

Влияние фазы активности туберкулезного процесса на исходы лечения кавернозного (поликавернозного) туберкулеза почек

Новиков Б.И. – к.м.н., руководитель центра внелёгочного туберкулёза ФГУ «УНИИФ» Минздравсоцразвития России, г. Екатеринбург; **Голубев Д. Н.**, доктор медицинских наук, профессор, врач высшей категории по фтизиатрии и по организации здравоохранения и общественному здоровью. **Медвинский И.Д.** – ФГУ «УНИИФ» Минздравсоцразвития России, г. Екатеринбург; **Бердников Р.Б.** – ФГУ «УНИИФ» Минздравсоцразвития России, г. Екатеринбург; **Арканов Л.В.** – зав. урологическим отделением МУП «ГБ № 14», г. Екатеринбург; **Вербецкий А.Ф.** – зав. урологическим отделением ГБ № 2, г. Каменск-Уральский; **Сабадаш Е.В.** – к.м.н., старший научный сотрудник ФГУ «УНИИФ» Минздравсоцразвития России, г. Екатеринбург; **Бобыкин Е.Н.** – аспирант ФГУ «УНИИФ» Минздравсоцразвития России, г. Екатеринбург; **Худяков А.В.** – врач-хирург Артинской ЦРБ Свердловской области, г. Арты

Impact of the phase of activity of tuberculosis on treatment outcomes in renal cavity (poly-cavity) tuberculosis cases

B.I. Novikov, I.D. Medvinsky, R.B. Berdnikov, I.A. Chernyaev, L.V. Arkanov, A.F. Verbetsky, E.V. Sabadash, E.N. Bobykin, A.V. Hudyakov

Резюме

Целью настоящей работы явилось изучение путей повышения эффективности лечения, разработка дифференцированной тактики хирургического лечения, объема операций, возможности и эффективности их выполнения у больных с кавернозными (поликавернозными) формами туберкулеза почек. С помощью морфологических исследований изучена направленность активности туберкулезного процесса. Изучены результаты хирургического лечения больных туберкулезом мочевых органов (ТМО) у 107 больных кавернозным и поликавернозным туберкулезом почек, оперированных в различные фазы активности туберкулезного процесса. Установлено, чем длительнее, консервативная противотуберкулезная терапия, тем меньше частота выявления прогрессирующего туберкулезного процесса. Однако следует подчеркнуть, что при наличии изолированного очага деструкции почечной ткани или «замкнутой» каверны, проведение адекватного и длительного курса туберкулостатической терапии по стандартным режимам не является гарантией излечения туберкулеза. Лишь оперативное вмешательство, направленное на санацию очага инфекции в сочетании с длительной туберкулостатической терапией позволяет добиться положительных результатов лечения.

Ключевые слова: кавернозный туберкулез почек, фаза активности туберкулезного процесса

Summary

The goal of the study was to investigate the ways of efficiency increasing of treatment and to develop of differential surgical tactics, estimate the volume of operations, its abilities and efficacy to use them in patients with cavity (poly-cavity) forms of renal tuberculosis. With the help of morphology the activity of renal tuberculosis was estimated. The results of surgical treatment in patients (n=107) with cavity and poly-cavity renal tuberculosis (TB), operated at different phases of TB activity. Detected that frequency of TB process progressing was the less low the longer was the conservative anti-TB therapy. It's necessary to notice that in the case of isolated locus of destruction or "closed" cavity (cavern) in renal parenchyma the adequate and standardized long-term conservative anti-TB treatment was not the guarantee for treatment success. Only operation for TB locus sanitation in complex with long-term anti-TB chemotherapy was the right way to reach the satisfactory results of treatment.

