many staged surgical treatment of destructive and resistant forms of lung tuberculosis. Two and three staged surgical technique resulted in decreased rate of surgical complication from 20,0% to 10,8%, stable improvement of external perspiration indicators within one year after surgery and increased efficiency of surgical treatment from 88,4% to 95,9%.

Key words: drug resistant tuberculosis, surgical treatment.

Введение. Современная эпидемиологическая ситуация по заболеваемости туберкулезом во всем мире характеризуется распространением возбудителей ТБ с множественной лекарственной устойчивостью (МЛУ), что снижает эффективность лечения и повышает смертность от этой инфекции [1,9,12]. Эффективность лечения больных МЛУ туберкулезом ниже, даже при использовании всех современных средств [2,3,4]. В связи с этим в оздоровлении указанного контингента больных важная роль

принадлежит хирургическим методам лечения [5,6,11]. По данным различных исследователей, частота послеоперационных рецидивов может быть от 7% до 28% [7,8]. Факторами развития рецидивов и послеоперационных осложнений после резекцией легких и пневмонэктомии является несоответствие между объемами полости гемиторакса и остающейся легочной ткани, чрезмерное растяжение паренхимы резецированного или единственного легкого. Вместе с тем у этого контингента больных расширение показаний к резекциям легких возможно при разработке эффективных и малотравматичных методов коррекции объема гемиторакса [5,7,10].

Результаты этапных операций по поводу распространенного туберкулеза легких, в том числе выделяющие лекарственно-устойчивые микобактерии туберкулеза изучены у 74 больных (основная группа). Контрольную группу составили 60 больных, которым была выполнена одноэтапная операция при распространенном процессе. Среди обследованных в обеих группах больные по полу и возрасту были одинаковыми, т.е. в молодом и трудоспособном возрасте от 19 до 50 лет (89,6%), с преобладанием мужчин (61,9%). На основании комплексного рентгенологического исследования на стороне основного доминирующего поражения фиброзно-кавернозный туберкулез установлен у 117 больных (87,3%), инфильтративный с распадом осложненный пиопневмограммом - у 9 (6,7%), множественные туберкулемы - у 8 (6,0%). В контрлатеральном легком туберкулезный процесс установлен у 43 больных (32,1%), в том числе фиброзно-кавернозный у 20 больных (46,5%), туберкулема - у 6 (13,9%), очаговый - у 17 (39,6%)

Различные сопутствующие заболевания выявлены у 32 больных (23,9%), в том числе сахарный диабет - у 10, хронические обструктивные болезни легких - у 7, хронические гепатиты - у 3, хронический гастрит - у 3, пиелонефрит - у 2, анемия - у 3, язвенная болезнь - у 2, гипертоническая болезнь - у 2. При исследовании мокроты бактериовыделение

отсутствовало у 28 больных (20,9%), у выявлены чувствительные формы у 11 (8,2%). У большинства больных (95-70,1%) выявлены резистентные штаммы микобактерии туберкулеза. Так, монорезистентность к одному препарату обнаружена у 3 больных (3,2%); множественная лекарственная устойчивость - у 69 (72,6%), широкая лекарственная устойчивость - у 23 (24,2%). Функциональные результаты операций в двух группах зависели от объема вмешательств и исходных показателей. В основной группе до операции среднее значение ЖЕЛ в % к должному составило $81,1 \pm 8,3\%$, ОФВ₁ $79,6 \pm 0,7\%$. При обследовании через месяц после операции отмечено небольшое снижение всех средних показателей в сравнении с дооперационным. Среднее значение ЖЕЛ и ОФВ₁ к должной величине у больных основной группы было на $22,7 \pm 4,9\%$ и $23,7 \pm 2\%$ ниже дооперационного значения. В последующем в течение года отмечалось постепенное улучшение значения всех функциональных показателей. Через год после операции среднее значение ЖЕЛ и ОФВ₁ к должной величине составило $70,4 \pm 4,2\%$ и $69,7 \pm 7,7\%$ соответственно. В группе сравнения дооперационное среднее значение ЖЕЛ в % к должному составило $64,1 \pm 9,7\%$, ОФВ₁ $56 \pm 3\%$. Так же, как и в основной группе, при обследовании через месяц после операции отмечено небольшое снижение всех средних показателей в сравнении с дооперационным (среднее значение ЖЕЛ и ОФВ₁ к должной величине было на $18,1 \pm 4,2\%$ и $13,8 \pm 2,1\%$ ниже дооперационного значения). В последующем основные показатели функции внешнего дыхания оставались на одинаковом уровне, достигнув в год после операции ЖЕЛ $48,9 \pm 2,3\%$ и ОФВ₁ $43,4 \pm 2,3\%$. Таким образом, у больных основной группы в послеоперационном периоде наблюдалось более полное и стойкое увеличение показателей внешнего дыхания.

