



Департамент здравоохранения г.Москвы
ГКУЗ Московский научно-практический центр
борьбы с туберкулезом
Межрегиональная общественная организация
"Московское общество фтизиатров"



МАТЕРИАЛЫ

II Ежегодной конференции московских фтизиатров «Приоритеты противотуберкулезной работы в мегаполисе в период снижения основных эпидемиологических показателей по туберкулезу» 25–26 сентября 2014 года

В соответствии с Распоряжением Департамента здравоохранения города Москвы от 8 августа 2014 г. № 918-р 25 и 26 сентября 2014 г. состоялась Городская научно-практическая конференция «Приоритеты противотуберкулезной работы в мегаполисе в период снижения основных эпидемиологических показателей по туберкулезу».

В этом номере журнала опубликованы поступившие в адрес Оргкомитета конференции тезисы, посвященные хирургическому лечению больных туберкулезом, проблемам туберкулеза внелегочных локализаций и сочетания туберкулеза с иными заболеваниями.

При подготовке публикации проведена только техническая редакторская правка; термины и дефиниции сохранены в авторской редакции.

Редакционная коллегия

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПРИ ФИБРОЗНО-КАВЕРНОЗНОМ ТУБЕРКУЛЕЗЕ, ОСЛОЖНЕННОМ АСПЕРГИЛЛЕМОЙ ЛЕГКИХ

С.П. Абулкасимов, Ш.Ю. Сабиров, Т.Х. Хабибуллаев, Э.Н. Холбоев, Ш.А. Рахманов
Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр фтизиатрии и пульмонологии Минздрава Республики Узбекистан, г. Ташкент, Республика Узбекистан

Цель исследования

Изучение частоты развития аспергиллем у больных туберкулезом легких и эффективность их хирургического лечения.

Материалы и методы

В 2012–2014 гг. выполнены 383 резекции легких и пневмонэктомии при различных формах туберкулеза легких. У 10 больных фиброзно-кавернозный туберкулез был осложнен аспергиллемой с рецидивирующим кровохарканьем, что составило 2,6%. Среди находившихся под нашим наблюдением 10 больных было двое мужчин и восемь женщин в возрасте от 26 до 56 лет. Длительность туберкулезного процесса в легких у двух больных составила менее 2 лет, у двух – от 2 до 3 лет, еще у двух – от 3 до 5 лет, у трех – свыше пяти лет. Все эти больные состояли на диспансерном учете с диагнозом фиброзно-кавернозного туберкулеза. Рецидивирующее кровохарканье наблюдали у них в течение от 1 до 3 лет, малыми порциями. У всех больных при поступлении в клинику микобактерии туберкулеза в мокроте обнаружены не были. Однако из мокроты у трех больных выделены грибы рода *Candida*, а у трех больных грибы в умеренном количестве обнаружены в моче.

Результаты

Проведены следующие виды операций: лобэктомия – у семи больных, комбинированная резекция (верхняя доля и VI сегмент) – у одного, задневерхняя пятиреберная торакопластика с кавернопластикой – у одного, верхняя лобэктомия с задневерхней четырехреберной торакопластикой – у одного. В послеоперационном периоде у одной больной развилась эмпиема щелевидной остаточной плевральной полости с бронхи-альным свищем. После консервативных мероприятий эмпиема ликвидирована, пациентка выписана в удовлетворительном состоянии с сухой щелевидной остаточной полостью. В остальных случаях осложнений не отмечено.

Заключение

Аспергиллема встречается как осложнение фиброзно-кавернозного туберкулеза в 2,6% случаев. Хирургическое лечение заключается в основном в резекционных вмешательствах; в некоторых сложных случаях можно ограничиться кавернотомией, удалением аспергиллемы и кавернопластикой с торакопластикой. Хорошие результаты хирургического лечения достигнуты у 90% больных, удовлетворительные – у 10%.

Абулкасимов Суннатилла Пирназарович, тел.: + 9 (9894) 605-64-81, + 9 (9871) 288-29-45, факс + 9 (9871) 278-04-70, e-mail: sabulkasimov@mail.ru

НЕКОТОРЫЕ ТАКТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ТУБЕРКУЛЕЗА РЕБЕР

А.В. Асеев, Д.С. Рясенский, Ю.Ф. Платонов

ГБОУ ВПО «Тверская государственная медицинская академия» Минздрава России

Актуальность

Туберкулез может поражать любые отделы ребер, но чаще – передние и боковые отделы IV–VII ребер. Поражение I–II ребер или задних отделов бывает крайне редко. Течение казеозного воспаления ребер малосимптомное, длительное, диагностические мероприятия обычно связаны с развитием натечника на грудной стенке. Изолированное поражение ребер без одномоментного поражения легких бывает редко. Лечение туберкулеза ребер в свете учения П.Г. Корнева должно быть комплексным, наряду с этиотропной противотуберкулезной терапией используют хирургические технологии.