Keywords: cavity renal tuberculosis, phase of activity of tuberculosis

Введение

В настоящее время в 30-50% случаев выявляются деструктивные, распространенные и осложненные формы туберкулеза мочевых органов (ТМО), подлежащие в основном хирургическому лечению. Все шире при безуспешном консервативном лечении кавернозных форм туберкулеза почек и мочевых путей применяются органосохраняющие и пластические операции. Эти операции

Ответственный за ведение переписки -
Новиков Б. И.,
Уральский НИИ Фтизиопульмонологии
620039, г. Екатеринбург, 22 партсъезда, 50,
тел.: +7 (343) 332-72-31

выполняются после проведения предоперационной химиотерапии и дополняются в послеоперационном периоде комбинированным противотуберкулезным лечением, что способствует стабильному излечению больного [1, 2, 3].

Различные по объему оперативные пособия на мочевых органах занимают в на-стоящее время одно из ведущих мест в комплексном лечении больных распространен-ными формами ТМО. Но, несмотря на высокую эффективность комбинированного противотуберкулезного лечения, все еще сравнительно нередко сопровождается развитием ряда серьезных осложнений. Последние проявляются в избыточном рубцевании язвенных дефектов слизистой оболочки мочеточника и мочевого пузыря, шейки чашечки, что приводит к развитию стриктур мочеточника, рубцовому смор-щиванию мочевого пузыря, выключению очага деструкции в почке. Эти осложнения задерживают выздоровление, могут привести к неуклонному прогрессированию процесса, часто требуют повторного вмешательства (нередко нефрэктомии) и, конечно, снижают эффективность лечения.

Из приведенных данных видно, что послеоперационные осложнения даже в последние годы встречаются нередко, и, следовательно, изучение причин их возникновения и методов предупреждения имеет большое практическое значение.

В хирургическом отделении для лечения больных урогенитальным туберкулезом ФГУ «УНИИФ» Минздрава России вопрос о причинах, профилактике и лечении послеоперационных осложнений изучается в течение многих лет [4-16]. Было установлено, что влияние на частоту послеоперационных осложнений оказывают не столько дефекты техники операции, сколько ее применение в различных фазах активности туберкулезного процесса.

А.А. Нерсесян (2007) справедливо указывает, что нерешенной проблемой остается во-прос о том, как протекает и какова эффективность всех видов оперативного вмешательства, производимых в фазе ремиссии или, наоборот, в фазе активности туберкулезного процесса. То есть, среди больных впервые выявленным туберкулезом органов мочевой системы после проведения консервативной туберкулостатической терапии и наступившей клинико-рентгенологической стабилизации процесса у 50% при морфологическом исследовании операционного материала («выявлены признаки прогрессирования туберкулеза» (цит. по Нерсесяну А.А.: а/р сферат диссертации на соискание ученой степени доктора медицинских наук, Москва – 2007). Далее, следуя утверждениям автора, среди больных со сроком предоперационной туберкулостатической терапии один месяц – прогрессирование нефротуберкулеза было выявлено в 92,31% случаев, по завершении фазы интенсивной терапии – в 85,72% случаев, а по завершении основного курса и в ряде случаев после проведения 1-4 противорецидивных курсов – в 50% случаев.

В связи с этим мы и предприняли настоящее исследование.

Целью настоящей работы явилось изучение путей повышения эффективности лечения, разработка дифференцированной тактики хирургического лечения, объема операций, возможности и эффективности их выполнения у больных с кавернозными (поликавернозными) формами туберкулеза почек.

Материалы и методы

С этой целью мы изучили результаты хирургического лечения ТМО у 107 боль-ных кавернозным и поликавернозным туберкулезом почек, оперированных в различные фазы активности туберкулезного процесса. Удаленные участки (резектаты) почек либо полностью удаленные почки были подвергнуты патоморфологическому исследованию (зав. лабораторией – кандидат медицинских наук Р.Б. Бердников). Основываясь на результатах этих исследований, мы могли достоверно судить о фазе активности туберкулезного процесса к моменту операции в удаленном резектате почки или в самой почки. Далее, мы в каждом конкретном случае проводили сопоставление результатов патоморфологического исследования с течением заболевания, его динамикой до операции при проведении специфической антибактериальной терапии, с рентгенологической картиной самой каверны и изменениями окружающей паренхимы почки и чашечнолоханочной системы, с динамикой клинических и биохимических лабораторных данных.

