



І.В. Ліскіна, Л.М. Загаба

ДУ «Національний інститут фтизіатрії і пульмонології імені Ф.Г. Яновського НАМН України», Київ

Аналіз клініко-анатомічних показників хворих на туберкульоз легень із морфологічними ознаками прогресування (за операційним матеріалом)

Мета роботи — з'ясувати основні клініко-анатомічні показники перебігу туберкульозу (ТБ) легень з додатковим хірургічним лікуванням та морфологічно встановленим високим ступенем активності специфічного запалення.

Матеріали та методи. У рандомізоване ретроспективне дослідження ввійшли хворі з діагнозом «туберкульоз легень» у формах фіброзно-кавернозного туберкульозу (ФКТБ), туберкульоми (Т) легень та інших вторинних, які отримали додаткове хірургічне лікування в клініці ДУ «Національний інститут фтизіатрії і пульмонології імені Ф.Г. Яновського НАМН України» за 2010–2012 рр.

Результати та обговорення. Встановлено, що за період дослідження переважну кількість (57,6 %) оперативних втручань виконували з приводу Т. Щорічно в середньому в 32,0 % випадків оперують з приводу ФКТБ легень.

У разі Т легень у 19,7 % випадків оперативних втручань морфологічно встановлено високий ступінь активності специфічного процесу, в разі ФКТБ легень – у 47,5 %. Прогресування патологічного процесу не залежить від статі хворих, спостерігається воно переважно у людей молодого працездатного віку. Незалежно від форми ТБ легень на час хірургічного лікування зазвичай діагностують одностороннє ураження. У разі Т легень ураження поширюється від сегмента до частки – (100,0) %, а в разі ФКТБ легень частіше процес охоплює частку та цілу легеню – (74,5 ± 6,4) %.

Найбільш типовими оперативними втручаннями є резекція одного або кількох сегментів легені та лобектомії, які загалом склали 79,3 % випадків. У разі ФКТБ з ознаками прогресування специфічного запального процесу частіше виконували лобектомію та пульмонектомію (85,1 %).

Мікобактерії туберкульозу (МБТ) під час мікробіологічного дослідження вірогідно частіше виявляють у разі ФКТБ легень (83,0 ± 5,5) % порівняно з Т легень (28,6 ± 7,6) %. У хворих з ФКТБ одночасно з МБТ у (61,5 ± 7,8) % випадків діагностовано мультирезистентні його штами та штами з розширеною резистентністю (за даними тесту медикаментозної чутливості).

Висновки. На сьогодні додаткове хірургічне лікування отримують хворі на ТБ легень переважно у формах туберкульоми та ФКТБ. У 20 % випадків Т та майже в 50 % ФКТБ на момент операції морфологічно визначають прогресування патологічного процесу (високий ступінь активності запалення), причому у разі ФКТБ кількісно переважають мультирезистентні штами МБТ та штами з розширеною резистентністю.

Ключові слова

Фіброзно-кавернозний туберкульоз, туберкульоми легень, клініко-анатомічні показники, високий ступінь активності запалення.

Особливістю негативного патоморфозу туберкульозу (ТБ), що почав спостерігатися в 90-ті роки ХХ сторіччя, є не тільки погіршення

епідеміологічної ситуації, яка характеризується зростанням показників захворюваності та смертності від ТБ, а й збільшення частоти випадків гострого та прогресивного перебігу хвороби як у вперше виявлених хворих, так і з занедбаними, переважно хронічними, формами [4]. Зокрема, є

дані, що в Росії такий перебіг ТБ наразі спостерігається приблизно у 15,0 % уперше виявлених хворих [2, 3].

Одним із важливих чинників зростання кількості тяжких процесів із прогресивним перебігом, гострим початком, масивним бактеріовиділенням та невисокою ефективністю етіотропної терапії є збільшення частки медикаментозно стійких штампів мікобактерій туберкульозу (МБТ), особливо з мультирезистентністю та з розширеною резистентністю. Важливу роль у розвитку тяжкого перебігу ТБ має зміненість реактивності організму внаслідок несприятливих екології та соціально-економічних чинників у країні [2, 4, 16].