Материалы и методы

Наблюдали 14 пациентов в возрасте от 32 до 68 лет – 13 мужчин и одну женщину, с туберкулезным поражением ребер. У всех имел место также туберкулез легких: инфильтративный туберкулез в фазе распада и обсеменения – у четырех пациентов, инфильтративный туберкулез с формированием туберкулем на фоне лечения – у одного, осумкованный плеврит туберкулезной этиологии – у одного, фиброзно-кавернозный туберкулез в фазе инфильтрации и обсеменения – у трех, диссеминированный туберкулез легких – у одного, посттуберкулезный пневмосклероз – у двух. Таким образом, распространенные формы туберкулеза органов дыхания составили более 80%.

Результаты

При обзорной рентгенографии, прицельной томографии деструктивных изменений в ребрах не обнаружено ни у одного больного. Наиболее информативным рентгенологическим методом исследования была фистулография через свищевой ход или при пункции «холодного» натечника на грудной стенке. На прямых фистулограммах хорошо видна подкожная гнойная полость, иногда с жировыми секвестрами, свищевыми ходами вдоль ребра, у половины больных определяли тонкие свищевые ходы внутрь грудной клетки, проходящие в предплевральной или преперикардиальной клетчатке и слепо заканчивающиеся на задней поверхности ребер (реберных хрящей). Бактериологическое исследование содержимого натечника и биоптатов пиогенной капсу-

лы позволило идентифицировать возбудителя у шести человек (42,9%). Всем больным проведены этиотропная терапия туберкулеза с учетом чувствительности возбудителя, хирургическое лечение в объеме абсцессэктомии и резекции пораженных фрагментов ребер. При подкожной абсцессэктомии у 10 больных дно гнойной полости было образовано участком ребра, лишенным надкостницы и изъеденным в виде «тающего сахара», у четырех наружная надкостница была сохранена. У 13 больных, наряду с этим, были выявлены свищевые ходы в межреберьях: у четырех они были одиночными и большого диаметра, у девяти – множественными и небольшого диаметра. В дальнейшем проводили ревизию всех свищевых ходов, их рассечение, удаление пиогенной капсулы и резекцию пораженных участков ребер. Линия резекции ребра располагалась не ближе 5 см от видимой глазом границы поражения. Полость раны промывали раствором хлоргексидина, послойно ушивали с оставлением дренажей. В последующем по дренажам вводили противотуберкулезные препараты (наряду с системной химиотерапией) до полной облитерации полости раны. При гистологическом исследовании пиогенной капсулы во всех случаях были обнаружены казеозные гранулемы с клетками Пирогова-Ланганса. В отдаленные сроки у двух больных отмечен рецидив процесса в виде формирования натечника в области послеоперационного рубца, который был связан с нерадикальной резекцией ребра и требовал этапных операций удаления измененной костной ткани.

Заключение

Основным методом выявления туберкулеза ребер явилась фистулография. Бактериологическая верификация диагноза оказалась возможной лишь у 42,9% больных, основой подтверждения специфического характера процесса явилось гистологическое исследование пиогенной оболочки натечника. Граница резекции ребра должна быть не ближе 5 см от видимой глазом границы поражения, радикальность операции при этом составляет 85,7%. Хирургическое вмешательство необходимо рассматривать как обязательный компонент лечения больных с туберкулезом ребер.

Асеев Александр Владимирович, тел. +7 (910) 648-52-05, e-mail: aseev-alex@mail.ru

ТОРАКАЛЬНАЯ ХИРУРГИЯ ТУБЕРКУЛЕЗА – ВОПРОСЫ КОЛЛЕГИАЛЬНОГО ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ

А.А. Воробьев

ГКУЗ «Московский городской научно-практический центр борьбы с туберкулезом Департамента здравоохранения города Москвы»

