УДК 616. 24-002. 5-08.12

Ш.А. Молайханов[1], У.А. Тануарбек[1], С.М. Кенова[1], Н.О. Мукашева[2]
Казахский Национальный медицинский университет имени С.Д. Асфендиярова[1]
Казахстанский медицинский университет «ВШОЗ»[2]

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ДЕСТРУКТИВНЫМИ ФОРМАМИ РЕЦИДИВОВ ТУБЕРКУЛЕЗА ЛЕГКИХ

В настоящее время в Казахстане отмечается стабильная эпидемиологическая ситуация по туберкулезу. Смертность от туберкулеза в Казахстане за 10 лет снизилась в шесть раз и по итогам 2019 года составила 16,7% за год или 2 случая на 100 тыс. населения. За год заболеваемость туберкулезом в Казахстане снизилась на 5,4% и составила 45,6 случая на 100 тыс. населения.
Ключевые слова: хирургия, туберкулез, заболеваемость, смертность, рецидив, анализ

Актуальность

Несмотря на положительные сдвиги в эпидемиологии туберкулеза, в Казахстане отмечается замедление темпов снижения показателя заболеваемости. Наряду с этим, среди поступающих на учет больных наблюдается рост удельного веса рецидивов туберкулеза органов дыхания. Вместе с тем, лица с рецидивами болезни являются одним из основных источников формирования хронических деструктивных форм туберкулеза легких и распространения микобактерий среди населения. При повторных заболеваниях значительно чаще, чем при впервые установленном туберкулезе, обнаруживаются запущенные формы -диссеминированная и фиброзно- кавернозная. Это свидетельствует о поздней диагностике рецидивов, что во многом определяет нередкий пессимистический прогноз у таких лиц в связи с последующими трудностями лечения. Целью хирургического лечения является решение следующих задач:

-ликвидация деструктивных туберкулезных изменений в легких при неэффективности терапевтических методов лечения;

-ликвидация угрожающих жизни осложнений легочного туберкулеза (легочное кровотечение, спонтанный пневмоторакс, эмпиема плевры);

-ликвидация больших остаточных специфических поражений легких с целью профилактики рецидивов заболевания;

-улучшение качества жизни и снижение уровня эпидемической опасности у больных с множественной лекарственной устойчивостью МБТ. В широкий спектр паллиативных операций входят коллапсохирургические вмешательства, операции местного воздействия на каверну, вмешательства на сосудах и бронхах пораженного легкого без его удаления [1-5].

Показания к хирургическому лечению могут возникнуть при любых формах туберкулеза органов дыхания, особенно в случае развития угрожающих жизни осложнений.

Казеозная пневмония является в основном хирургическим заболеванием, причем в случае неуклонного прогрессирования процесса операцию производят по жизненным показаниям безотлагательно [6,7,8].

Цель исследования

Изучить особенности хирургического лечения больных с деструктивными формами рецидивов туберкулеза легких и дать практические рекомендации по ее совершенствованию.

Задача исследования

Изучить распространенность заболеваемости туберкулезом, проанализировать объем оказываемой хирургических вмешательств пациентам с деструктивными формами рецидивов туберкулеза легких.

Результаты исследования

По мнению многих авторов современная торакальная хирургия имеет широкий арсенал методов лечения туберкулеза. На протяжении многих лет одной из актуальных задач хирургии туберкулеза легких является улучшение результатов оперативного лечения. Исследованиями многих авторов показано, что после операций на легких осложнения чаще развиваются у больных, страдающих деструктивным прогрессирующим туберкулезом и сопутствующими инфекциями дыхательных путей, при этом последние способствуют прогрессированию самого туберкулезного процесса. Вмешательства на грудной стенке с целью создания коллапса легкого известны с конца XIX века. В настоящее время торакомиопластические операции применяются в качестве самостоятельных (лечебных) хирургических пособий, вспомогательных операций при бронхоплевральных пострезекционных осложнениях и как коррегирующие операции гемиторакса. В данной главе работы приведены результаты анализа легочно-хирургического отделения по данным «Областного противотуберкулёзного диспансера» г. Караганды. Показана структура госпитализированных по заболеваниям, по способу поступления, проанализирована оперативная активность, проведено распределение пациентов по видам оперативных вмешательств, в том числе и по высокотехнологичным методам лечения.

Отделение работает согласно положениям приказа МЗ РК № 994 от 25.12.2017г. «Об утверждении Инструкции по организации оказания медицинской помощи по туберкулезу». В течение 2014-2019гг. стационарное лечение в легочно-хирургическом отделении прошли 1205 пациентов. В течение 2014-2019 гг. стационарное лечение в лечение в легочно-хирургическом отделении прошли 1205 пациентов, самый высокий удельный вес госпитализированных был отмечен в 2014 году (таблица 1).

Таблица 1 - Показатели госпитализированных пациентов, абс. числах

Год	Количество госпитализированных пациентов	
	абс. число	%
2014	274	22,74
2015	251	20,83
2016	230	19,09
2017	174	14,44
2018	150	12,45

2019	126	10,46
итого	1205	100,00

За анализируемый период были выписаны 1276 пациентов, из них с с улучшением – 1256.
В таблице 2 представлены данные по нозологическим формам с которыми были госпитализированы пациенты в легочно-хирургическом отделении за 2014-2019 гг.