Таким образом, полагаясь на результаты патоморфологических исследований, позволяющих достоверно судить о фазе туберкулезного процесса, мы определили наиболее характерные признаки, руководствуясь которыми клиницист может правильно оценить степень активности кавернозного и поликавернозного туберкулеза почек и правильно выбрать дальнейшую тактику лечения.

Изучение результатов патоморфологических исследований почек, сегментов, резектатов и биоптатов, удаленных у больных кавернозным и поликавернозным туберкулезом, позволило разделить их на 3 основные группы, каждая из которых отличается своеобразными особенностями специфического воспаления в стенке каверны и в окружающей почечной ткани.

I группа (74 препарата). От пациентов больные, у которых в удаленных участках почек, сегментах, резектатах, удаленных у больных кавернозным и поликавернозным туберкулезом почек процесс был в стадии прогрессирования нефротуберкулеза. Подчеркнем, нами отмечен параллелизм между степенью активности туберкулезного процесса и длительностью проведения предоперационной туберкулостатической терапии. Среди больных со сроком предоперационной туберкулостатической терапии 2-3 месяца - прогрессирование нефротуберкулеза было выявлено в 70,3%, а по завершении основного курса – в 29,7% случаев. Фиброзная каверна в активном периоде характеризуется следующими чертами. Стенка почечной каверны имеет типичную трехслойную структуру. Внутренний слой представлен зоной казеозного некроза, средний состоит из специфических и неспецифи-

ческих грануляций, Наружный представлен фиброзной тканью.

II группа (20 препаратов) от больных, оперированных в стационарном состоянии, в фазе умеренной активности процесса. На фоне специфической терапии в стенке каверны развиваются следующие изменения. Внутренний, казеозный, слой становится тоньше, компактнее, постепенно начинает отторгаться. Фрагменты казеоза в стенке каверны могут инкрустироваться известью, приобретая сходство с камнями почек. В этой группе туберкулез характеризовался преимущественно продуктивной тканевой реакцией. В удаленных почках или сегментах обнаружены фиброзные каверны от 1,0 см до 2 см в диаметре. В зависимости от давности заболевания они имели различный вид. В одних случаях это были каверны округлой формы с отчетливым трехслойным строением стенки, изнутри узкая полоса серо-желтого казеоза, красноватого цвета средней грануляционный слой. В других - каверны неправильной формы с широкой фиброзной капсулой и хорошо выраженным слоем специфической грануляционной массы. На внутренней поверхности казеозные массы практически отсутствуют, местами - с бугристыми наложениями. В окружающей ткани - склероз и деформация паренхимы.

III группа (13 препаратов) - от пациентов по неактивной группе диспансерного учета в фазе заживления процесса. Туберкулезный процесс у лиц этой группы характеризуется выраженными процессами заживления туберкулезных каверн. Сюда вошли больные с так называемыми анатомически очищенными кавернами. Макроскопически эти каверны лишены казеозного слоя; последний сохраняется местами в виде узкой полочки, видимой только под микроскопом. Слой грануляционный узкий и часто исчезает совсем. Эти каверны являются переходной фазой к санированным кавернам.

Таким образом, патоморфологическое изучение почек, сегментов, резектатов от 107 больных кавернозным и поликавернозным туберкулезом почек позволяет нам утверждать, что кавернозный туберкулез почек как форма неоднороден. В зависимости от фазы активности туберкулезного процесса в стенке каверны и в окружающей легочной ткани, нами выделены 3 группы больных. Больные I группы были оперированы в фазе прогрессирования туберкулезного процесса, больные II группы - в фазе стихания активности процесса, больные III группы - в фазе заживления кавернозного процесса.

