

## ТУБЕРКУЛЕЗ БРОНХОВ

Громов В.В.

КУ «Днепропетровский противотуберкулезный диспансер» ДООС, г. Днепропетровск, Украина

Несмотря на достижения современной медицины в диагностике и лечении туберкулеза, заболеваемость и смертность от данного заболевания остается на очень высоком уровне. По данным ВОЗ в мире ежегодно туберкулезом заболевают около 9 млн. человек, 2–3 млн. умирают. Общее количество пациентов превысило 60 млн., из них около 20 млн. имеют открытую форму туберкулеза. По прогнозам специалистов ВОЗ, если ситуация не будет взята под контроль, то к 2020 году количество людей инфицированных микобактерией туберкулеза достигнет 2 млрд., из которых 150 млн. заболеют и 36 млн. умрут.

В Украине эпидемия туберкулеза давно перешла в категорию национального бедствия, поскольку стала трудноконтролируемой. По данным МЗ Украины количество пациентов туберкулезом превысило 1% населения, однако по оценкам специалистов, реальные цифры заболеваемости значительно превышают официальную статистику. Учитывая актуальность проблемы, хотелось бы остановиться на форме данного заболевания, с которой нередко приходится сталкиваться врачу эндоскописту — туберкулез бронха.

Туберкулез бронха или эндобронхиальный туберкулез — это инфекционное поражение слизистых оболочек верхних дыхательных путей, вызываемое различными видами микобактерий из группы *Mycobacterium tuberculosis complex* (*M. Tuberculosis* и другими близкородственными видами). Наиболее часто туберкулез бронхов развивается как осложнение туберкулеза легких или внутригрудных лимфоузлов. Однако нередко туберкулез бронхов возникает как самостоятельное заболевание. Виду того, что бронхоскопия проводится не всем пациентам активным туберкулезом легких, фактическую заболеваемость туберкулезом бронхов трудно установить. По этой причине, доля эндобронхиального поражения при активном туберкулезе легких значительно расходится у различных авторов. Согласно исследовательским данным доля осложнений ТБ составляет от 10 до 40%.

Несмотря на многолетнюю исследовательскую работу, проводимую во всем мире патогенез туберкулеза бронхов в настоящее время недостаточно изучен. Существуют пять основных гипотез развития туберкулеза бронхов в бронхиальном дереве: 1 — прямая инвазия из туберкулезного очага; 2 — заражение инфицированной мокротой; 3 — гематогенный путь; 4 — эрозия лимфатического узла; 5 — лимфогенный путь.

Эндобронхиальный туберкулез может развиваться как остро, так и постепенно. Клиническая симптоматика непостоянна и зависит от области поражения, распространенности и стадии заболевания. Общие симптомы, такие как снижение аппетита, потеря веса, ночная потливость при туберкулезном бронхите могут отсутствовать. Температура обычно держится на уровне субфебрильных цифр, но может повышаться

при прогрессировании заболевания. Респираторные симптомы обычно неспецифичны и малоинформативны. В большинстве случаев у пациентов отмечается сухой кашель, не поддающийся стандартной терапии и медленно прогрессирующий на протяжении нескольких недель или месяцев. Мокрота, как правило отсутствует. Периодически может возникать кровохарканье, в виде прожилков или отдельных сгустков. При свищевой форме туберкулеза бронха может возникать боль в грудной клетке. Одышка — может появляться при развитии ателектаза.

В 1957 году, на 6-м Всесоюзном съезде фтизиатров была принята классификация туберкулеза бронхов, включающая четыре формы: 1 — инфильтративная; 2 — язвенная; 3 — рубцовая; 4 — свищевая.

В настоящее время в мире наиболее популярна классификация, предложенная в 90 годах прошлого столетия корейским исследователем Чунг (Chung). Она включает в себя 7 типов: 1 — отечно-гиперемический тип; 2 — язвенный тип; 3 — активный казеозный тип; 4 — опухолевидный тип; 5 — зернистый (гранулярный) тип; 6 — неспецифический тип; 7 — фиброзно-стенозный тип.