Таблица 2 - Нозологические формы туберкулеза среди госпитализированных пациентов за 2014-2019 гг.

Наименование	Год						X	Ранг
	2014	**2015**	**2016**	**2017**	**2018**	**2019**		
Туберкуломы	121	114	111	106	100	56	101,3	1
Туб. плеврит	25	27	29	24	20	12	22,8	2
Кавернозный туберкулез	22	25	29	24	24	12	22,7	3
Фиброзно-кавернозный туберкулез	29	28	29	24	8	14	22,0	4
ИТЛ+ плеврит	9	9	8	12	-	2	8,0	5
Остаточная полость	8	5	7	2	2	-	4,8	6
Диссеминация легких	4	3	5	4	6	-	4,4	7
эмпиема плевры	3	1	2	-	2	12	4,0	8
Постпульмонэктомический синдром	5	6	5	2	2	-	4,0	8
ФКТ+ эмпиема плевры	2	3	1	-	2	-	2,0	10
Реторакотомии	1	2	1	0	4	-	1,6	11
ИТЛ	1	1	-	-	2	-	1,3	12

В таблице 2 приведены данные нозологических форм туберкулеза с которыми были госпитализированы пациенты в отделение легочной хирургии за 2014-2019 гг. Анализ статистических данных за последние 6 лет показал, что на первом ранговом месте среди нозологических форм были туберкуломы, со средним показателем за исследуемые годы – 101,3 случаев, на втором месте был туберкулезный плеврит – 22,8 случаев за исследуемый период, на третьем – кавернозный туберкулез (средний показатель 22,7 случаев), на четвертом месте фиброзно-кавернозный туберкулез, средний показатель – 22,0 случаев и на пятом месте был ИТЛ+ плеврит со средним показателем – 8,0 случаев за исследуемый период. Если рассматривать объем хирургической помощи в разрезе нозологии, то ее акцент надо усиливать в отношении фиброзно-кавернозного туберкулеза, как основного резервуара туберкулезной инфекции. Хирургическая активность расценивается нами как недостаточная. Эту ситуацию надо рассматривать с двух позиций:
1. собственно хирургическая
2. организационная.
Первая позиция предусматривает недостаточное использование хирургических методов лечения туберкулеза:
расширение показаний и операций для коллапсохирургических методов (торакопластика при распространенных формах, видеоторакокаустика, освоение видеоассистированной торакоскопической торакопластики, сочетание коллапсохирургии и эндобронхиальной бронхоблокации);
расширение объема видеоторакоскопических и видеоассистентторакоскопических резекций до лобэктомиии, плеврэктомии и пульмонэктомии;
этапные операции при лечении распространенных и осложненных форм туберкулеза.
В этой позиции произошли изменения:
1.торакопластики выполняются из минимального доступа и с видеовспоможением;
2. сочетаются методы коллапсотерапии, коллапсохирургии и клапанной бронхоблокации;
3. выполняются этапные операции при распространенных и осложненных формах туберкулеза.
Невыполнение второго пункта обусловлено отсутствием эндостепллеров, современных электрохирургических систем, регионарной и государственной программы обучения этим технологиям. Хирургическая санация хронического туберкулеза и деструктивных форм впервые выявленного туберкулеза – основная цель фтизиохирургии. Эту ситуацию нельзя считать удовлетворительной, хотя наметилась тенденция к раннему оперативному вмешательству у впервые заболевших больных и расширение показаний к хирургическому лечению хронических форм туберкулеза и больных с лекарственно-устойчивым туберкулезом. В зависимости от наличия сохраненной и устойчивой формах туберкулеза выявлено различие в частоте различных видов операций.
Ниже приведены данные по хирургическим вмешательствам касаемо форм туберкулеза за последний год (таблица 3).

Таблица 3 - Показатели различий в частот оперативных вмешательств по формам туберкулеза,%

Виды операций	Формы туберкулеза			
	сохраненная чувствительность, %		наличие устойчивости, %	
	2018	**2019**	**2018**	**2019**
Экономные резекции	**39,2**	**45,4**	**27,1**	**33,3**
Лобэктомия	**13,1**	**22,7**	**21,2**	**21,6**
Комбинированная резекция	**5,6**	**2,1**	**17,6**	**12,7**
Пульмонэктомия	**0,9**	**0,0**	**5,9**	**2,0**
Торакопластика	**10,3**	**9,1**	**21,2**	**18,6**

Как видно из таблицы наиболее орган уносящие оперативные вмешательства как комбинированная резекция больше выполнялась у пациентов с устойчивой формой туберкулеза 12,7% против 2,1%.в 2019 г. Пулмонэктомия 20,0% против 0,0% за 2019 год и торакопластика 18,6 % против 9,1%. Дифференцированная противотуберкулезная химиотерапия, основанная на определении сохранения или отсутствия чувствительности микобактерий к антибактериальным препаратам, позволяет хирургам четко определять показания или противопоказания к хирургическому лечению на данный истекающий момент. Такой подход позволяет значительно улучшить результаты хирургического лечения и расширить показания к нему.