Попри позитивні зрушення в контролі за ТБ в останніх 5–6 років, ситуація із захворюванням в Україні лишається загрозливою, оскільки спостерігається поширення та зростання питомої ваги випадків мультирезистентного туберкульозу (МРТБ). Також одним із важливих проблемних питань у контролі за туберкульозом в Україні є постійне зростання захворюваності на поєднану ко-інфекцію туберкульоз/ВІЛ. За оцінками ВООЗ, в Україні 16 % хворих з новими випадками ТБ мають мультирезистентну форму. У хворих з повторними випадками частота мультирезистентного ТБ становить 44 % [16].

У разі неефективності або недостатньої ефективності протитуберкульозної хіміотерапії, особливо у хворих на МРТБ, згідно з Протоколами надання медичної допомоги хворим на туберкульоз [8, 9, 11], у низці випадків показано додаткове хірургічне лікування. З практичного досвіду відомо, що у разі МРТБ й тривалого перебігу захворювання часто неможливо досягти стабілізації туберкульозного запального процесу навіть на момент призначення операції. Проте слід зауважити, що, згідно із визначенням умов проведення хірургічного втручання, за останніми наказами МОЗ [8, 11], у хворих на ТБ легень операції бажано проводити тоді, коли немає ознак прогресування хвороби, а саме: не формуються нові осередки дисемінації та деструкції легеневої тканини.

Лише морфологічне дослідження резектатів легень із туберкульозним ураженням забезпечує об'єктивне біологічне визначення ступеня активності специфічного запального процесу [6, 7], оскільки не існує чіткої кореляції в динаміці клініко-рентгенологічних змін із активністю ТБ за морфологічними ознаками [15].

За результатами досліджень вітчизняних авторів ефективності та доцільності хірургічного лікування ТБ легень [12, 13] відомо, що такому додатковому виду лікування підлягають хворі переважно з ТБ легень у формах ФКТБ та Т.

Саме тому вказані форми-фази легеневого ТБ потребують ретельного дослідження на предмет уточнення активності специфічного запалення на момент хірургічного втручання, а у разі морфологічного визначення високого ступеня активності в резектованій легеневій тканині — подальшого ретроспективного з'ясування низки чинників, пов'язаних із тривалим прогресуванням процесу.

Мета роботи — з'ясування основних клініко-анатомічних показників випадків перебігу ТБ легень з додатковим хірургічним лікуванням та морфологічно встановленим високим ступенем активності специфічного запалення.

Матеріали та методи

Рандомізоване ретроспективне дослідження ґрунтувалося на даних історій хвороб хворих з діагнозом ТБ легень, які отримали додаткове хірургічне лікування в клініці ДУ «Національний інститут фтизіатрії і пульмонології імені Ф.Г. Яновського НАМН України» за 2010–2012 рр.

Оперативні втручання виконували при ТБ легень, який перебігав переважно у таких формах: фіброзно-кавернозний туберкульоз (ФКТБ), туберкульоми (Т) легень. Інші форми вторинного ТБ підлягали оперативному втручанням у поодиноких випадках.

Щорічну та загальну кількість оперативних втручань за окремими формами-фазами ТБ легень наведено в табл. 1.

Гістологічне визначення ступеня активності специфічного запалення при Т і ФКТБ легень на момент оперативного втручання проводили за розробленими алгоритмами дослідження [6, 7].

Мікробіологічне дослідження біологічного матеріалу (мокротиння та/або фрагментів операційного матеріалу) щодо виявлення МБТ виконували з використанням різних методів, регламентованих наказом МОЗ України № 45 [10].

Проводили статистичну обробку кількісних даних. Обраховували й визначали середню арифметичну показника та стандартну похибку середнього його значення. Порівняння середніх групових значень та оцінку вірогідності різниць проводили за параметричними методами варіаційної і рангової статистики із застосуванням t-критерію Стьюдента—Фішера [5].

