

Отдаленные результаты консервативного лечения туберкулем легких

Р.В. Якупов^{1,2}, М.В. Павлова¹, Н.В. Сапожникова¹, А.Н. Кадука¹

¹ Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт фтизиопульмонологии

² Оренбургский областной клинический противотуберкулезный диспансер

The remote results of conservative treatment of lung tuberculoma

R. Yakupov^{1,2}, M. Pavlova¹, N. Sapozhnikova¹, A. Kaduka¹

¹ St. Petersburg Research Institute of Phtisiopulmonology

² Orenburg regional TB Dispensary

© Коллектив авторов, 2017 г.

Резюме

В статье представлены результаты консервативного лечения пациентов с диагнозом туберкулемы легких. Эффективность курса химиотерапии установлена у 70,5% пациентов. Рецидивы после консервативного лечения туберкулем возникали у 16,7% пациентов. Причиной возникновения рецидива явились прерывание курса химиотерапии из-за отсутствия приверженности к лечению у 9% пациентов, сопутствующая патология и наличие лекарственной устойчивости МБТ.

Ключевые слова: туберкулез легких, туберкулема, эффективность лечения, отдаленные результаты

Summary

The article presents the results of conservative treatment of patients with lung tuberculoma diagnose. Effective chemotherapy is established in 70.5% of patients. Recurrences after conservative treatment tuberculoma occurred in 16.7% of patients. The main cause of relapse was the interruption of chemotherapy due to the lack of adherence to treatment in 9% of patients, comorbidity and the presence of drug resistance of *M. tuberculosis*.

Keywords: pulmonary tuberculosis, tuberculoma, the treatment efficiency, long-term results

Введение

Удельный вес туберкулем в структуре заболеваемости туберкулеза легких невелик. Так, в 60-е годы прошлого столетия этот показатель составлял в среднем 3,3%; в 70-е гг. — 4,5% всех впервые выявленных случаев туберкулеза [1]. Некоторые авторы приводят показатели в разных слоях населения: так, среди заключенных удельный вес туберкулем составляет 12,2%, среди молодых женщин — 9,8%, среди беременных и родильниц — 4,04% [2]. В структуре ле-

карственно-устойчивого туберкулеза туберкулемы составляют 3,6–9,8% [3], несколько более высокие цифры приводятся по результатам резекционного материала — 18,3% [4].

Туберкулема характеризуется наличием крупных (более 1,0 см в диаметре), округлых, инкапсулированных соединительной тканью очагов казеозного некроза в легких, четко отграниченных от окружающей легочной ткани, длительно и торпидно текущих [1]. Формирование туберкулем связано с возобновлением роста бактериальной популяции, особенно

при наличии лекарственной устойчивости МБТ, при значительном усилении клеточной гиперчувствительности к активным микобактериям [5]. Усиление воспалительной реакции вокруг расположенных рядом очагов нередко завершается возникновением легочного инфильтрата с выраженными казеозными изменениями в центре. Инкапсуляция такого инфильтрата приводит к появлению туберкулемы [4].

Туберкулемы представляют трудность для диагностики и лечения. Для правильной постановки диагноза нередко проводится морфологическая верификация с целью подтверждения этиологии заболевания. Частота развития и клинические проявления туберкулем легких во многом определяются особенностями эпидемической ситуации и уровнем инфицированности населения [6]. Установлено, что у жителей средней полосы России в 3–40% случаев туберкулемы выявляются без выраженных клинических проявлений. С учетом роста лекарственной устойчивости микобактерий среди впервые выявленных больных особенно остро встает вопрос о необходимости хирургического лечения пациентов с туберкулемами легких. Среди врачей-фтизиатров и торакальных хирургов нет единого мнения о целесообразности хирургического или консервативного лечения [7]. Многие специалисты подчеркивают потенциальную опасность туберкулем, ввиду высокой вероятности их прогрессирования в дальнейшем считают необходимым удаление туберкулем хирургическим путем [8–10]. Другие авторы считают, что существуют риски развития специфических и неспецифических осложнений после хирургического лечения туберкулем [8, 11]. В последние годы по Оренбургской области наметилась тенденция к увеличению удельного веса данной клинической формы в структуре заболеваемости среди впервые выявленных больных: в 2013 г. — 39 чел. (2,8%), в 2014 г. — 69 чел. (5,4%), в 2015 г. — 78 чел. (6,4%), что послужило поводом для исследования эффективности лечения данной категории пациентов.

