

И.А. Калабуха, д.м.н., заведующий отделением, В.Е. Иващенко, отделение торакальной хирургии, ГУ «Институт фтизиатрии и пульмонологии им. Ф.Г. Яновского НАМН Украины», г. Киев

Туберкулома легкого — обращаться ли к хирургу?

Туберкулома — достаточно распространенная форма туберкулеза легких. Иногда туберкулому выявляют при первичном обращении пациента, чаще ее формирование наблюдается в процессе лечения больного. Особенности современной отечественной фтизиатрии являются эпидемиологические мероприятия по выявлению, лечению, наблюдению больных туберкулезом легких, что обусловлено существованием в Украине эпидемии туберкулеза. Соответственно в ныне действующей классификации туберкулеза в отличие от предшествовавшей относительно меньшее место занимают анатомические и морфологические аспекты патологического процесса. В результате туберкулома как нозологический подвариант туберкулеза стала нередко недооцениваться или вообще оцениваться неадекватно. Согласно приказу МЗ Украины № 385 от 09.06.2006 г. в определении термина «неудача лечения» (основное понятие, предусматривающее необходимость продолжения лечения пациента) туберкулома как исход леченного туберкулеза не упоминается вообще. Вследствие этого все чаще стали встречаться случаи, когда туберкулому рассматривали как абсолютно удовлетворительный результат, практически не требующий дальнейших действий, то есть приравнивали к полному выздоровлению. В связи с этим снова подробно остановимся на диагностических, клинических, морфофункциональных, эпидемиологических и прогностических аспектах туберкуломы легкого.

Согласно одному из наиболее емких определений туберкулома является формой вторичного туберкулеза, возникающей как своеобразная фаза эволюции инфильтративного туберкулеза, когда перифокальное воспаление рассасывается и остается очаг творожистого некроза (казеоза), окруженный капсулой.

В центре каждого инфильтрата всегда имеется некоторое количество казеоза. Перифокальная инфильтрация в процессе комплексного лечения на основе противотуберкулезной химиотерапии рассасывается, и остаются лишь нерассосавшиеся казеозные массы. Эпителиоидные клетки быстро трансформируются в фиброзную ткань, и таким образом организм относительно надежно (при удовлетворительном общем состоянии) ограничивает казеозные массы капсулой, делающей невозможной дальнейшую диссеминацию процесса, несмотря на значительное количество микобактерий туберкулеза, содержащееся в казеозе. Однако следует учитывать, что целостность капсулы достаточно легко нарушается при различных как физиологических (беременность, интенсивное ультрафиолетовое облучение), так и патологических (иммунодефициты, системные заболевания, респираторные инфекции и пр.) состояниях практически в любой, даже весьма отдаленные от образования туберкуломы сроки.

Основной наиболее часто встречающегося инфильтративного туберкулеза легких является гиперреактивно-пневмоническое воспаление, то есть воспалительный процесс одновременно имеет склонность к распространению за пределы воспалительного очага и к прогрессированию в самой зоне воспаления. Соответственно, в большинстве случаев развитие заболевания ведет к распаду легочной ткани и образованию деструкции. При этом в зоне гиперсенсibilизации и воспаления всегда наблюдаются нарушения микроциркуляции со следующими феноменами: нарушение проницаемости сосудов, стаз и агрегация форменных элементов крови, гипоксия и ацидоз с последующим аутолизом, который и завершается распадом легочной ткани. Если на этом этапе процесс не останавливается, инфильтрат эволюционирует с возможностью развития распространенных и деструктивных форм туберкулеза. При своевременном применении адекватной химиотерапии процесс локализуется. Но регресс следствий распада паренхимы легких имеет свои границы. Полное рассасывание или уплотнение с дальнейшим

фиброзом — совсем не обязательный исход инфильтративного туберкулеза. В значительном количестве случаев исход в туберкулому оказывается закономерным, принимая во внимание возникающие большие участки некроза паренхимы, усиление процессов склероза и фиброза, отсутствие адекватного кровоснабжения в пораженном участке.

Другим вариантом образования туберкуломы (псевдотуберкуломы) является заполнение продуктами воспалительного процесса и жизнедеятельности патогенных микроорганизмов полости распада или каверны с последующим отграничением по вышеописанной схеме.