Результати та обговорення

З'ясовано, що переважну кількість оперативних втручань виконували з приводу Т легень: від 51,7 % випадків у 2011 р. до 63,3 % в 2012 р. (див. табл. 1). Загалом щороку в середньому оперували 58,1 % хворих з Т легень, тоді як у

Таблиця 1. Кількість оперативних втручань за різних форм ТБ легень за 2010—2012 рр., абс. (M ± m), %

Показник	2010 р.	2011 р.	2012 р.	Середнє значення	Усього
ФКТБ легень	35 (37,6 ± 5,0)	36 (30,5 ± 4,2)	28 (28,6 ± 4,6)	33 (32,2)	99 (32,0 ± 2,7)
Т легень	55 (59,2 ± 5,1)	61 (51,7 ± 4,6)	62 (63,3 ± 4,9)	59 (58,1)	178 (57,6 ± 2,8)
Інші форми* ТБ легень	3 (3,2 ± 1,8)	21 (17,8 ± 3,5)	8 (8,2 ± 2,8)	11 (9,7)	32 (10,4 ± 1,7)
Загальна кількість випадків	93 (30,1 ± 2,6)	118 (38,2 ± 2,8)	98 (31,7 ± 2,6)	103 (100,0)	309 (100,0)

Примітка. * Інфільтративний ТБ, дисемінований ТБ, міліарний ТБ, циротичний ТБ, казеозна пневмонія, посттуберкульозні зміни.

Таблиця 2. Активність специфічного запалення при ФКТБ та Т легень, за даними гістологічного дослідження операційного матеріалу, абс. (M ± m), %

Активність процесу	2010 р.		2011 р.		2012 р.		Усього	
	Т	ФКТБ	Т	ФКТБ	Т	ФКТБ	Т	ФКТБ
Висока	9 (16,4 ± 5,0)	18 (51,4 ± 8,4)	8 (13,1 ± 4,3)	14 (38,9 ± 8,1)	18 (29,0 ± 5,8)	15 (53,6 ± 9,4)	35 (19,7 ± 3,0)	47 (47,5 ± 5,0)
Помірна	25 (45,5 ± 6,7)	12 (34,3 ± 8,0)	27 (44,3 ± 6,4)	21 (58,3 ± 8,2)	31 (50,0 ± 6,4)	11 (39,3 ± 9,2)	83 (46,6 ± 3,7)	44 (44,4 ± 5,0)
Низька	21 (38,2 ± 6,6)	5 (14,3 ± 5,9)	26 (42,6 ± 6,3)	1 (2,8 ± 2,7)	13 (21,0 ± 5,2)	2 (7,1 ± 4,9)	60 (33,7 ± 3,5)	8 (8,1 ± 2,7)
Загалом	55 (100,0)	35 (100,0)	61 (100,0)	36 (100,0)	62 (100,0)	28 (100,0)	178 (100,0)	99 (100,0)

32,2 % випадків хірургічні втручання проводили з приводу ФКТБ легень, інших форм ТБ — лише у 9,7 %.

Під час гістологічного дослідження операційного матеріалу за період спостереження у (19,7 ± 3,0) % оперативних втручань при Т легень морфологічно встановлено високий ступінь активності специфічного процесу в легенях (табл. 2). Слушно зауважити, що в класичній праці М.М. Авербаха [1] наведено близькі кількісні показники щодо питомої ваги випадків Т легень із ознаками прогресування їх. При ФКТБ легень у (47,5 ± 5,0) % випадків морфологічно встановлено високий ступінь активності специфічного процесу, тобто прогресування ТБ спостерігається за цієї форми ураження легень більше ніж удвічі частіше, ніж при Т легень.

Проаналізовано низку клініко-анатомічних показників, які визначали у випадках оперативних втручань із приводу Т та ФКТБ легень з морфологічно високим ступенем активності специфічного процесу (табл. 3).