При отечно-гиперемическом типе слизистая ярко красного цвета, отечная, рыхлая. Кровоточивость при инструментальной пальпации усилена. Просвет бронха концентрически сужен. Может присутствовать вязкая гнойная мокрота. Язвенный тип является ранней стадией эндобронхиального туберкулеза, проявляется умеренным воспалением слизистой оболочки и мелкими язвенными дефектами. Считают, что активный казеозный тип этот тип развивается из отечно-гиперемического или опухолевидного. Поражает чаще всего главные и верхнедолевые бронхи, слизистая отечна гиперемирована, покрыта беловатым желеобразным налетом. При биопсии, в материале обнаруживается казеозный некроз. При этой форме часто развивается ателектаз. Опухолевидный тип вызван выступающим в просвет бронха медиастинальным лимфатическим узлом и обычно располагается в среднедолевом и главных бронхах. Эндоскопическая картина напоминает рак легкого или карциноидную опухоль. При КТ грудной клетки обычно определяется лимфоаденопатия средостения. Когда слизистая гиперемирована без каких либо характерных изменений, просвет бронха не изменен, а при цитоморфологическом исследовании обнаруживаются признаки туберкулезного воспаления, такой случай классифицируется как неспецифический тип туберкулеза бронха.

Бронхоскопическая картина фиброзно-стенозного туберкулеза: на фоне бледной слизистой преобладают плотные фиброзные изменения, значительно снижающие эластичность бронха и ограничивающие респираторную подвижность.

## СРАВНЕНИЕ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ КРУРОРАФИИ И ПЛАСТИКИ ОБЛЕГЧЕННЫМ СЕТЧАТЫМ ТРАНСПЛАНТАТОМ БОЛЬШИХ ГРЫЖ ПИЩЕВОДНОГО ОТВЕРСТИЯ ДИАФРАГМЫ: ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ПРОСПЕКТИВНОГО РАНДОМИЗИРОВАННОГО ИССЛЕДОВАНИЯ

Грубник В.В., Малиновский А.В.

Одесский национальный медицинский университет, г. Одесса, Украина

**Введение.** Вопрос выбора метода пластики больших грыж пищеводного отверстия диафрагмы (ГПОД) до сих пор остается спорным. Согласно нашей классификации, большими являются грыжи с площадью пищеводного отверстия диафрагмы (ППОД) 10–20 см<sup>2</sup>. Частота рецидивов таких грыж, по данным литературы, в среднем составляет 25%. Крурорафия характеризуется высоким процентом рецидивов, но минимальным процентом так называемых пищеводных осложнений. Аллопластика, наоборот, характеризуется низким процентом рецидивов, но дает пищеводные осложнения: длительную функциональную дисфагию, стриктуры пищевода и аррозии пищевода сетчатым трансплантатом.

**Целью** данного проспективного рандомизированного исследования является определение, какой метод должен использоваться при больших ГПОД — крурорафия или аллопластика облегченным частично-рассасывающимся трансплантатом. Оригинальная методика аллопластики (трансплантат *Ultrapro* (*Ethicon*)) располагается позади сшитых ножек диафрагмы) в проведенных нами ретроспективных исследованиях показала обнадеживающие отдаленные результаты как в плане профилактики рецидивов, так и в плане минимального процента осложнений.

**Материалы и методы.** Исследование «LARGE» (№ NCT01408108, *ClinicalTrials.gov*) является двойным слепым III фазы. Набор пациентов осуществлялся в 2013 и 2014 году. В настоящей работе изучаются отдаленные результаты, через 2 года после операции для каждого пациента. Основные критерии включения: 1) ГПОД I, II и III типов, включая осложненные ГЭРБ, 2) ППОД 10–20 см<sup>2</sup> (интраоперационный). Основные критерии исключения: 1) ASA >II, 2) возраст <20 и >80 лет, 3) ИМТ <16 и >39 кг/м<sup>2</sup>, 4) моторные

нарушения пищевода, 5) пептические стриктуры пищевода, 6) укорочение пищевода (интраоперационный), 7) пищевод Барретта. Изначально вовлечено — 100 пациентов; 6 пациентов не соответствовали критериям отбора, 2 пациента отказались; рандомизированы 92 пациента в 2 группы: I группа — крурорафия (46 пациентов), II группа — аллопластика (46 пациентов). **Методы исследования:** опросники симптомов и качества жизни, рентгеноскопия, эндоскопия, суточный внутрипищеводный pH-мониторинг.