Цель исследования: изучение отдаленных результатов консервативного лечения больных с диагнозом туберкулемы легких.

Материалы и методы исследования

Нами проведено когортное ретроспективное исследование отдаленных результатов консервативного лечения туберкулем легких.

За период с 2008 по 2011 г. в Оренбургском противотуберкулезном диспансере пролечены 197 пациентов, которым был установлен диагноз туберкулемы легких (новые случаи туберкулеза и рецидив болезни). Все пациенты с диагнозом туберкулемы легких получили консервативное лечение. Проведен анализ ана-

мнестических данных: наличие или отсутствие контакта с больным туберкулезом, возраст, пол; оценивали наличие или отсутствие симптомов интоксикации, клинические, рентгенологические, бактериологические данные, режимы химиотерапии, сопутствующую патологию.

Оценка отдаленных результатов в группах проводилась после окончания основного курса химиотерапии (интенсивной и фазы продолжения) и после снятия с диспансерного учета.

Статистический анализ проводился с использованием пакета программы SPSS.16.0.

Результаты и их обсуждение

Группу наблюдения составили пациенты в возрасте 18–65 лет, средний возраст мужчин составил 42,5 года, женщин — 35,3 года. Контакт с больным туберкулезом установлен у 42 (21,3%) пациентов, 155 (78,7%) больных не имели туберкулезного контакта. Большинство пациентов выявлено при профилактической флюорографии — 182 (92,4%). Остальные выявлены при обращении в лечебное учреждение с жалобами — 15 (7,6%). Основными жалобами пациентов были слабость, утомляемость, потеря в весе, единичных пациентов беспокоил кашель. Клинические показатели крови у пациентов в основном были в пределах референтных значений, у 17% пациентов наблюдалось увеличение СОЭ до 40 мм/ч, незначительное повышение лейкоцитов.

Рентгенологическая картина изменений в легких характеризовалась наличием очагового образования более 1 см, округлой формы, в некоторых случаях определялись немногочисленные очаги вокруг. Одиночное очаговое образование зарегистрировано у 133 (67,5%) больных; у 57 (28,9%) пациентов выявлены очаговые образования в количестве двух и у 7 (3,6%) больных — более трех очаговых образований. По клинко-рентгенологическим данным установлен диагноз туберкулемы легких. Преобладали туберкулемы малых размеров (1–2 см), выявленные у 156 (79,2%) больных; средние размеры (2–4 см) установлены у 40 (20,3%) больных, и туберкулема более 4 см выявлена у одного пациента. Очаги в легочной ткани вокруг основного образования определялись у 128 (64,9%) больных, отсутствовали — у 69 (35,1%). Среди пациентов, имеющих туберкулемы малых и средних размеров, одиночные туберкулемы составили 67,8%, очаги отсева в окружающую легочную ткань зарегистрированы у 50,7%.

Деструктивные изменения в легочной ткани установлены у 32 (16,2%) пациентов, у 165 (83,8%) — деструкция не определялась. Бактериовыделение зарегистрировано у 39 (19,7%) больных, у 158 (80,3%)

больных микобактерии туберкулеза не определялись. У всех бактериовыделителей выполняли тест на лекарственную чувствительность: у 13 (33,3%) пациентов лекарственная чувствительность МБТ к ПТП была сохранена, у 7 (17,9%) больных установлена лекарственная устойчивость к изониазиду и стрептомицину и у 19 (48,7%) определена множественная лекарственная устойчивость. Пациенты с отсутствием бактериовыделения и сохраненной лекарственной чувствительностью получали терапию по третьему режиму: изониазид, рифампицин, пиразинамид, этамбутол с учетом массы тела и переносимости. Пациенты с лекарственной устойчивостью получали индивидуализированный режим с учетом данных о лекарственной чувствительности МБТ и переносимости препаратов.