Таким чином, за обох форм ТБ легень високий ступінь активності запального процесу, тобто прогресування патологічного процесу, не пов'язаний зі статтю хворих і спостерігається переважно в осіб працездатного віку. Загальна трива-

лість захворювання також істотно не відрізняється за різних форм ТБ легень.

Незалежно від форми ТБ на час хірургічного лікування зазвичай спостерігається одностороннє ураження легень, причому вірогідно частіше воно локалізується в правій частині. Остання є типовою локалізацією туберкульозного ураження легень узагалі.

Щодо поширеності ураження, то залежно від форми ТБ легень кількісно переважають сегмент та частка: при Т легень — 100,0 %, при ФКТБ виявляють поширений процес — найчастіше уражаються частка або вся легеня (74,5 ± 6,4) %.

Визначали також тип туберкульозного процесу та попередні лікувальні заходи до операції. Якщо випадки з Т легень — це переважно за клінічною класифікацією, був уперше діагностований ТБ (71,4 %), то хірургічне лікування ФКТБ легень частіше проводили в разі рецидивів та хронічного перебігу хвороби. Хронічний її перебіг, за результатами попереднього лікування та спостереження, був переважно при ФКТБ легень (80,9 %), що повністю узгоджується з класичними уявленнями про розвиток різних форм-фаз легеневого ТБ [14].

За результатами попереднього лікування контингенту хворих встановлено, що неефективний

курс (курси) протитуберкульозної хіміотерапії вірогідно частіше був при ФКТБ, ніж при Т легень (80,9 та 28,6 % випадків відповідно; $p < 0,001$). На відміну від ФКТБ, при Т легень вірогідно частіше на момент оперативного лікування пацієнти вперше отримували протитуберкульозну терапію, але без помітного клініко-рентгенологічного ефекту (71,4 і 19,1 % випадків відповідно; $p < 0,001$).

Вірогідної різниці щодо супутньої патології за різних форм ТБ легень не виявлено. Незначний відсоток наявності супутніх захворювань, на нашу думку, перш за все можна пояснити молодим віком пацієнтів. Найчастіше як фонове захворювання діагностовано цукровий діабет, який є чинником ризику в розвитку ТБ.

Наводимо типи оперативних втручань, які виконували у випадках ФКТБ та Т легень із морфологічними ознаками прогресування специфічного запального процесу (рисунок).

Отже, найпоширенішим типом оперативного втручання у хворих із Т легень є резекція одного або кількох сегментів, що загалом становило (60,0 \pm 8,3) % випадків, лобектомію виконано у (40,0 \pm 8,3) % хворих. При ФКТБ дещо частіше виконували лобектомії (48,9 \pm 7,3) %, пульмонектомію проведено у (36,2 \pm 7,0) % хворих. Таким чином, у хворих з морфологічними ознаками прогресування туберкульозного запального процесу найчастіше виконують сегментарну або полісегментарну резекцію та лобектомії, які загалом становили 79,3 % операцій ($p < 0,001$). Але слід зазначити, що у разі ФКТБ з ознаками прогресування специфічного запального процесу вірогідно частіше виконували лобектомії та пульмонектомії (85,1 %), що передусім пов'язано з тривалим рецидивним перебігом захворювання й відповідно з більшим поширенням патологічного процесу в легеневій тканині.

Проаналізовано також результати мікробіологічного дослідження харкотиння та операційного матеріалу на предмет виявлення МБТ і подальшого тесту медикаментозної чутливості (ТМЧ) для з'ясування резистентності МБТ до протитуберкульозних препаратів на час проведення оперативного втручання у випадках з морфологічно визначеним високим ступенем активності специфічного процесу (табл. 4).

МБТ під час мікробіологічного дослідження вірогідно частіше виявляють у хворих на ФКТБ (83,0 % \pm 5,5 %) порівняно з Т (28,6 \pm 7,6) % ($p < 0,001$). Причому в разі ФКТБ простежується вірогідна різниця щодо виявлення МБТ як у харкотинні, так і в операційному матеріалі, порівняно з Т легень: (70,2 \pm 6,7) % та (46,8 \pm 7,3) % і (25,7 \pm 7,4) % та (8,6 \pm 4,7) % відповідно ($p < 0,001$).