**Результаты.** Группы были сопоставимыми по возрасту, полу, риску ASA, ИМТ, типам ГПОД, ППОД и данным субъективных и объективных методов исследования. Анатомические рецидивы выявлены у 7 пациентов (15,5%) из I группы (5 симптомовных, 2 бессимптомных) и лишь у 1 пациента (2,3%) из II группы (бессимптомный) (p=0,0313). Длительная функциональная дисфагия (без признаков стриктуры пищевода или аррозии сетчатым трансплантатом) отмечалась у 1 пациента (2,2%) из I группы и у 2 пациентов (4,5%) из II группы (p=0,4915). Опросники симптомов и качества жизни, эндоскопия и суточный pH-мониторинг также показали достоверно лучшие данные во II группе.

**Выводы.** Аллопластика облегченным частично-рассасывающимся трансплантатом *Ultrapro* (*Ethicon*) по оригинальной методике характеризуется достоверно меньшей частотой рецидивов по сравнению с крурорафией при больших ГПОД. В то же время, при использовании этой методики частота пищеводных осложнений по сравнению с крурорафией не увеличивается. Следовательно, при больших ГПОД методом выбора является аллопластика, в частности облегченным частично-рассасывающимся трансплантатом *Ultrapro* (*Ethicon*) по оригинальной методике.

## ИСПОЛЬЗОВАНИЕ САМОФИКСИРУЮЩИХ СЕТОК PROGRIP ПРИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ПЛАСТИКЕ ГРЫЖ ПИЩЕВОДНОГО ОТВЕРСТИЯ ДИАФРАГМЫ

Грубник В.В., Малиновский А.В., Грубник В.В.

Одесский национальный медицинский университет, г. Одесса, Украина

**Введение.** Вопрос выбора метода пластики больших грыж пищеводного отверстия диафрагмы до сих пор остается спорным.

**Цель работы:** изучение возможности использования самофиксирующихся сеток *Progrid* (*Covidien*, США), при выполнении лапароскопической пластики пищеводного отверстия диафрагмы и фундопликации. Ранее данный тип сеток использовался только для лапароскопической пластики паховых грыж.

**Материалы и методы.** Проанализированы результаты операций у 159 пациентов с большими грыжами пищеводного отверстия диафрагмы (ГПОД). Основную группу составило 62 пациента, которым пластика выполнена с помощью самофиксирующейся сетки *Progrid*, контрольную группу составило 97 пациентов, которым пластика выполнена обычной полипропиленовой сеткой *Prolene* (*Ethicon*, США). Сетки *Progrid* имеют специальные крючки (как у «липучек» на обуви), которыми при прикладывании к тканям они надежно фиксируются. В основной группе этой сеткой укрепили выпол-

ненную заднюю крурорафию. В основной группе мужчин было — 36, женщин — 26. Возраст оперированных пациентов был от 42 до 78 лет. Отдаленные результаты изучались через 6, 12 и 24 месяцев после операции. Методы исследования включали опросники симптомов, рентгеноскопию, эндоскопию и суточный внутрипищеводный pH-мониторинг.

**Результаты.** В основной группе ни в одном случае не было выявлено рецидива грыжи. Индекс качества жизни до операции был 35, после операции — 9 (p<0.05). Индекс *DeMeester* перед операцией был 78±15, после операции — 13,6±4 (p<0.01). В контрольной группе имело место 5 (5,1 %) случаев рецидивов грыжи.

**Выводы.** Первый опыт использования самофиксирующихся сеток *Progrid* для укрепления крурорафии показал безопасность и высокую эффективность новой методики. Методика требует дальнейшего изучения и сравнения с традиционными методиками аллопластики.