Эффективность терапии оценивали по основным клинико-рентгенологическим и бактериологическим данным. Закончили основной курс лечения через 10 мес и переведены в 3-ю группу наблюдения 139 (70,5%) пациентов, которые через год сняты с диспансерного наблюдения с выздоровлением. Продолжили терапию более года 26 (13,2%) пациентов с лекарственной устойчивостью МБТ. Не закончили основной курс химиотерапии (отрыв от лечения) 18 (9%) пациентов из-за низкой приверженности к лечению. Рецидивы возникли у 33 (16,7%) пациентов с размерами туберкулем более 2 см в диаметре. По обобщенным данным, из 197 человек, получавших консервативное лечение, рецидив возник у 33 больных (инцидент составил $33/197=0,16666$), таким образом, риск возникновения рецидива в терапевтической группе составил около 16% ($0,16(6)\times 100\%=16\%$). По времени возникновения рисков больные распределились сле-

дующим образом: у 18 пациентов рецидив возник в течение первого года наблюдения; у 7 человек — на втором году; и у 8 пациентов рецидив возник через 3 года наблюдения.

Итак, наибольшее число случаев рецидива болезни возникало в течение первого года наблюдения. Причиной возникновения рецидива явилось прерывание курса химиотерапии из-за отсутствия приверженности к лечению. Пациенты с рецидивами, возникшими на втором году наблюдения, имели сопутствующую патологию: некомпенсированный сахарный диабет, язвенную болезнь желудка и злоупотребление алкоголем. Рецидивы, возникшие на четвертом году наблюдения, выявлены у пациентов, имеющих множественную лекарственную устойчивость микобактерий.

Таким образом, основными причинами возникновения рецидива у пациентов с диагнозом туберкулемы, получивших консервативную терапию, были множественная лекарственная устойчивость МБТ, отрывы от лечения и сопутствующая патология.

Выводы

1. Консервативное лечение туберкулем эффективно в 70,5% наблюдений.
2. Рецидивы после консервативного лечения туберкулем возникали у 16,7% пациентов.
3. Основными причинами развития рецидивов у пациентов, пролеченных консервативно по поводу туберкулем, являются: прерывание лечения, сопутствующая патология и наличие множественной лекарственной устойчивости микобактерий.

Список литературы

1. Кондакова М.Н., Кобак М.Э. Руководство по легочному и внелегочному туберкулезу / под ред. Ю.Н. Левашова, Ю.М. Репина. М.: Медицина, 2008. С. 192–196. Kondakova M.N., Kobak M.E. Rukovodstvo po legochnomu i vnelegochnomu tuberkulezu / pod. red. Yu.N. Levashova, Yu.M. Repina. M.: Meditsina, 2008. S. 192–196.
2. Ковганко П.А. К проблеме туберкулеза и материнства // Пробл. туберкулеза и болезней легких. 2003. № 4. С. 46–48. Kovganko P.A. K probleme tuberkuleza i materinstva // Probl. tuberkuleza i boleznei legkikh. 2003. N 4. S. 46–48.
3. Васильева Н.А., Андреевская С.В. Эффективность лечения больных туберкулезом, выделяющих лекарственно устойчивые штаммы *M. Tuberculosis* // Пробл. туб. и бол. легких. 2004. № 8. С. 25–281. Vasil'eva N.A., Andreevskaya S.V. Effektivnost' lecheniya bol'nykh tuberkulezom, vydelyayushchikh lekarstvenno ustoichivye shtammy *M. Tuberculosis* // Pr. tub. i bol. legkikh. 2004. N 8. S. 25–281.
4. Холодок О.А., Черемкин М.И. Морфологические аспекты активности туберкулом легкого // Бюллетень физиологии и патологии дыхания. 2013. № 49. Kholodok O.A., Cheremkin M.I. Morfologicheskie aspekty aktivnosti tuberkulom legkogo // Byulleten' fiziologii i patologii dykhaniya. 2013. N 49.
5. Коровкин В.С., Горенюк О.Л. Неблагоприятные тенденции в эпидемиологии туберкулеза // Особенности диагностики и лечения мультирезистентного туберкулеза: материалы Республ. науч.-практ. конф., Минск, 2006. Т. 15. С. 28–30. Korovkin V.S., Gorenjuk O.L. Neblagopriyatnye tendentsii v epidemiologii tuberkuleza // Osobennosti diagnostiki i lecheniya mul'tirezistentnogo tuberkuleza: materialy Respubl. nauch.-prakt. conf., Minsk, 2006. T. 15. S. 28–30.
6. Холодок О.А., Григоренко А.А., Черемкин М.И. Туберкулема легкого как форма туберкулезного процесса // Бюллетень физиологии и патологии дыхания. 2014. № 53. Kholodok O.A., Grigorenko A.A., Cheremkin M.I. Tuberkulema legkogo kak forma tuberkuleznogo protsessa // Byulleten' fiziologii i patologii dykhaniya. 2014. N 53.
7. Яблонский П.К. Российская фтизиатрия сегодня — выбор пути развития // Медицинский альянс. 2013. № 3. С. 5–24.