Таблиця 3. Клініко-анатомічні показники хворих на ФКТ і Т легень з морфологічно високим ступенем активності специфічного запалення, абс. (М \pm m), %

Параметр	Форма-фаза легеневого ТБ	
	ФКТБ	Т
Загальна кількість хворих, абс. кількість	47	35
<i>Стать пацієнтів</i>		
чоловіки	21 (45,9 \pm 8,2)	15 (42,9 \pm 8,4)
жінки	26 (54,1 \pm 8,2)	20 (57,1 \pm 8,4)
Середній вік, роки	30,28 \pm 1,45	28,46 \pm 1,78
<i>Бік ураження</i>		
лівий	18 (38,3 \pm 7,1)	12 (34,3 \pm 8,0)
правий	28 (59,6 \pm 7,2)	21 (60,0 \pm 8,3)
обидві легені	1 (2,1 \pm 2,1)	2 (5,7 \pm 3,9)
<i>Поширеність ураження</i>		
сегмент	7 (14,9 \pm 5,2)	11 (31,4 \pm 7,8)
кілька сегментів	5 (10,6 \pm 4,5)	7 (20,0 \pm 7,8)
частка легені	18 (38,3 \pm 7,1)	17 (48,6 \pm 8,4)
легеня	17 (36,2 \pm 7,0)	—
Загальна тривалість захворювання, роки	2,41 \pm 0,29	2,20 \pm 1,09
<i>Результат попереднього лікування</i>		
вперше розпочате, без суттєвого ефекту хіміотерапії	9 (19,1 \pm 5,7)	25 (71,4 \pm 7,6)
неефективний курс (курси) хіміотерапії	38 (80,9 \pm 5,7)	10 (28,6 \pm 7,6)
перерване	—	—
<i>Супутня патологія, в т. ч.</i>		
ВІЛ-інфекція	—	—
цукровий діабет	4 (8,5 \pm 4,1)	4 (11,4 \pm 5,4)

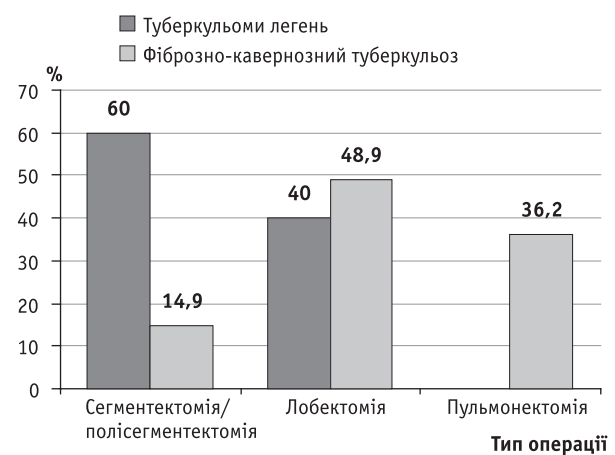


Рисунок. Типи оперативних втручань при ФКТБ та Т легень

Українським несприятливим чинником є встановлене нами кількісне переважання мультирезистентних штамів МБТ та штамів із розширеною резистентністю під час проведення ТМЧ у про-

Таблиця 4. Результати мікробіологічного дослідження у хворих на ФКТБ і Т легень з морфологічно високим ступенем активності специфічного запалення, абс. (М ± m), %

Показник	Форма-фаза легеневого ТБ	
	ФКТБ (n = 47)	Т (n = 35)
Загальна кількість випадків МБТ (+):	39 (83,0 ± 5,5)	10 (28,6 ± 7,6)
у харкотинні	33 (70,2 ± 6,7)	9 (25,7 ± 7,4)
у операційному матеріалі	22 (46,8 ± 7,3)	3 (8,6 ± 4,7)
<i>Профіль резистентності МБТ</i>		
монорезистентність	—	2 (5,7 ± 3,9)
полірезистентність	4 (8,5 ± 4,1)	—
мультирезистентність	11 (23,4 ± 6,2)	4 (11,4 ± 5,4)
розширена резистентність	13 (51,1 ± 7,3)	2 (5,7 ± 3,9)