Выводы

Анализ статистических данных за последние 6 лет показал, что на первом ранговом месте среди нозологических форм были туберкуломы, со средним показателем за исследуемые годы – 101,3 случаев, на втором месте был туберкулезный плеврит – 22,8 случаев за исследуемый период, на третьем – кавернозный туберкулез (средний показатель 22,7 случаев), на четвертом месте фиброзно-кавернозный туберкулез, средний показатель – 22,0 случаев и на пятом месте был ИТЛ+ плеврит со средним показателем – 8,0 случаев за исследуемый период. Если рассматривать объем хирургической помощи в разрезе нозологии, то ее акцент надо усиливать в отношении фиброзно-кавернозного туберкулеза, как основного резервуара туберкулезной инфекции. В отделении легочной хирургии за исследуемый период были проведены 530 экономных резекций, 213 лобэктомии, 151 диагностических торакоскопии, 100 комбинированных резекций. Наиболее орган уносящие оперативные вмешательства как комбинированная резекция больше выполнялась у пациентов с устойчивой формой туберкулеза 12,7% против 2,1%.в 2019 г. Пулмонэктомия 20,0% против 0,0% за 2019 год и торакопластика 18,6 % против 9,1%.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Дорожкова И.Г., Попов С.А., Медведева И.М. Мониторинг лекарственной устойчивости возбудителя туберкулеза в России за 1979-1998 г // Пробл. туберкулеза. - 2000. - №5. - С. 19-23.
2. Мишин В.Ю. Лекарственно-устойчивый туберкулез легких // Хирургическое лечение туберкулеза и других заболеваний легких: Материалы. науч.-практ. конф. посвящ. 50-летию хирургической службы Челябинского областного противотуберкулезного диспансера. – Челябинск: 2001. - С. 38-45.
3. Мишин В.Ю., Чуканов В.И., Васильева И.А. Эффективность лечения туберкулеза легких, вызванного микобактериями с множественной лекарственной устойчивостью// Пробл..туберкулеза. - 2002. - №12. - С. 18-23.
4. Demissie M. Primary resistance to anti-tuberculosis drugs in Addis // Tuberc. Lung Dis. - 1997. - Vol.1., №1. - P. 67-75.
5. Raviglione M.C., Snider D.E., Kochi A. Global epidemiology of tuberculosis, morbidity and mortality of a wold wide epidemic // JAMA. - 2001. - Vol. 273. - P. 220-226.
6. Фармер П.Е., Кононец А.С., Борисов С.Е., и др. // Полирезистентный туберкулез: угроза человечеству. Гарвардская мед.школа. – М.: 2005. - С. 29-33.
7. Dermot M., Paul N., Rey J. Tuberculosis: An international perspective // Call. Phys. London. - 1998. - Vol.32. - №4. – С. 309-314.

Ш.А. Молайханов[1], У.А. Тануарбек[1], С.М. Кенова[1], Н.О. Мукашева[2]
С.Ж. Асфендияров атындағы Қазақ Ұлттық медицина университеті[1]
«ҚДСЖМ» Қазақстандық медицина университеті[2]

ӨКПЕ ТУБЕРКУЛЕЗІНІҢ ҚАЙТАЛАНУЫНЫҢ ДЕСТРУКТИВТІ ТҮРЛЕРІ БАР НАУҚАСТАРДЫ ХИРУРГИЯЛЫҚ ЕМДЕУ

Түйін: При изучении международного и отечественный опыт хирургического лечения больных с деструктивными формами рецидивов туберкулеза легких установлено, что стратегия "Остановить туберкулез" является рекомендованным ВОЗ подходом к уменьшению бремени ТБ в соответствии с глобальными задачами. Особенно важно, чтобы хирургическое вмешательства было своевременным, и в первую очередь у большинства впервые выявленных больных. Такой подход препятствует хронизации заболевания и сокращает резервуар туберкулезной инфекции.
Түйінді сөздер: хирургия, туберкулез, ауру, өлім-жітім, рецидив, талдау

Sh. Molaihanov[1], U. Tanuarbek[1], S. Kenova[1], N. Mukasheva[2]
Asfendiyarov Kazakh National medical university[1]
Kazakhstan's medical university «KSPH»[2]

SURGICAL TREATMENT OF PATIENTS WITH DESTRUCTIVE FORMS OF RECURRENT PULMONARY TUBERCULOSIS

Resume: When studying international and domestic experience in the surgical treatment of patients with destructive forms of pulmonary tuberculosis recurrence, it was established that the Stop TB Strategy is the WHO recommended approach to reduce the burden of TB in accordance with global goals. It is especially important that surgical intervention is timely, and especially in the majority of newly diagnosed patients. This approach prevents the chronicity of the disease and reduces the reservoir of tuberculosis infection.
Keywords: surgery, tuberculosis, disease, mortality, relapse, analysis