Также следует учитывать, что современный туберкулез имеет ряд особенностей, связанных с вирулентностью и патогенностью возбудителя — микобактерии туберкулеза. Современные штаммы имеют большую интенсивность цитохимических реакций, каталазную активность микробных клеток, которая предопределяет увеличение распространенности деструктивных процессов в паренхиме легких.

Наблюдается реструктуризация клинических форм в сторону распространения прогрессирующих процессов — инфильтративный процесс с распадом, казеозная пневмония, фиброзно-кавернозный процесс. Увеличилось количество таких форм, как множественные и конгломератные туберкуломы с распадом. Возрастает показатель первичной (от 7 до 20%) и вторичной (75%) устойчивости к химиотерапии. Все это значительно усложняет консервативное лечение больных туберкулезом и ухудшает результаты лечения.

Таким образом, некорректно ставить знак равенства между образованием туберкуломы на месте существовавшего инфильтративного туберкулеза и выздоровлением пациента, несмотря на прекращение бактериовыделения (тем самым, безусловно, — решения эпидемиологической задачи на момент превращения деструкции в туберкулому) и исчезновение клинических проявлений заболевания.

Необходимо с особым вниманием интерпретировать результаты стандартного лечения туберкулеза легкого, особенно его инфильтративных форм.

Оценка исхода туберкулезного воспаления в туберкулому, как правило, осуществляется по результатам общеклинических, лабораторных и главным образом рентгенологических исследований. Наиболее частой причиной неадекватной оценки бывает неправильная интерпретация рентгенологического снимка, особенно если рассматривается только обзорная рентгенограмма в прямой проекции (что встречается весьма нередко), на которой вследствие суммации теней на фоне пневмосклероза и фиброзных изменений паренхимы может скрываться формирование туберкуломы (нередко нескольких).

Поэтому важнейшим средством оценки исхода туберкулеза легкого в туберкулому следует считать компьютерную томографию органов грудной полости. Достаточно часто применение именно этой методики позволяет обнаружить деструкцию в массах фиброзных тяжей и адекватно оценить картину в легких во время и после курса химиотерапии.



В качестве иллюстрации приводим следующий клинический пример.

У больного Т. 23 лет, студента, во время очередного профилактического ежегодного осмотра были выявлены патологические изменения в верхней доле левого легкого (рис. 1).

После проведенного обследования 08.07.09 г. был установлен диагноз: впервые диагностированный туберкулез легких (ВДТБ) верхней доли левого легкого (инфильтративный), Дестр+, МБТ+, М-, К+, Резист. I+ (R), Гист. 0, Кат. 1, Ког. 3 (2009).

Никаких жалоб больной не предъявлял, ранее туберкулезом не болел, контакт с больным туберкулезом отрицает. В первом же микробиологическом исследовании мокроты на МБТ выявлен рост культуры и первичная химиорезистентность возбудителя к рифампицину. В стационаре получал стандартную антибактериальную терапию согласно первой категории: изониазид, рифампицин, пипразинамид, этамбутол, стрептомицин; через 2 месяца после получения сведений о резистентности рифампицин был заменен на левофлоксацин. Выполнялись также эндобронхиальные введения раствора изониазида.

На контрольных рентгенограмме и томограмме полость деструкции сохранялась, в связи с чем после четвертого месяца лечения схема была дополнена клофазамом, в качестве средства патогенетической терапии был назначен преднизолон. Больной также получал необходимое патогенетическое и симптоматическое лечение (дезинтоксикационная терапия, гепатопротекторы,