Результаты и обсуждение

Разделив больных на перечисленные группы, мы изучили объем произведенных вмешательств, частоту, характер послеоперационных осложнений и эффективность лечения в каждой из них. При этом было установлено, что чем активнее процесс в почке, тем чаще производились функционально невыгодные обширные резекции. Так, из 74 больных, в фазе прогрессирования процесса, у 63 (85,1%) была удалена вся почка, либо выполнена резекция. Из 20 больных, оперированных в фазе ремиссии и заживления кавернозного процесса (санирован-

ные каверны), нефрэктомия не производилась. Наоборот, у больных последних двух групп преобладали функционально оправданные, резекции, либо кавернэктомии. Среди больных со сроком предоперационной туберкулостатической терапии 2-3 месяца (завершение фазы интенсивной терапии) прогрессирование было выявлено в 70,3% случаев, по завершении основного курса (4-6 месяцев) - в 29,7% случаев.

У 13 пациентов, наблюдавшихся по неактивной группе диспансерного учета 3-5 лет, при оперативном вмешательстве в 76,9% случаев имело место заживление туберкулезного процесса, в 15,4% - стабилизация, а в 7,7% - прогрессирование.

Таким образом, чем длительнее, консервативная противотуберкулезная терапия, тем меньше частота выявления прогрессирования туберкулезного процесса. Однако следует подчеркнуть, что при наличии изолированного очага деструкции почечной ткани или «замкнутой» каверне, проведение адекватного и длительного курса туберкулостатической терапии по стандартным режимам не является гарантией излечения туберкулеза. Лишь оперативное вмешательство, направленное на санацию очага инфекции в сочетании с длительной туберкулостатической терапией позволяет добиться положительных результатов лечения.

Таким образом, для больных кавернозным и поликавернозным туберкулезом почек, у которых в удаленной части почки или всей почки была обнаружена фаза прогрессирования процесса (I группа) характерны большая длительность заболевания. Кроме того, имеет место прогрессирующее течение туберкулезного процесса на фоне антибактериальной терапии и поздняя передача больного в хирургическое отделение ФГУ «УНИИФ Росмедтехнологий».

Выводы

1. Органосохраняющие и органудаляющие операции на почках по поводу туберкулеза занимают в настоящее время значительный удельный вес (30-40%) в комплексном лечении больных кавернозным (поликавернозным) туберкулезом почек. Их эффективность весьма высока при сообщающихся с чашечно-лоханочной системой кавернах и составляет по данным литературы до 50%. Однако и эти операции, в среднем у 6,2 - 18,3% больных сопровождаются развитием осложнений - стриктуры (уретериты) мочеточника, обострений туберкулеза и др., ухудшающих результаты лечения. Поэтому изучение причин послеоперационных осложнений и методов их предупреждения имеет большое практическое значение.

2. Морфологические исследования препаратов почек, удаленных у больных кавернозным (поликавернозным) туберкулезом, позволили установить, что эти формы неоднородны. В зависимости от фазы активности туберкулезного процесса в стенке каверны (каверн) и в окружающей почечной ткани нами выделены 3 группы больных: I группа - кавернозный (поликавернозный) туберкулез почки в фазе прогрессирования, II группа - кавернозный (поликавернозный) туберкулез почки в фазе

умеренной активности, III группа – кавернозный (поликавернозный) туберкулез в фазе заживления.

3. Сопоставив результаты патоморфологических исследований с исходами оперативных вмешательств, нам удалось установить прямую зависимость последних от фазы туберкулезного процесса к моменту вмешательства. Так, из 74 больных, оперированных в фазе прогрессирования процесса, выздоровление наступило у 63 (85,1%), выписаны с осложнениями – 5 (6,6%). Из 20 больных, оперированных в фазе ремиссии (стабилизации), результаты равнялись соответственно 18 (90%), 1 (5%). У 13 больных, оперированных в фазе заживления кавернозного процесса, осложнений не было. Все они выписаны в удовлетворительном состоянии, с выздоровлением.

4. Проведенные исследования показали, что, преимущественное значение имеют следующие показатели: бактериальность, рентгенологическая характеристика процесса в почках (в первую очередь, вид каверны, определяемый по характеру ее стенки), уровень белковых фракций и сиаловых кислот сыворотки крови.

