

ЛЕЧЕНИЕ ТУБЕРКУЛОМ ЛЕГКИХ

В. С. Анастасьев

Кафедра туберкулеза (зав. — доц. П. Л. Винников) Казанского ГИДУВа им. В. И. Ленина на базе госпиталя для ИОВ (нач. — А. Х. Сайфи)

Лечение больных с легочными туберкуломами — одна из актуальных проблем современной фтизиатрии. Во фтизиатрии туберкулома является рентгенологическим понятием (К. В. Помельцов). Большинство клиницистов относят к туберкуломам все округлые, четко контурированные тени туберкулезной этиологии. Однако не всегда можно на основании клиничко-рентгенологических данных отличить круглый инфильтрат (рентгенологически полностью соответствующий диагнозу туберкуломы) от казеомы. Этим, очевидно, и объясняется отсутствие единого мнения в отношении прогноза и лечения туберкулом.

Некоторые авторы, как отечественные так и зарубежные, рекомендуют резекцию легкого как основной метод лечения туберкулом, учитывая опасность развития из них прогрессирующих форм туберкулеза.

В. С. Чефранов пишет о срочных показаниях к операции при казеоме с распадом. А. Х. Аршас и другие рекомендуют в таких случаях резекцию только после длительного антибактериального лечения.

Разноречивость рекомендаций различных авторов побудила нас попытаться на собственном материале дать оценку эффективности различных методов лечения больных с туберкуломами легких.

К туберкуломам мы относили все округлые, четко контурированные тени туберкулезной этиологии диаметром более 1,5 см, независимо от их давности, патогенеза и анатомического строения.

Под наблюдением находилось 303 больных с 342 туберкуломами. В возрасте до 20 лет было 24, от 21 до 40 — 208, от 41 и старше — 71 больной.

Все больные были разделены на 4 группы: 1) нелечившиеся; 2) лечившиеся антибактериальными препаратами нерегулярно и бессистемно; 3) лечившиеся антибактериальными препаратами длительно, непрерывно; 4) лечившиеся интра- и экстраплевральным пневмотораксом и антибактериальными препаратами. У 42 больных прослежены результаты резекции легкого по поводу туберкулом.

36 больных с 39 туберкуломами по разным причинам не лечились. Как правило, больные этой группы при взятии под наблюдение не предъявляли жалоб, признаки интоксикации у них отсутствовали. Рентгенологически распад определялся только у двух. При динамическом наблюдении 34 туберкуломы остались стабильными, одна подверглась обратному развитию (уменьшилась в размерах) и 4 прогрессировали (распад), причем у одного больного произошла рекавернизация заполненной при лечении искусственным пневмотораксом каверны через год после его роспуска.

Такая сравнительно благоприятная динамика, несмотря на отсутствие антибактериальной терапии, может быть объяснена тем, что значительную часть в этой группе составляли плотные туберкуломы с обызвествлением, которые вообще отличаются большой стабильностью (патогенетически 10 из них сформировались при лечении искусственным пневмотораксом и 13 — при первичном выявлении рентгенологически были значительной давности).

139 больных со 155 туберкуломами лечились антибактериальными препаратами первого ряда в различных комбинациях, но короткими курсами и бессистемно. Ведущим препаратом был фтивазид. Результаты динамического наблюдения следующие: 127 туберкулом остались стабильными, 15 регрессировали и 13 прогрессировали.

95 больным со 113 туберкуломами проводилась длительная антибактериальная терапия (не менее 6 месяцев непрерывно). Примерно третья часть из них принимала тубазид в повышенных дозах (0,9—1,2 в сутки). В первый месяц назначался также АКТГ или глюкокортикоиды (в обычных дозировках), а в дальнейшем — витамин Д₂ по 50—100 тыс. ед. Как правило, проводились гемотрансфузии. 58 (51,3%) туберкулом остались без изменения, 45 (39,8%) подверглись обратному развитию и 10 (8,9%) — прогрессировали. По нашим наблюдениям, применение противовоспалительных и стимулирующих препаратов (последовательно) в дополнение к антибактериальной терапии заметно улучшает результаты лечения. При такой методике обратное развитие происходило, как правило, быстрее и более полно.

6 больным наряду с общей антибактериальной терапией мы вводили стрептомицин и салюзид непосредственно в туберкулому путем пункции. Технически это не представляло больших трудностей. Пункции проводились от 1 до 8 раз с интервалами в 2—3 дня. Из осложнений в одном случае отмечено небольшое кровохарканье и у одного — малосимптомный спонтанный пневмоторакс, рассосавшийся самостоятельно. У 2 больных из 6 отмечено полное рассасывание туберкулом, у 4 рентгенологическая

картина не изменилась. Клинико-анатомические сопоставления дают основание полагать, что при казеомах местное введение антибиотиков не дает эффекта, а при инфильтративно-пневмонических туберкуломах, возможно, может ускорить процесс рассасывания.