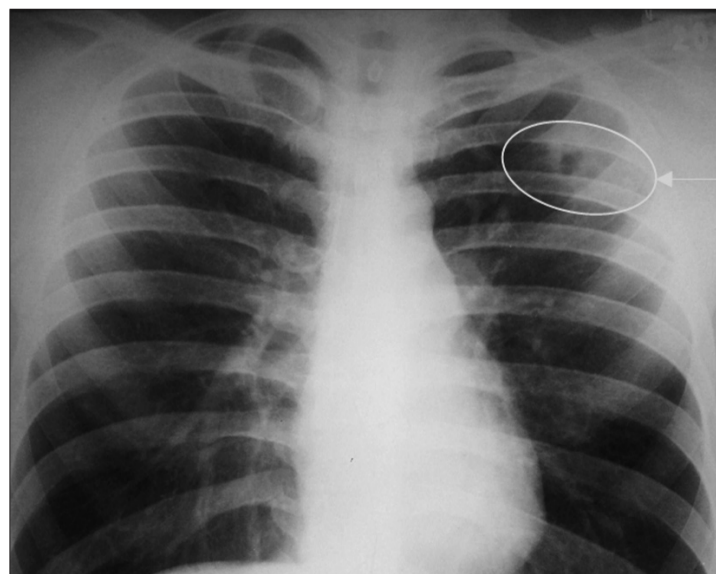


Рис. 1. Обзорная рентгенограмма органов грудной клетки больного Т. при выявлении заболевания. Инфильтрат с полостью деструкции в S₂ левого легкого

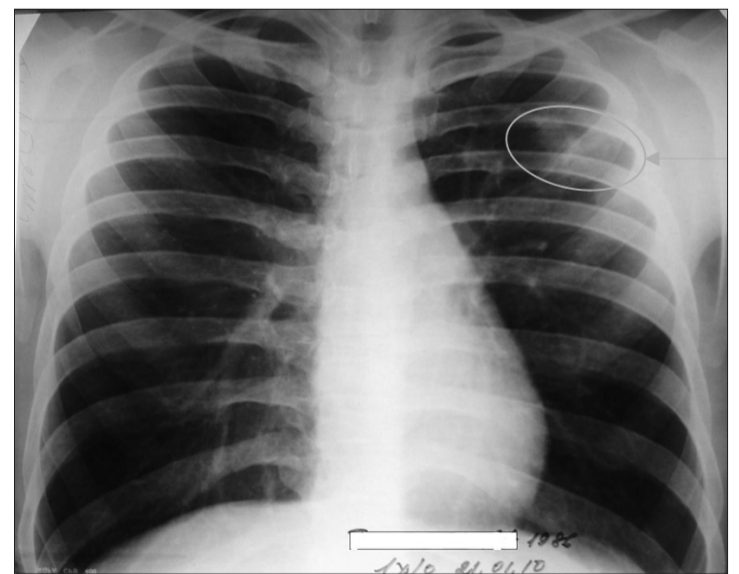


Рис. 2. Обзорная рентгенограмма органов грудной клетки больного Т. через 6 мес от начала лечения. Деструкция легкого не определяется, умеренные фиброзные изменения

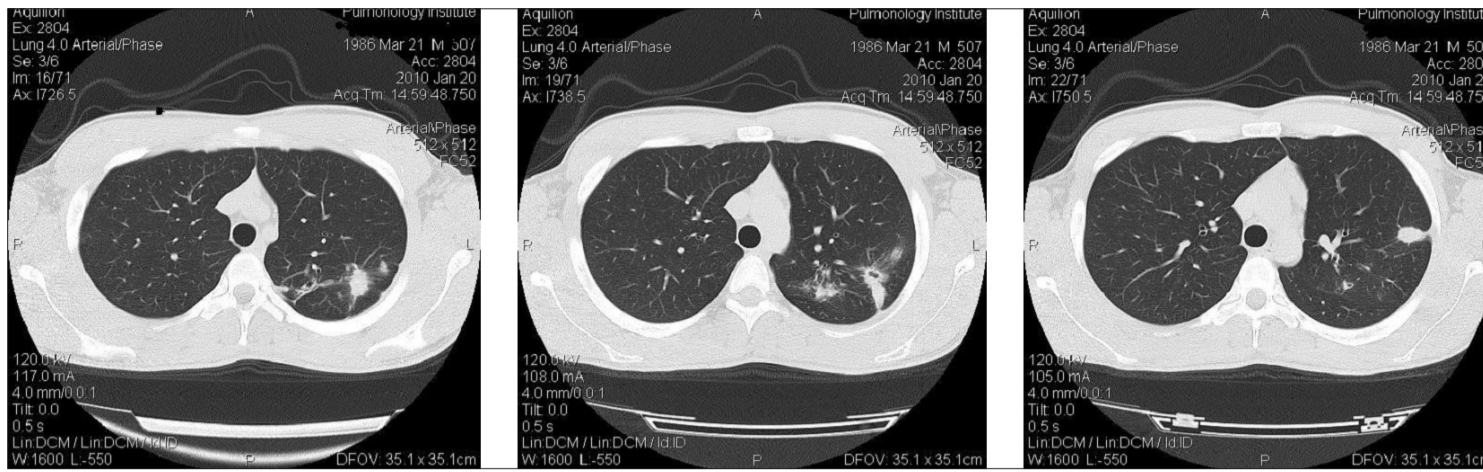


Рис. 3. Компьютерные томограммы органов грудной клетки больного Т. через 6 мес от начала лечения. Туберкулома с распадом, туберкулома без распада, множественные очаги, рубцы, фиброз

витамины группы В, желчегонные, десенсибилизирующие, рассасывающие средства).