В предоперационном и послеоперационном периоде в схему антибактериального лечения включали в зависимости от чувствительности препараты первого или второго ряда. Следует отметить, что схема антибактериального лечения корректировалась в зависимости от результатов тестирования лекарственной чувствительности. У большинства больных продолжительность подготовки не превышала 2 мес. А при отсутствии бактериовыделения и при чувствительных формах продолжительность не превышала 2-3 недель. При резистентных формах средняя продолжительность предоперационной подготовки составила 1,5-2 мес. Такая продолжительность при комплексной терапии предоперационной подготовки позволили достигнуть относительную стабилизацию легочного туберкулеза у 111 больных (82,8%).

Пулмонэктомия произведена у 95 больных, резекция доли - 12, комбинированная резекция - у 17, торакопластика - у 6, торакопластика с резекцией легких у 5 больных. Следует отметить, что в основной группе произведены этапные операции, так

на первом этапе произведена частичная резекция контрлатерального легкого с последующей пулмонэктомией у 5 больных, трансстеральная окклюзия главного бронха и пулмонэктомия у 3, пулмонэктомия у 41, комбинированная резекция - у 15, лобэктомия у 10. Во втором этапе произведена отсроченная ВАТС торакопластика, в том числе 3 реберная, 4 реберная - у 59, 5 реберная - у 9, 6 реберная - у 4. ВАТС отсроченная торакопластика произведена через 14 -110 суток ($34, \pm 8,2$) после основного этапа операции.

В послеоперационные осложнения развились у 20 больных (14,9%), в том числе в основной группе - у 8 (10,8%), в контрольной группе у 12 (20,0%). В основной группе послеоперационные осложнения преимущественно возникли после комбинированных резекций, а в контрольной группе после пулмонэктомии. Проводимыми терапевтическими и повторными операциями послеоперационные осложнения полностью ликвидированы у 11 больных (55,0%), в том числе у 6 в основной и у 5 - в контрольной группе. Необходимо отметить, что в основной группе раннее выполнение отсроченной ВАТС торакопластики позволило ликвидировать послеоперационные осложнения до развития нагноительного процесса в плевральной полости.

Хорошие ближайшие результаты установлены у 124 больных (92,5%). По клиническим и рентгенологическим данным через 1-1,5 мес. после операций на стороне вмешательства установлено равномерное уменьшение объема грудной клетки за счет сужения межреберных промежутков, подъема диафрагмы и формирования фиброторакса. Смещение органов средостения наблюдалось только у больных контрольной группы. В основной группе смещение органов средостения ликвидирована за счет выполнения ВАТС отсроченной торакопластики. Удовлетворительные результаты у 3 больных были обусловлены с послеоперационными осложнениями. Неудовлетворительные результаты констатированы у 4 больных. Причинами такого исхода служили эмпиема остаточной плевральной полости, а также обострение туберкулезного процесса в оперированном и контрлатеральном легком с клиническими проявлениями и дыхательной недостаточностью. Госпитальная летальность наступила у 3 больных контрольной группы.

Таким образом, хирургическое лечение распространенного туберкулеза легких, несмотря на клиническую тяжесть болезни и соответственно высокий хирургический риск, является важным и эффективным этапом заключительного лечения. Достигнутые результаты оперативных вмешательств (92,5% хорошего эффекта и 2,2% - удовлетворительного) следует считать достаточно высокими. Необходимо отметить, что в основной группе эффективность хирургического лечения выше (95,9%), чем в контрольной группе (88,4%), а летальность в основной группе не наблюдалась.