- Yablonskiy P.K.* Rossiiskaya ftiziatrya segodnya — vybor puti razvitiya // *Meditsinskiy al'yans*. 2013. N 3. S. 5–24.
8. *Аветисян А.О., Яблонский П.К., Соколович Е.Г., Васильев И.В.* Место хирургии в комплексном лечении больных с множественной и широкой лекарственной устойчивостью // Тезисы II Конгресса Национальной ассоциации фтизиатров. СПб., 2012. *Avetisyan A.O., Yablonskiy P.K., Sokolovich E.G., Vasil'ev I.V.* Mesto khirurgii v kompleksnom lechenii bol'nykh s mnozhestvennoi i shirokoi lekarstvennoi ustoychivost'yu // *Tezisy II Kongress natsional'noi assotsiatsii ftiziatrov*. SPb., 2012.
 9. *Левашев Ю.Н., Репин Ю.М.* Руководство по легочному и внелегочному туберкулезу. СПб.: ЭЛБИ-СПб., 2006. *Levashev Yu.N., Repin Yu.M.* *Rukovodstvo po legochnomu i vnelegochnomu tuberkulezu*. SPb.: ELBI-SPb., 2006.
 10. *Перельман М.И.* Фтизиатрия. Национальное руководство. М., 2007. С. 5–34. *Perel'man M.I.* *Ftiziatriya. Natsional'noe rukovodstvo*. Moscow, 2007. S. 5–34.
 11. *Боровиков О.В., Аминев Х.К., Гарифуллин З.Р.* Аспекты дифференциальной диагностики и лечения больных туберкулезом // Материалы научно-практической конференции (г. Москва, 18–20 апреля 2012 г.). М., 2012. *Borovikov O.V., Aminev Kh.K., Garifullin Z.R.* *Aspekty differentsial'noi diagnostiki i lecheniya bol'nykh tuberkulezom* // *Materialy nauchno-prakticheskoi konferentsii (Moscow, 18–20 aprelya 2012 g.)*. M., 2012.

Поступила в редакцию 17.01.2016 г.

Сведения об авторах:

Якупов Рустем Валерьевич — аспирант НИИ фтизиопульмонологии, фтизиатр Оренбургского ПТД; 191036, Санкт-Петербург, Лиговский пр., д. 2/4; e-mail: Spbniif_all@spbniif.ru;

Павлова Мария Васильевна — доктор медицинских наук, профессор, ведущий научный сотрудник СПб НИИФ; 191036, Санкт-Петербург, Лиговский пр., д. 2/4, отделение терапии туберкулеза легких; e-mail: mv@spbniif.ru;

Сапожникова Надежда Валентиновна — кандидат медицинских наук, старший научный сотрудник СПб НИИФ; 191036, Санкт-Петербург, Лиговский пр., д. 2/4, отделение терапии туберкулеза легких; e-mail: n_sapozhnikova69@mail.ru;

Кадука Александра Николаевна — клинический ординатор отделения терапии туберкулеза легких СПб НИИФ; 191036, Санкт-Петербург, Лиговский пр., д. 2/4, отделение терапии туберкулеза легких; e-mail: sashavolx92@mail.ru.



Приглашаем к участию
в VI-м Конгрессе
Национальной Ассоциации Фтизиатров.

VI КОНГРЕСС
НАЦИОНАЛЬНОЙ АССОЦИАЦИИ ФТИЗИАТРОВ

23 – 25
ОКТАБРЯ

Информация для участников и он-лайн регистрация на сайте: www.nasph.ru