Актуальность

Торакальные хирурги противотуберкулезных учреждений осуществляют постоянное коллегиальное взаимодействие с анестезиологами, рентгенологами, эндоскопистами, специалистами по лабораторной и функциональной диагностике, коллегами многих других клинических или параклинических специальностей. Алгоритмы этого взаимодействия отлажены, так как оно, как правило, осуществляется в пределах одного медицинского учреждения, оказывающего помощь по профилю торакальной хирургии туберкулеза. Однако взаимодействие представителей двух ведущих специальностей, определяющих лечебную тактику у пациента – фтизиатра и торакального хирурга – отлажено недостаточно, что особенно часто проявляется при их работе в различных учреждениях. Несогласованность действий, отсутствие единой концепции ведения пациента порой приводят к:

- проведению плановых оперативных вмешательств в неоптимальные сроки (либо после необоснованно длительного курса противотуберкулезной терапии, либо после недостаточного ее курса);
- проведению неадекватного по длительности и качеству курса послеоперационной противотуберкулезной терапии;
- необоснованному назначению длительной тест-терапии в случаях гипердиагностики туберкулеза, особенно при локальных поражениях легких.

Результаты и обсуждение

Для ликвидации этого диссонанса, наряду с регулярными приемами торакальных хирургов в консультационном отделении нашей клиники, с 1970-х гг. проводили выездные консультации в противотуберкулезных учреждениях г. Москвы, однако эти выезды были немногочисленными и практически бессистемными. В конце 1990-х гг., после создания МНПЦ борьбы с туберкулезом и в связи с существенным снижением хирургической активности, начаты регулярные выездные консультации торакальных хирургов МНПЦ борьбы с туберкулезом в большинстве противотуберкулезных диспансеров, в туберкулезных больницах и санаториях г. Москвы. Эта работа позволила наладить многолетние профессиональные контакты между фтизиатрами и торакальными хирургами, провести их «взаимообучение», вывести на

высокий уровень (до семи операций на койку в год) хирургическую активность клиники. Однако активность и эффективность выездной консультационной работы в разных противотуберкулезных учреждениях была различной – от высокой до явно недостаточной. Причинами недостаточной эффективности являлись различная подчиненность учреждений, «местнические» настроения, отсутствие централизованного контроля и авторитетного «арбитра» при расхождении точек зрения фтизиатров и торакальных хирургов на определение лечебной тактики.

В связи с этим после реорганизации МНПЦ борьбы с туберкулезом в ноябре 2012 г., когда в состав центра в качестве филиалов и структурных подразделений вошли все противотуберкулезные диспансеры г. Москвы, уже в декабре 2012 г. приказом главного фтизиатра Департамента здравоохранения г. Москвы создана подкомиссия по торакальной хирургии в составе ЦВКК по туберкулезу (далее – ПТХ ЦВКК). Основной целью работы ПТХ ЦВКК является повышение эффективности хирургической помощи больным туберкулезом в г. Москве. Для достижения этой цели проводят:

- централизованный контроль организации консультационной работы хирургов во всех противотуберкулезных учреждениях Департамента здравоохранения города Москвы;
- рассмотрение материалов пациентов, подготовленных к плановым оперативным вмешательствам;
- рассмотрение случаев тяжелых послеоперационных осложнений, летальности, жалоб пациентов.

Заседания ПТХ ЦВКК проводят еженедельно в клиниках № 1 и № 2 МНПЦ борьбы с туберкулезом, при необходимости проводят дополнительные заседания. В 2013 г. рассмотрены материалы 528 пациентов, за первые 6 мес. 2014 г. – 340.

Кроме работы ПТХ ЦВКК продолжается активная консультационная работа торакальных хирургов: за всеми филиалами и структурными подразделениями центра закреплены специалисты клиники № 1 для осуществления выездных консультаций и постоянного профессионального контакта. Консультации торакальных хирургов проводят в клинко-диагностическом центре МНПЦ борьбы с туберкулезом и эмпином кабинете;

торакальные хирурги совместно с фтизиатрами при необходимости участвуют в работе окружных врачебных комиссий и городской пульмонологической комиссии, в клинических обходах и консилиумах.

Укреплению профессионального взаимодействия способствовали выступления торакальных хирургов на регулярных рабочих встречах с участием фтизиатров, заведующих отделениями и филиалами центра, на научно-практической конференции, посвященной гипердиагностике туберкулеза. В рамках II Ежегодной конференции московских фтизиатров проведена школа для фтизиатров «Хирургические методы лечения туберкулеза разных локализаций», на которой торакальными хирургами сделаны шесть докладов. Доклады были посвящены границам и возможностям оперативного лечения при распространенном и осложненном туберкулезе легких, хирургическому лечению туберкулем, возможностям хирургии при сочетании ВИЧ-инфекции и туберкулеза, диагностике и лечению перикардитов.