После шести месяцев стационарного лечения по настоянию пациента и его родственников он был направлен на консультацию в НИФП им. Ф.Г. Яновского НАМН Украины в связи с тем, что часть специалистов, рентгенологов и фтизиатров, консультировавших пациента, интерпретировали состояние больного после шести месяцев лечения как «хороший результат — рассасывание и уплотнение инфильтрации с исходом в фиброз без признаков деструкции» (рис. 2). Больному предлагалось закончить химиотерапию. Консультация хирурга на протяжении всего периода лечения не проводилась.

Была выполнена компьютерная томография органов грудной полости (20.01.10): слева в S₁₋₂ — рубцы, участок уплотненной легочной ткани 2,0×1,7 см с просветлением до 0,5 см за счет деструкции; еще один участок уплотнения 1,9×1,3 см без признаков деструкции;

Макроскопическое исследование препарата: выявлено четыре туберкуломы, в двух из них — полости деструкции заполненные казеозно-гнойным содержимым; большое количество плотных «старых» и мягких «свежих» очагов в непосредственной близости к туберкуломам (рис. 4, 5).

Выполнен забор материала для микробиологического исследования (в том числе для уточнения химиорезистентности), препарат отправлен на патогистологическое исследование.

Послеоперационный период — без особенностей; в удовлетворительном состоянии пациент выписан для продолжения лечения под наблюдением фтизиатра по месту жительства (рис. 6).

Приведенный выше клинический случай наглядно демонстрирует течение туберкулезного процесса в современных условиях, имеющиеся сложности и проблемы в диагностике и лечении. Можно выделить следующие важные моменты:

от начала лечения, ошибочно интерпретировали исход заболевания в множественные туберкуломы как исход в рубцевание и фиброз;

- настойчивость пациента и его родственников относительно проведения дополнительной консультации позволила избежать диагностической ошибки и ее возможных неблагоприятных последствий;

- истинный характер поражения удалось установить после выполнения компьютерной томографии органов грудной полости;

- поражение, выявленное при макроскопическом исследовании, существенно превосходило по объему поражения даже данные, полученные при компьютерной томографии;

- применение хирургического вмешательства позволило полностью удалить патологический очаг, что дает основания утверждать о существенном улучшении общего прогноза у пациента (с наибольшей вероятностью прогнозируется полное выздоровление).

Таким образом, динамическое наблюдение больных инфильтративными формами туберкулеза легких, своевременное и адекватное обследование, осмотры хирурга являются условиями предупреждения диагностических и лечебных ошибок и позволяют выполнить основную задачу врача по отношению к больному — обеспечить его выздоровление.

Согласно существующим нормативам рекомендуется хирургическое лечение пациентов с туберкуломами более 3 см в диаметре, при наличии распада в туберкуломе и его прогрессировании, при наличии химиорезистентности, при множественных туберкуломах. Также существует предписание о периодических осмотрах хирургом больных туберкулезом легких в процессе их лечения.

Однако часто пациент либо не осматривается хирургом вообще, либо осматривается весьма несвоевременно, когда заболевание уже приобрело заведомо осложненное течение.

Возможны случаи, когда, например, у больного имеется единичная туберкулома и размер ее небольшой, но она окружена выраженным фиброзом с множественными туберкулезными очагами на фоне вторичных бронхоэктазов. Такая патология без оперативного лечения чревата и рецидивом туберкулезного процесса, и неспецифическими воспалительными, нагноительными, обструктивными осложнениями.