цесі культуральних досліджень. Чіткіше простежується зазначена тенденція у хворих на ФКТБ легень (61,5 ± 7,8) %. На жаль, досить низький відсоток виявлення МБТ у разі Т легень не дає змоги вірогідно судити про частку резистентних штамів збудника у таких хворих.

Таким чином, у процесі дослідження уточнено низку конкретних клінічних та анатомічних характеристик випадків із тривалим прогресуванням або в фазу загострення хронічного перебігу ТБ легень.

Висновки

Встановлено, що в 2010–2012 рр. склалася стабільна ситуація щодо частки пацієнтів, які потребують додаткового хірургічного лікування з приводу легеневого туберкульозу. Щорічно

виконують 100–110 операцій. У середньому у 32,2 % випадків оперують з приводу фіброзно-кавернозного туберкульозу, а у 58,1 % — туберкульозом легень. У незначному відсотку (до 10 %) операції виконують при інших формах туберкульозу легень (інфільтративний, дисемінований, міліарний, циротичний, казеозна пневмонія, посттуберкульозні зміни).

У випадку туберкульозом типовими були резекція одного або кількох сегментів легені та лобектомії (79,3 %), у разі фіброзно-кавернозного туберкульозу вірогідно частіше виконують лобектомії та пульмонектомії (85,1 %).

Під час морфологічного дослідження операційного матеріалу в разі туберкульозом легень у середньому у 19,7 % хворих встановлено високий ступінь активності специфічного процесу, а в разі фіброзно-кавернозного туберкульозу легень — у 47,5 %.

Для випадків з морфологічними ознаками прогресування специфічного запального процесу визначено такі характерні вияви: найчастіше ураження локалізується в правій легені; залежно від форми туберкульозу легень при туберкульозах переважає ураження в межах сегмента або частки, при фіброзно-кавернозному туберкульозі — частки або всієї легені.

Суттєвою рисою захворювання у фазу його прогресування була частота мікробіологічного виявлення мікобактерій туберкульозу на час оперативного втручання: у хворих на фіброзно-кавернозний туберкульоз легень вона становила (83,0 ± 5,5) % та була істотно вищою, ніж у пацієнтів з туберкульозами легень (28,6 % ± 7,6 %; $p < 0,001$). Причому у них частка мультирезистентних мікобактерій туберкульозу або штамів з розширеною резистентністю сягає 61,5 %.

Список літератури

1. Авербах М.М. Туберкулеми легкого.— М.: Медгиз, 1962.— 343 с.
2. Кибрик Б.С., Челнокова О.Г., Таххан А., Баранов А.А. Острое прогрессирование как фаза туберкулезного процесса // Пульмонология.— 2010.— № 3.— С. 82–88.
3. Корецкая Н.М. Клиника, диагностика и лечение остро прогрессирующего туберкулеза // Медицина в Кузбассе.— 2010.— № 4.— С. 6–12.
4. Корецкая Н.М. Эпидемиология, патогенез и патоморфология остро прогрессирующего туберкулеза легких // Сиб. мед. журн.— 2011.— Т. 101, № 2.— С. 5–8.
5. Лапач С.Н., Чубенко А.В., Бабич П.Н. Статистические методы в медико-биологических исследованиях с использованием Excel: изд. 2-е, доп.— К.: Морнион, 2001.— 408 с.
6. Ліскіна І.В. та ін. Гістологічна діагностика ступеня активності туберкульозного запального процесу при туберкульозах легень: інформаційний лист.— К.: ДУ НІФП, 2010.— 4 с.
7. Ліскіна І.В. та ін. Гістологічна діагностика ступеня активності туберкульозного запального процесу при фіброзно-

кавернозному туберкульозі легень в операційному матеріалі: інформаційний лист.— К.: ДУ НІФП, 2009.— 4 с.