Сравнивая динамику туберкулом 3 первых групп, мы констатировали, что прогрессирование возникало примерно одинаково часто как у леченных (8,9%), так и у нелеченных (10,2%) и существенно не зависело от длительности и регулярности антибактериальной терапии. Это можно объяснить тем, что на казеомы, составляющие большинство туберкулом, антибактериальные препараты не оказывают существенного влияния, что отмечается многими авторами как отечественными, так и зарубежными.

Обратное развитие туберкулом выражалось в основном в уменьшении размеров и закрытии полости распада. Исчезновение туберкулом наблюдалось в 25 случаях из 342, причем у 19 — путем рассасывания и у 6 — после расплавления и отторжения казеоза. Рассасывание туберкулом находилось в совершенно ясной зависимости от лечения и его методики. Оно происходило в основном за счет инфильтративно-пневмонических туберкулом, которые при благоприятном течении без химиотерапии чаще не рассасываются, а подвергаются фиброзной трансформации и уплотнению. Рентгенологически размеры теней при этом существенно не меняются, и при такой динамике их относят не к регрессирующим, а к стационарным. Так, сравнительно редкое обратное развитие нелеченных и мало леченных туберкулом (2,6% и 9,6%) сочеталось с высоким процентом их стационарного состояния (87,2% и 82%). При длительной и комплексной антибактериальной терапии инфильтративно-пневмонические туберкуломы чаще рассасывались, а не фибротизировались и высокий процент обратного развития этих туберкулом (39,8%) происходил за счет снижения частоты их стационарного состояния до 51,3%.

По нашим данным, туберкуломы с распадом регрессировали чаще (44,7%), чем туберкуломы без распада (10,5%), а возможность обратного развития зависела не от размеров туберкуломы, а от ее морфологического субстрата.

Большинство авторов отвергают коллапсотерапию при туберкуломах и даже считают ее противопоказанной, некоторые предлагают не спешить с резекцией и испытать вначале пневмоторакс при «неплотных туберкуломах». Ф. А. Михайлов, В. С. Чефранов полагают, что эффект при этом можно получить только после полного расплавления и отторжения казеозных масс и образования тонкостенной полости.

Мы наблюдали 33 больных с 35 туберкуломами; тридцати из этих больных вскоре после выявления распада был наложен искусственный пневмоторакс, а трем произведен экстраплевральный пневмолиз. Длительность коллапса была от 4 месяцев до 6 лет, в среднем 2,5 года. 18 туберкулом не изменились под влиянием коллапса, 17 подверглись обратному развитию (у 11 наблюдалось уменьшение размеров с закрытием полости распада, у 4 закрытие полости без уменьшения размеров и у 2 больных туберкуломы исчезли). Прогрессирования во время лечения пневмотораксом не отмечено. У большинства больных сопутствующие инфильтративно-очаговые изменения рассасывались или уплотнялись.

Важно отметить, что пневмоторакс не всегда гарантировал стационарное состояние туберкуломы: так, у 2 больных отмечена кавернизация туберкулом через 1—2 года после его роспуска.

Мы согласны с мнением Ф. А. Михайлова, В. С. Чефранова, что искусственный пневмоторакс целесообразен после полной кавернизации туберкуломы. У наших больных он препятствовал прогрессированию туберкулеза, способствовал рассасыванию сопутствующих инфильтративно-очаговых изменений. Он может быть эффективен при полной кавернизации туберкулом. Наложение же искусственного пневмоторакса по поводу туберкулом с мелкофокусным или щелевидным распадом нецелесообразно.

42 больным после безуспешной антибактериальной терапии и наложения пневмоторакса произведена резекция легкого. Большинство фтизихирургов считают резекцию легкого методом выбора при лечении туберкулом (особенно при прогрессирующих и крупных туберкуломах), подчеркивая при этом низкую летальность и редкость серьезных послеоперационных осложнений. Однако, учитывая относительную доброкачественность течения туберкулом, при постановке показаний к резекции легкого не следует игнорировать и операционный риск. Так, по данным П. И. Логвиненко, из 29 оперированных по поводу туберкулом больных умерло в ближайшие 3 года 2 человека. По наблюдениям В. С. Чефранова умер один из 80 оперированных. Поэтому показания к операции у наших больных мы ставили лишь после длительного безуспешного антибактериального лечения или коллапсотерапии при сохранении бацилловыделения, распада, крупных размерах туберкулом или при их росте.

Клиновидная резекция легкого сделана 10, сегментэктомия — 7, бисегментарная — 18, удаление 3 сегментов — одному, лобэктомия — 5 больным. Серьезных послеоперационных осложнений не было. Никто не умер. После операции через 6 месяцев у одной больной возник рецидив с развитием фиброзно-кавернозного туберкулеза с прогрессирующим течением. Остальные больные со сроком наблюдения от года до 9 лет практически здоровы.