Особо тесного коллегиального взаимодействия требуют современные условия работы противотуберкулезных учреждений в г. Москве, характеризующиеся, с одной стороны, снижением уровня заболеваемости ту-

беркулезом органов дыхания, а с другой – увеличением потребности в диагностике заболеваний легких и плевры, в том числе оперативной. В торакальных легочно-хирургических отделениях клиники № 1 доля оперативных вмешательств по поводу нетуберкулезных заболеваний (с лечебно-диагностической целью) или при их сочетании с туберкулезом ежегодно увеличивается и приближается к одной трети (32% за 6 месяцев 2014 г.). Мероприятия, направленные на усиление коллегиального взаимодействия, позволили существенно сократить сроки предоперационного обследования и противотуберкулезной тест-терапии в этой группе пациентов.

Заключение

В целом на фоне снижения уровня заболеваемости туберкулезом органов дыхания и сокращения коечного фонда фтизиатрической (в том числе торакальной) службы в г. Москве за счет оптимизации лечебно-диагностической тактики уровень хирургической активности сохраняется на высоком уровне. Большое значение в этом имеет дальнейшее улучшение коллегиального взаимодействия между фтизиатрами и торакальными хирургами.

Воробьев Андрей Александрович, тел. +7 (916) 344-55-76, e-mail: andre-vorobev@yandex.ru

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ САНАЦИОННЫХ ПЛЕВРАЛЬНЫХ ПУНКЦИЙ ПРИ ТУБЭМПИЕМЕ ПЛЕВРЫ КАК ЭТАП ПОДГОТОВКИ К ХИРУРГИЧЕСКОМУ ЛЕЧЕНИЮ

С.А. Григоренко

КУЗ «Воронежский областной клинический противотуберкулезный диспансер им. Н.С. Похвисневой»

Актуальность

В последнее время отмечена выраженная тенденция к росту заболеваемости туберкулезом и его распространенности, инвалидизации и смертности как от туберкулеза органов дыхания, так и от его осложнений. Проблема лечения одного из самых тяжелых осложнений туберкулеза, такого как эмпиема плевры, на сегодняшний день является сложной и полностью не решенной.

Цель исследования

Повышение эффективности лечения больных, страдающих туберкулезом легких, осложненным эмпиемой плевры, на основе анализа различных подходов к лечению.

Материалы и методы

Проведен ретроспективный анализ историй болезни 43 больных, находившихся на стационарном лечении в легочно-хирургических отделениях Воронежского областного клинического ПТД им. Н.С. Похвисневой в 2006–2012 гг. с установленным диагнозом туберкулеза легких. Среди больных было 35 мужчин и семь женщин, средний возраст составил у мужчин $46,0 \pm 8,0$ лет и у женщин $34,0 \pm 5,0$ лет. По клиническим формам пациенты распределились следующим образом: фиброзно-кавернозный туберкулез – 36 больных (у 24 – двухсторонний, у 12 – односторонний), казеозная пневмония – у пяти (у трех – двухсторонняя, у двух – односторонняя),

инфильтративный туберкулез в фазе распада – у двух больных. Все больные состояли на диспансерном учете по II Б группе. При поступлении состояние всех больных оценивали как средней тяжести и тяжелое. 38 (88,3%) больных имели сопутствующую патологию. Во всех случаях пиопневмоторакс возникал из-за прорыва деструкции легочной ткани.

Результаты

Все пациенты были разделены на две группы: I – больные, у которых операция была произведена после длительного пункционного лечения (30 чел.) и II – больные, которым хирургическое лечение было проведено в течение первых 10 суток с момента госпитализации (13 чел.). Лечение у больных I группы проводили по схеме: дренирование плевральной полости в течение 5–7 дней, последующая длительная (от 62 до 97 дней) ежедневная санация эмпиемы плевральными пункциями с введением растворов антисептиков (фурацилин, хлоргексидин, раствор борной кислоты) и хирургическое лечение (плевропневмонэктомия во всех случаях). У пациентов II группы после неэффективного дренирования, по длительности аналогичного I группе боль-

ных, проведено хирургическое лечение: декорткация легкого, плеврэктомия, ушивание дефекта (семь пациентов) или плевропневмонэктомия (шесть больных). В I группе расправление легкого достигнуто у 25 (83,3%) больных, у пяти (16,6%) пациентов послеоперационный период осложнился бронхиальным свищем и рецидивом эмпиемы. Во II группе расправление легкого было достигнуто у 11 (84,6%) больных, в двух (15,3%) случаях послеоперационный период также осложнился бронхиальным свищем. Все больные обеих контрольных групп, имевшие бронхиальный свищ, в последующем умерли от прогрессирования туберкулезного процесса и интоксикации, вызванной эмпиемой плевры, в течение от 4 до 10 месяцев. Летальность составила 16,2%.