8. Наказ МОЗ України № 1091 від 21.12.2012 р. «Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Туберкульоз».
9. Наказ МОЗ України № 384 від 09.06.2006 р. «Про затвердження протоколу надання медичної допомоги хворим на туберкульоз».
10. Наказ МОЗ України № 45 від 06.02.02. «Про затвердження Інструкції з бактеріологічної діагностики туберкульозної інфекції».
11. Наказ МОЗ України № 600 від 22.10.08. «Стандарт надання медичної допомоги хворим на хіміорезистентний туберкульоз».
12. Опанасенко М.С. та ін. Результати хірургічного лікування хворих на мультирезистентний деструктивний туберкульоз легень // Укр. пульмонолог. журн.— 2007.— № 3.— С. 59–64.
13. Савенков Ю.Ф. Оптимизация хирургического лечения больных с лекарственно-устойчивым туберкулезом легких // Укр. пульмонолог. журн.— 2005.— № 3.— С. 40–43.
14. Соловьева И.П., Берестова А.В. Классификация и кодирова-

- ние клинко-анатомических форм туберкулеза // Арх. патол.— 2001.— № 2.— С. 54—58.
15. Суркова Л.К., Дюсьмикеева М.И. Остропрогрессирующий туберкулез легких: морфологические и бактериологические особенности // Пробл. туб. и болезней легких.— 2003.— № 3.— С. 32—35.
16. Туберкульоз в Україні (аналітично-статистичний довідник за 2001—2011 роки) / МОЗ України.— К.: Поліум, 2012.— 20 с.

И.В. Лискина, Л.М. Загаба

ГУ «Национальный институт фтизиатрии и пульмонологии имени Ф.Г. Яновского НАМН Украины», Киев

Анализ клинко-анатомических показателей у больных туберкулезом легких с морфологическими признаками прогрессирования (по операционному материалу)

Цель работы — установить основные клинко-анатомические показатели течения туберкулеза (ТБ) легких с дополнительным хирургическим лечением и морфологически установленной высокой степени активности специфического воспаления.

Материалы и методы. В рандомизированное ретроспективное исследование вошли больные с диагнозом: «туберкулез легких» с формами фиброзно-кавернозного туберкулеза (ФКТ), туберкулемы (Т) легких и других вторичных форм, которые получили дополнительное хирургическое лечение в клинике ГУ «Национальный институт фтизиатрии и пульмонологии имени Ф.Г. Яновского НАМН Украины» в 2010—2012 гг.

Результаты и обсуждение. Установлено, что за период исследования подавляющее количество оперативных вмешательств (57,6 %) выполняли по поводу Т. Ежегодно в среднем в 32,0 % случаев оперировали по поводу ФКТБ легких.

При Т легких в 19,7 % случаев оперативных вмешательств морфологически установлена высокая степень активности специфического процесса, при ФКТБ легких — в 47,5 %. Прогрессирование патологического процесса не связано с полом больных, наблюдается преимущественно у лиц молодого трудоспособного возраста. Независимо от формы ТБ легких на момент хирургического лечения, как правило, наблюдается одностороннее поражение. При Т легких распространенность поражения варьирует от сегмента до доли — (100,0 %), а при ФКТБ легких чаще поражаются доля и целое легкое — (74,5 ± 6,4) %.

Наиболее типичным оперативным вмешательством является резекция одного или нескольких сегментов легкого и лобэктомии, которые в целом составили 79,3 % случаев. При ФКТБ с признаками прогрессирования специфического воспалительного процесса чаще выполняли лобэктомию и пульмонэктомию (85,1 %).

Микобактерии туберкулеза (МБТ) при микробиологическом исследовании достоверно чаще обнаруживают в случае ФКТБ легких (83,0 ± 5,5) %, чем Т легких (28,6 ± 7,6) %. У больных с ФКТБ одновременно с МБТ у (61,5 ± 7,8) % случаев диагностированы мультирезистентные его штаммы и штаммы с расширенной резистентностью за данными теста медикаментозной чувствительности.