ВЫВОДЫ

1. Различные взгляды на прогноз и лечение туберкулом связаны с тем, что к ним относят как казеомы, так и круглые, четко ограниченные инфильтраты (инфильтративно-пневмонические туберкуломы), которые при первичном выявлении трудно различить.

2. Антибактериальная терапия существенно не влияла на частоту прогрессирования туберкулом, а возможность обратного развития находилась в прямой зависимости от лечения и его методики. Казеомы практически не рассасываются, антибактериальная терапия не всегда предотвращает их распад, а их обратное развитие можно наблюдать только после расплавления и отторжения казеозных масс. Рассасывание инфильтративно-пневмонических туберкулом (частичное или полное) отмечается нередко; при антибактериальной терапии с применением стероидных гормонов и биостимуляторов оно происходит чаще, быстрее и более полно. Искусственный пневмоторакс способствует стабилизации туберкулом, препятствует прогрессированию, однако применение его целесообразно только после полной кавернизации туберкуломы и в ряде случаев как пробное предварительное вмешательство — перед радикальной операцией. В целом туберкуломы, по нашим данным, следует отнести к благоприятным формам туберкулеза легких. Из 342 туберкулом при наблюдении в среднем около 4 лет остались стационарными 237 (69,3%), регрессировали 78 (22,8%), прогрессировали 27 (7,9%).

3. После наблюдения и лечения показания к операции (распад, бациллярность, большие размеры) сохранились у 88 больных из 303 (29%), а до лечения их было 149 (43,5%). Резекция произведена 42 больным, из них практическое выздоровление отмечено у 41 (при наблюдении от года до 8 лет). Распад не предопределяет плохого прогноза во всех случаях и не является решающим показанием к резекции без предварительного лечения и наблюдения, так как расплавление туберкуломы может явиться временным этапом в ее обратном развитии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Аршас А. X. Пробл. туб. 1963, 2. — 2. Богуш Л. К. Там же. 1954, 8. — 3. Богуш Л. К., Шадрин В. П., Авербах М. М. Клин. мед. 1959, 11. — 4. Брауде В. И., Перельман М. И., Упитер З. И. Вест. хир. 1961, 11. — 5. Вьюкова Р. Н. Пробл. туб. 1963, 11. — 6. Гаспарян И. Г. Клин. мед. 1956, 8. — 7. Логвиненко П. И., Ласточкин Б. И., Макаров А. Е. Там же. 1961, 6. — 8. Михайлов Ф. А. В кн. «Справочник фтизиатра». Медгиз, М., 1963. — 9. Помельцов К. В. Вест. рентген. и радиол. 1955, 4. — 10. Рудин В. П. Врач. дело. 1958, 8. — 11. Чефранов В. С. Пробл. туб. 1961, 4.

УДК 616.24—003.656.6—616.24—003.662—616.24—002.5

КАВЕРНОЗНЫЕ ФОРМЫ СИДЕРОСИЛИКОТУБЕРКУЛЕЗА

А. Г. Шумаков, В. В. Малов

Криворожский НИИГиП

При выяснении частоты и особенностей клинико-рентгенологической картины хронического фиброзно-кавернозного туберкулеза легких у больных сидеросиликозом мы встретились с интересным фактом — фиброзно-кавернозная форма процесса очень редко наблюдается при сидеросиликотуберкулезе. Чаще всего деструкция в легочной паренхиме характеризовала фазу развития (распада) кониотуберкулеза или кавернозные изменения являлись одними из основных признаков хронической кавернозной формы сидеросиликотуберкулеза. Предлагая новый термин — хронический кавернозный — для определения одной из форм кониотуберкулеза, мы попытаемся обосновать его данными длительного систематического наблюдения за 40 больными сидеросиликотуберкулезом с кавернозными изменениями, а также результатами патологоанатомического исследования легких у 18 из них, умерших к концу наблюдения от кониотуберкулеза. Возраст больных (все мужчины): от 31 до 40 лет — 10, от 41 до 50 — 10, от 51 до 60 — 18 и старше — 2.

Мы располагаем материалами рентгенологического наблюдения в динамике на протяжении от 2 до 15 лет. Нами установлено, что предшествовало развитию кавернозного кониотуберкулеза у больных изучаемой группы: у 3 — очаговый, у 10 — инфильтративный, у 23 — конгломеративный кониотуберкулез и у одного — туберкулома легких. У 3 больных исходная форма заболевания не установлена. Заметим, что под конгломеративным сидеросиликотуберкулезом мы подразумевали присущую кониотуберкулезу форму заболевания, которая возникает из прогрессирующего очагового и