Заключение

Эффективность различных видов хирургического лечения туберкулезной эмпиемы плевры не зависит от предшествующей санации полости эмпиемы плевральными пункциями. Это позволяет сократить срок пребывания больных с данной патологией в хирургическом отделении за счет более раннего оперативного лечения.

Григоренко Сергей Александрович, тел. + 7 (473) 226-83-09, e-mail: vokptd@vmail.ru

ПРИМЕНЕНИЕ ЛИНЕЗОЛИДА У БОЛЬНЫХ ФИБРОЗНО-КАВЕРНОЗНЫМ ТУБЕРКУЛЕЗОМ С МНОЖЕСТВЕННОЙ И ШИРОКОЙ ЛЕКАРСТВЕННОЙ УСТОЙЧИВОСТЬЮ ВОЗБУДИТЕЛЯ ПРИ ОПЕРАЦИЯХ ПО УДАЛЕНИЮ ЛЕГКОГО

Г.В. Диденко, Т.Н. Иванушкина, С.Е. Борисов

ГКУЗ «Московский городской научно-практический центр борьбы с туберкулезом Департамента здравоохранения города Москвы»

Актуальность

Удаление морфологического субстрата инфекционного поражения и создание благоприятных условий для проведения противотуберкулезной терапии и достижения клинического излечения у больных туберкулезом с множественной и широкой устойчивостью возбудителя является актуальной фтизиатрической задачей глобального масштаба. Широкое применение хирургических методов лечения у подобных больных сдерживается ограниченными возможностями этиотропной терапии, что обуславливает повышенный риск послеоперационного прогрессирования туберкулеза. Появление новых препаратов с антимикобактериальной активностью открывает возможности для снижения этого риска и рас-

ширения показаний к хирургическому лечению наиболее опасной в эпидемиологическом отношении группы больных туберкулезом.

Цель исследования

Оценить эффективность включения в пред- и послеоперационные режимы химиотерапии больных туберкулезом с множественной и широкой устойчивостью возбудителя препарата линезолид.

Материалы и методы

Проведен анализ результатов хирургического лечения в клинике № 1 МНПЦ борьбы с туберкулезом Департамента здравоохранения города Москвы 21 больного с распространенным фиброзно-кавернозным туберкулезом легких с наличием множественной (либо

Таблица. Результаты пневмонэктомий в различные периоды исследования

Период наблюдения (годы)	Число больных	Результаты пневмонэктомий (абс. / %)			
		Осложнения	Повторные операции	Прогрессирование процесса	Летальность
2006–2008	61	17 / 27,9	17 / 27,9	3 / 4,9	3 / 4,9
2010–2014	21	6 / 28,6	6 / 28,6	–	–

широкой) лекарственной устойчивости возбудителя за период 2010–2014 гг. Средняя длительность заболевания пациентов к моменту оперативного вмешательства составила 4,5 года. У пяти больных (23,8%) имела место лекарственная устойчивость микобактерий туберкулеза к четырем препаратам I ряда (SHRE), у 10 больных (47,6%) – к пяти-шести препаратам (I и II ряда), у шести (28,6%) – более чем к шести препаратам. Во всех случаях специфическое поражение легких было двусторонним; у пяти больных (23,8%) процесс был осложнен туберкулезным поражением долевого бронха. Критериями для определения возможности операции при двустороннем поражении легких служили: оценка функционального состояния больного; наличие сопутствующих заболеваний; рентгенологическая картина, в первую очередь – степень распространенности процесса в остающемся легком (если суммарная картина соответствовала поражению не более одной доли, то рассматривался вопрос выполнения операции). Противотуберкулезную химиотерапию проводили с применением линезолида (600 мг в сутки) как до операции, в условиях терапевтических отделений (у 13 больных – 61,9%), так и после (21 больной – 100%). Средняя длительность стационарного лечения больных перед оперативными вмешательствами составила 3,5 мес., но у семи больных (33,3%) длительность приема линезолида составила от 14 до 30 дней. Среднее количество суточных доз линезолида в послеоперационном периоде составило 86.