При первичном выявлении у больного туберкулеза в виде туберкуломы чаще всего сведения о химиорезистентности получить не удастся. Наличие этой резистентности выясняется уже



Рис. 4. Макропрепарат удаленной части легкого больного Т. Вскрыты две туберкуломы с распадом внутри



Рис. 5. Макропрепарат удаленной части легкого больного Т. Определяются две небольшие туберкуломы (1), множественные туберкулезные очаги

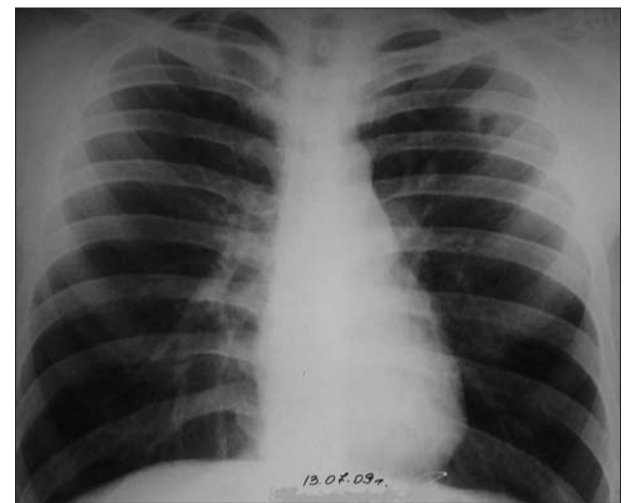


Рис. 6. Обзорная рентгенограмма органов грудной клетки больного Т. при выписке из хирургического отделения

полиморфные очаги в близлежащей легочной ткани. Правое легкое прозрачно, трахея и главные бронхи проходимы, внутригрудные лимфатические узлы не увеличены, жидкость в плевральной полости не определяется. Сердце и другие органы средостения — без особенностей (рис. 3).

Больной был проконсультирован торакальным хирургом и госпитализирован в отделение торакальной хирургии. 27.01.10 была выполнена операция — резекция S₁₋₂ левого легкого. Во время операции визуально и пальпаторно было установлено: патологический процесс локализован в S₁₋₂; в других сегментах верхней доли и нижней доле патологических изменений не обнаружено. Была разделена междолевая борозда, препарированы элементы корня верхней доли, пересечена с прошиванием верхушечно-задняя артерия, наложением ушивающего аппарата УО-60 выполнена резекция S₁₋₂.

- пациент не имел никаких жалоб до выявления заболевания и на протяжении всего срока лечения, заболевание выявлено при профилактическом осмотре рентгенологическим методом;

- микроскопия мазка мокроты с целью установления диагноза оказалась неэффективной;

- при отсутствии каких-либо предположений об источнике заражения у пациента обнаружилась первичная резистентность микобактерий туберкулеза к рифампицину;

- несмотря на активную тактику лечения, предпринятую фтизиатром, использование резервных противотуберкулезных препаратов и полноценную патогенетическую терапию, при обычном рентгенологическом исследовании деструкция в легких сохранялась по крайней мере на протяжении четырех месяцев;

- часть специалистов, консультировавших пациента по истечении 6 мес

В приведенном примере решающее влияние на прогноз первично резистентного инфильтративного туберкулеза легкого после полугодового консервативного лечения оказали проведение компьютерной томографии и осмотр торакального хирурга. Своевременное выявление множественных казеозных туберкулом и их хирургическое удаление позволило больному надеяться на быстрое и полное выздоровление. В противном случае, безусловно, сохранялся бы высокий риск быстрой диссеминации и распространения туберкулезного процесса вследствие прорыва туберкулом.

Возвращаясь к морфологии туберкуломы, необходимо подчеркнуть, что после того, как туберкулома сформировалась, противотуберкулезное лечение любой длительности и интенсивности в абсолютно подавляющем большинстве случаев не обеспечит ее рассасывания.

при возникновении осложнений. Не слишком ли дорога цена такой «дифференциальной диагностики»? К тому же не следует забывать, что под маской впервые выявленной туберкуломы вполне может скрываться периферический рак легкого или прочая патология.

Досадно, когда при осмотре больного хирургом обнаруживается, что некоторое время назад пациенту можно было успешно и эффективно помочь хирургическими методами при умеренном объеме и невысоком риске хирургического вмешательства, но благоприятный момент безвозвратно упущен.

Поэтому своевременное консультативное участие хирурга в процессе лечения больных туберкулезом легких является абсолютно необходимым условием обеспечения полного выздоровления пациента.