Заключение. Мультирезистентный туберкулез легких является тяжелой патологией, для которой характерны клиническая активность заболевания, частое прогрессирование и обострение, высокая частота бактериовыделения и неэффективность противотуберкулезной химиотерапии. Применение этапной хирургической тактики с использованием миниинвазивной технологии, позволило значительно уменьшить частоту послеоперационных осложнений с 20,0% до 10,8%, более полное и стойкое улучшение показателей внешнего дыхания через год после операции. Так, ЖЕЛ через год у больных основной группы в среднем составило 70,4±4,2% к должному, ОФВ1 69,7±7,7% к должному, тогда как в контрольной группе 48,9±2,3% и 43,4±2,3% соответственно. У этого контингента больных оперативные вмешательства являются одним из основных и эффективных методов лечения, и способствует выздоровлению 95,9% пациентов с распространенным и лекарственно-устойчивым туберкулезом легких.

Литература:

1. Богуш Л. К. Хирургическое лечение туберкулеза лёгких. – М.: Медицина. – 1999. – 296 с.
2. Васильева И.А., Багдасарян Т.Р., Самойлова А.Г., Эргешов А.Э. Эффективность комплексного лечения больных туберкулезом легких с множественной и широкой лекарственной устойчивостью микобактерий. IX съезд фтизиатров России. //Туберкулёз и болезни лёгких.– 2011. – № 4. – С.81.
3. Винокурова М.К. Эффективность лечения больных туберкулезом легких с множественной лекарственной устойчивостью в Республике Саха// IX съезд фтизиатров России. Туберкулёз и болезни лёгких.– 2011. – № 4. – С.87-88.
4. Волобуева Е.М. Севастьянова Н.А., Федосеева П.Е., Никифорова Н.С. клинические аспекты лекарственно-устойчивого туберкулеза легких по материалам противотуберкулезного диспансера//IX съезд фтизиатров России. Туберкулёз и болезни лёгких.– 2011. – № 4. – С.91-92.
5. Гиллер Д.Б., Садовникова С.С., Папков А.В. Опыт выполнения видеоассистированных оперативных вмешательств большого объема в клинике туберкулеза легких. IX съезд фтизиатров России.Туберкулёз и болезни лёгких.– 2011. – № 5. – С.102
6. Кариев Т.М., Абулкасимов С.П.Сабилов Ш.Ю., Иргашов А.А. Хирургическое лечение больных туберкулезом легких при неэффективности программы DOTS. Медицинский журнал Узбекистана, 2008, №6.с.10-11
7. Краснов В.А., Кожевников Н.Н., Горбунов Г.М. и др. Результаты оперативного лечения прогрессирующего фиброзно-кавернозного туберкулеза легких // Пробл.туберкулеза. 1990. №2. С.32-34.
8. Отс О. Н., Агкаев Т. В., Перельман М. И. Хирургическое лечение туберкулёза лёгких при устойчивости микобактерий к химиопрепаратам // Пробл. туб. – 2009. – № 2. – С. 42-49.
9. Тилляшайхов М.Н. и соавторы. Национальное руководство по программному менеджменту лекарственно-устойчивого туберкулеза в Республике Узбекистан. 2014 г. с.108
10. Hopkins R.A., Underleider R.M., Staub E.W., Young W.C. The modern Use of thoracoplasty // Ann.of Thoracic Surgery.-1985.-40.2.-P.181-187.
11. Ni C.X. Surgical treatment of destructive pulmonary tuberculosis // Chung Hua Chnek.Ho hu hsi tsa Chih.- 1990.-v.13.-№2.-P.74-75.
12. World Health Organization. Anti-tuberculosis drug resistance in the world. Fourth global report// WHO/HTM/TB/- (2014).394.-Geneva, WHO, 2014

Рецензент: д.м.н., профессор Назиров П.Х.