Результаты

Левосторонняя пневмонэктомия выполнена у 15 больных (71,4%), правосторонняя – у шести (28,6%). Осложнения в послеоперационном периоде развились у шести больных (28,6%): у двух больных (9,5%) – частичная

несостоятельность культи главного бронха, у четырех (19,0%) – вялотекущая эмпиема остаточной плевральной полости без признаков бронхоплеврального свища. Пациентам при указанных осложнениях выполняли по показаниям корригирующую торакопластику, у одного больного (4,8%) выполнена торакостомия, в последующем – этапные торакомиопластики. Летальных исходов не отмечено. При анализе архивных данных за 2006–2008 гг. получены следующие сведения. После 61 операции удаления легкого при фиброзно-кавернозном туберкулезе в фазе обсеменения с обеих сторон с наличием множественной лекарственной устойчивости осложнения развились у 17 больных (27,9%), у трех больных (4,9%) отмечено прогрессирование процесса в единственном легком. Послеоперационная летальность составила 4,9% (таблица).

Заключение

Анализ результатов лечения в исследуемых группах не показал достоверных различий по количеству осложнений в послеоперационном периоде на госпитальном этапе. Однако более отдаленные результаты, отсутствие летальности позволяют сделать вывод об эффективности применения линезолида при распространенном фиброзно-кавернозном туберкулезе с множественной (широкой) лекарственной устойчивостью возбудителя в до- и послеоперационном периодах.

Диденко Геннадий Викторович, тел. + 7 (910) 408-49-05, e-mail: g.didenko@bk.ru

ОСТЕОПЛАСТИЧЕСКАЯ ТОРАКОПЛАСТИКА В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ДВУХСТОРОННИМ ДЕСТРУКТИВНЫМ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ

В.А. Карнаухов, Д.В. Краснов

ГУЗ «Тульский областной противотуберкулезный диспансер № 1»

Актуальность

С 2009 г. в Тульской области отмечается стабильное снижение показателей, характеризующих эпидемиологическую ситуацию по туберкулезу, однако распространение фиброзно-кавернозного туберкулеза (ФКТ) среди населения значительно превышает уровень выявления этих форм. Доля больных ФКТ среди состоящих на учете составляет 13,3%. Аналогична и ситуация с деструктивным туберкулезом легких. Несмотря на то, что в течение пяти лет показатель распространенности деструктивного туберкулеза легких уменьшился на 18,0% (с 41,2 на 100 тыс. населения в 2009 г. до 33,8 в 2013 г.), он пока еще в 2,4 раза превышает регистрируемую в области заболеваемость туберкулезом с деструктивными изменениями. Все это свидетельствует о накоплении тяжелых форм туберкулеза легких в контингентах в результате недостаточно эффективного лечения и диспансерного наблюдения за больными. В противотуберкулезных учреждениях области по поводу ФКТ наблюдают 227 больных. Доля хирургического оздоровления контингентов в 2013 г. составила 9,6%.

Цель исследования

Изучение эффективности двухсторонней остеопластической торакопластики при распространенном деструктивном туберкулезе легких.

Материалы и методы

Двухсторонняя поэтапная остеопластическая торакопластика выполнена у 16 больных (11 мужчин и пяти женщин, в возрасте от 24 до 56 лет), страдавших туберкулезом от трех до семи лет. ФКТ с двухсторонним поражением верхних долей обоих легких имел место у 14 больных, с поражением С₆ справа – у двух больных.

Функция внешнего дыхания, снижение по рестриктивному типу III степени – у 11 больных, ДН III ст., у 5 больных – снижение по рестриктивному типу II сте-

пени, ДН II-III ст. Бактериовыделение обнаружено у 16 больных, как при люминесцентной микроскопии, так и при посеве мокроты. Лекарственная устойчивость микобактерий туберкулеза (МБТ) была выявлена у 16 больных (у 100% – множественная лекарственная устойчивость в сочетании с устойчивостью к S, K, Cap, Fq, Cs, Et). Сопутствующие заболевания имели место у 14 больных. Специфические поражения бронхиального дерева выявлены у 14 больных. Химиотерапию перед операцией проводили по IV режиму (интенсивная фаза), в зависимости от чувствительности к противотуберкулезным препаратам, в течение 2–6 месяцев после поступления. Отсутствие эффекта от консервативной терапии в течение указанных сроков, прогрессирование процесса являлись абсолютным показанием к проведению оперативного лечения в объеме поэтапной остеопластической торакопластики. 14 больным были выполнены четырех- и пятиреберные поэтапные остеопластические торакопластики, двум пациентам – четырех- и шестиреберные. Операции проводили с 30-дневным перерывом на реабилитацию. Ближайшие удовлетворительные результаты получены у 10 пациентов (62,5%): прекращение бактериовыделения, каверна не визуализируется, на месте каверны – гомогенное затемнение. У шести пациентов продолжалось бактериовыделение и визуализировалась деформированная каверна (37,5%). Отдаленные результаты в настоящее время представлены быть не могут, наблюдение продолжается.