5. Полученные данные имеют большое практическое значение, т.к. позволяют в большинстве случаев определиться в выборе тактики лечения и решить вопрос о своевременности оперативного вмешательства. Это, в свою очередь, позволит повысить эффективность органосохраняющих операций на почке, столь необходимых в комплексном лечении больных деструктивными формами туберкулеза почек. ■

Литература:

1. Довлатян А.А. Диагностика равных форм и активное выявление туберкулеза почки // Пробл. туб. – 1997. – т. 3. – С. 53–55.
2. Камышан И.С., Кириченко С.А., Камышан Б.И. Туберкулез мочевых и половых органов. – Киев, 1995.
3. Мочалова Т.П. Туберкулез мочеполовой системы. – М., 1993.
4. Карташов М.В., Новиков Б.И., Костина Г.И. Комплексное лучевой и лабораторное обследование в диагностике туберкулеза почек III (ЖП) съезд научно-медицинской ассоциации фтизиатров Екатеринбург. Сб.-резюме. Пробл. туб., 1997. Приложение. Реф. 295; 84.
6. Журавлев В.Н., Баженов И.В., Новиков Б.И. и др. Органосохраняющие ретроперитонеоскопические операции в лечении больных нефротуберкулезом. IV (XIV) съезд научно-медицинской ассоциации фтизиатров: Тезисы докладов МЗ РФ, НМАФ М., Йошкар-Ола, 1999; Реф. 603; 165.
7. Журавлев В.Н., Зырянов А.В., Новиков Б.И. Органосохраняющие малоинвазивные операции в лечении больных нефротуберкулезом. Материалы юбилейной научно-практической конференции: Достижения и перспективы развития урологии. Екатеринбург, 2000; 61-62.
8. Журавлев В.Н., Баженов И.В., Новиков Б.И. Роль малоинвазивно-инвазивной хирургии в лечении деструктивных кавернозных форм почечного туберкулеза. Материалы научно-практической конференции. МЗ РФ, Новосибирский НИИТ. Новосибирск, 2002; 77-78.
9. Новиков Б.И. Комплексное лучевой и лабораторное обследование в диагностике туберкулеза мочевых органов. Материалы VII Российского съезда фтизиатров М., 2003; 200.
10. Голубев Д.Н., Новиков Б.И., Скачков В.В. Результаты лечения ограниченно-деструктивных форм туберкулеза мочевых органов за последние 29 лет. Сб. научных трудов под общей редакцией чл.-кор. РАМН проф. П.В. Глыбочко, проф. Т.И. Морозовой Саратов, 2005: 255–263.
11. Новиков Б.И. Алгоритм действий врача при лечении туберкулеза мочевых органов. Материалы конференции «Современные технологии диагностики и лечения заболеваний мочеполовой системы. Новое во фтизиологии». Новосибирск: «Юпитер», 2005; 18-19.
12. Голубев Д.Н., Скорняков С.Н., Новиков Б.И. Особенности тактики лечения и исходы туберкулеза мочевых и мужских половых органов. Уральский медицинский журнал. 2008; 14(54): 42-46.
13. Голубев Д.Н., Новиков Б.И. Результативность применения алгоритма диагностики туберкулеза мочевых органов «Актуальные вопросы лечения туберкулеза различных локализаций». Научные труды Всероссийской научно-практической конференции. Санкт-Петербург, 2008; 216-219.
14. Журавлев В.Н., Баженов И.В., Новиков Б.И. и др. Значение морфологической диагностики туберкулеза мочевых органов в выборе тактики лечения больных. Материалы Российской научной конференции с международным участием «Фундаментальные исследования в уронефрологии». Саратов, 2009; 236-237.
15. Голубев Д.Н., Новиков Б.И., Бородин Э.П. Ближайшие и отдаленные результаты химиотерапии ограниченно-деструктивных форм туберкулеза почек. Материалы Пленума Правления Российского общества урологов. Нижний Новгород, 2009; 64-65.