Выводы. Сегодня дополнительное хирургическое лечение получают больные ТБ легких преимущественно в формах туберкулемы и ФКТБ. В 20,0 % случаев Т легких и почти в 50 % ФКТБ на момент операции морфологически определяют прогрессирование патологического процесса (высокую степень активности воспаления), причем в случаях ФКТБ количественно преобладают мультирезистентные штаммы МБТ и штаммы с расширенной резистентностью.

Ключевые слова: фиброзно-кавернозный туберкулез, туберкулемы легких, клинко-анатомические показатели, высокая степень активности воспаления.

I.V. Liskina, L.M. Zagaba

SO «National Institute of Phthiology and Pulmonology named after F.G. Yanovsky of NAMS of Ukraine», Kyiv, Ukraine

Analysis of modern clinical and pathological indices in cases of pulmonary tuberculosis with the morphological features of progression (on surgical material)

Objective — to establish the basic clinical and pathological indices of the pulmonary tuberculosis cases with additional surgery treatment and morphologically established high degree of activity of a specific inflammation.

Materials and methods. A randomized retrospective study included all patients with a diagnosis «pulmonary tuberculosis» (PTB) (forms: fibro-cavernous tuberculosis (FC TB), pulmonary tuberculoma and other forms of secondary pulmonary TB) who underwent additional surgical treatment at the clinic of SO «National institute of phthiology and pulmonology named after F.G. Yanovsky National academy of medical sciences of Ukraine» in 2010–2012 yy.

Results and discussion. The study results revealed that the vast number of surgical procedures were performed due to the pulmonary tuberculomas, 57.6 % — in the period of investigation. Every year, 32.0 % of the operations on average are performed in cases of FC TB.

We revealed that pulmonary tuberculomas are morphologically characterized by a high degree of activity of a specific process in 19.7 % of all surgical interventions, whereas FC TB — in 47.5 % of cases respectively. The progression of the pathological process is not related with sex of patients and occurs predominantly in young working-age population. Hemilesion of lung usually occurs at the time of surgery regardless of the form of pulmonary tuberculosis. The extent of lesions at pulmonary tuberculomas varies from segment to one lobe (100.0 %), and in FC TB more often it affects the lobe and whole lung — (74.5 ± 6.4) % of cases.

The most common type of surgery is the resection of one or several segments of the lung and lobectomy, which present 79.3 % of all cases. In cases of FC TB with signs of progression of a specific inflammatory process lobectomy and pneumonectomy were performed significantly more often (85.1 %).

Microbiological examination revealed MBT significantly higher in patients with FCT (83.0 ± 5.5) % in comparison to the cases of tuberculomas — (28.6 ± 7.6) %. Drug susceptibility test revealed multidrug-resistant strains of MBT, and the XDR-resistant strains in (61.5 ± 7.8)% of sputum culture positive patients with FC TB.

Conclusions. Currently, additional surgical treatment is required for patients with pulmonary TB mainly for such forms as tuberculomas and fibro-cavernous tuberculosis. In 20.0 % of the pulmonary tuberculomas and almost in 50.0 % of the FC TB morphologically determined progression of the pathological process (high level of activity of inflammation) was identified at the time of surgery. In the cases of the FC TB the multidrug-resistant strains of the MBT and the strains with extensively drug-resistance (XDR-resistant) dominated quantitatively.

Key words: fibro-cavernous tuberculosis, pulmonary tuberculoma, clinical and pathological parameters, activity of a specific inflammation.

Контактна інформація:

Ліскіна Ірина Валентинівна, д. мед. н., ст. наук. співр., зав. лабораторії патоморфології
03680, м. Київ, вул. М. Амосова, 10. Тел. (044) 275-55-11
E-mail: liskina@ifp.kiev.ua

Стаття надійшла до редакції 31 січня 2014 р.