Заключение

Двухсторонняя поэтапная остеопластическая торакопластика у данной категории хронических, ослабленных, истощенных больных является операцией выбора.

Карнаухов Вячеслав Анатольевич, тел. + 7 (906) 624-75-75, e-mail: s_karnauhov@mail.ru

ПЛАСТИКА КУЛЬТИ ГЛАВНОГО БРОНХА ЛОСКУТОМ ШИРОЧАЙШЕЙ МЫШЦЫ СПИНЫ

И.А. Львович, А.А. Новиков, В.А. Фролов

ОКУ «Липецкий областной противотуберкулезный диспансер»

Цель исследования

Изучить эффективность пластики культы главного бронха (ГБ) лоскутом широчайшей мышцы спины (в дальнейшем – миопластика) при пневмонэктомиях (плевропневмонэктомиях, заключительных пневмонэктомиях после ранее перенесенных резекций легкого) по поводу распространенного деструктивного туберкулеза легкого при значительном риске развития послеоперационной несостоятельности культы главного бронха, а также при уже развившихся несостоятельностях культы ГБ.

Материалы и методы

В 2008–2014 гг. в туберкулезном легочно-хирургическом отделении Липецкого ОПТД произведено 25 миопластик (23 – первичных, две – по поводу осложнений), из них 18 (72%) – на правом ГБ и семь (28%) – на левом. К факторам риска развития послеоперационной несостоятельности культы ГБ относили перенесенный (или активный) туберкулез бронхов, рубцовые изменения главного бронха, лекарственную устойчивость микобактерий туберкулеза (МБТ) (особенно множественную или широкую лекарственную устойчивость), большую длительность и травматичность операции со значительной кровопотерей, отсутствие возможности пластического закрытия культы другими интраплевральными тканями.

Операции производили по методу А.А. Абражанова. После пневмонэктомии (ПЭ) производили ручное ушивание культы ГБ (по методу Overholt). После этого мобилизовали лоскут широчайшей мышцы спины необходимой длины, частично резецировали нижнее ребро торакотомной раны, лоскут проводили в «окно» в ребре. Далее несколькими П-образными атравматичными швами фиксировали лоскут к культе ГБ в виде «шапочки».

Операцию заканчивали по общим принципам закрытия ран без дренирования последних, но с дренированием плевральной полости в течении 1–2 суток.

Результаты и обсуждение

У 23 больных (92,0%), перенесших данную операцию, послеоперационных осложнений со стороны плевральной полости не отмечено. У одного больного (4,0%) с многолетним туберкулезным анамнезом, широкой лекарственной устойчивостью МБТ развилась послеоперационная несостоятельность культы правого ГБ с туберкулезной эмпиемой плевры, что потребовало реторакотомии, при которой была выявлена дислокация мышечного лоскута с культы правого ГБ, произведена ремииоластика, плеврэктомия, но у больного развилась некупируемая декомпенсация хронического легочного сердца, от которой он скончался. У одного больного, перенесшего обычную левостороннюю пневмонэктомию, на четвертые сутки развилась ранняя несостоятельность левого ГБ, в связи с чем ему в срочном порядке были произведены реторакотомия, миоластика культы ЛГБ лоскутом широчайшей мышцы спины. Дальнейший послеоперационный период протекал без особенностей.

Заключение

Использование пластики культы ГБ лоскутом широчайшей мышцы спины позволило свести до минимума столь тяжелое осложнение пневмонэктомии у больных туберкулезом, как несостоятельность культы ГБ с развитием бронхиального свища и туберкулезной эмпиемы плевры.

Львович Илья Аронович, + 7 (474) 255-22-21 (доб. 3-36), e-mail: lipetsk_opd@rambler.ru

РЕАБИЛИТАЦИЯ ИНВАЛИДОВ ПРИ ОПЕРАТИВНЫХ МЕТОДАХ ЛЕЧЕНИЯ ТУБЕРКУЛЕЗА ЛЕГКИХ В ЛИПЕЦКОЙ ОБЛАСТИ

Н.И. Малюков¹, Н.А. Панюшкина¹, О.А. Овчинникова², И.К. Фомичева²

Актуальность

Реабилитация инвалидов – это система медицинских, профессиональных, социально-экономических мероприятий, направленных на устранение или возможно более полную компенсацию нарушенных функций, ограничений жизнедеятельности. Цель реабилитации – восстановление здоровья, трудоспособности, профессионального, социального, психологического статуса инвалидов.

Цель исследования

Изучить структуру первичной инвалидности больных туберкулезом и определить потребность инвалидов, получивших оперативное лечение, в реабилитационных мероприятиях.

Материалы и методы

По данным Специализированного бюро № 12 для освидетельствования больных туберкулезом, в 2009 г. признаны первично инвалидами вследствие туберкулеза 181 чел., из них после оперативного лечения – 22, что составило 12,2%. Из них I группа инвалидности не была установлена никому, II группа установлена 13 больным (59,1%), III группа – 9 (40,9%). Лица мужского пола составили 86,4%, преобладали пациенты в возрасте до 44 лет (59%), не имели места работы на момент лечения и освидетельствования 15 чел. (68,2%).

Результаты и обсуждение

Оперативное лечение проведено пациентам со следующими клиническими формами: фиброзно-кавернозный туберкулез – 40,9%, инфильтративный туберкулез с распадом – 18,2%, туберкулема – 31,8%, кавернозный туберкулез – 9,1%. По объему проведенного оперативного лечения пациенты распределились следующим образом: пневмонэктомия – в шести случаях (27,3%), лобэктомия – в 10 (45,4%), резекция одного-двух сегментов легкого – в шести (27,3%).

Среди инвалидов, прошедших оперативный этап лечения, определена высокая потребность в различных

видах медицинской реабилитации. В восстановительной терапии в условиях стационара нуждалось 68,2%, в амбулаторных условиях – 100%, в санаторном лечении – 72,7%. Анализ индивидуальных программ реабилитации показал, что медицинская реабилитация в части восстановительной терапии выполнена на 100%, в части санаторного лечения – на 81,3%. Потребность в различных видах профессиональной реабилитации составила: в профессиональной ориентации – 18,2%, в профессиональном обучении – 18,2%, в профессионально-производственной адаптации – 22,7%, в рациональном трудоустройстве – 40,9%.

Динамическое наблюдение через один и два года показало, что никто из инвалидов не смог трудоустроиться, приобрести профессию, сохранить рабочее место с учетом производственной адаптации. В 100% разрабатывалась социальная часть индивидуальной программы реабилитации, но ни один инвалид не обратился за этим видом реабилитации, что можно объяснить психологическими особенностями и заниженной самооценкой больных туберкулезом.

При повторном освидетельствовании изученного контингента инвалидов через два года наблюдения полная реабилитация составила 36,8% (восемь пациентов).

Заключение

Оперативное лечение при туберкулезе легких чаще получали мужчины трудоспособного возраста, неработающие. Преимущественно проводили резекции доли или одного-двух сегментов легкого (72,7%). Уровень показателей медицинской реабилитации можно считать удовлетворительным, но существующие проблемы профессиональной и социальной реабилитации требуют серьезного внимания в современных социально-экономических условиях.

Фомичева Ирина Константиновна, тел. + 7 (474) 255-22-36, e-mail: fomicheva.19@yandex.ru

¹ ФКУ «Главное бюро медико-социальной экспертизы по Липецкой области» Минтруда России, г. Липецк

² ОКУ «Липецкий областной противотуберкулезный диспансер»

ОТСРОЧЕННАЯ ЭКСТРАПЛЕВРАЛЬНАЯ ТОРАКОПЛАСТИКА КАК ЭТАП КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ВЫСОКИМ РИСКОМ ПОСТРЕЗЕКЦИОННЫХ РЕЦИДИВОВ ТУБЕРКУЛЕЗА ЛЕГКИХ

*А.С. Медяков, Н.Ю. Горбунов, Д.М. Гатаутов, Г.В. Гиллер, А.А. Графов, Л.П. Винницкая
ГБУЗ «Челябинский областной клинический противотуберкулезный диспансер»*

Актуальность

По данным различных источников, частота пострезекционных рецидивов при туберкулезе легких составляет от 7 до 28%. Послеоперационные рецидивы характеризуются более тяжелым течением туберкулезного процесса с переходом в хроническую форму с постоянным бактериовыделением. Лечение данной группы больных представляет определенные сложности, так как у многих пациентов присутствует устойчивость МБТ, уменьшается приверженность к лечению, увеличивается количество неблагоприятных побочных реакций, ограничено применение методов коллапсотерапии. Хирургическое лечение в настоящее время следует рассматривать как этап комплексного длительного лечения.

Материалы и методы

В настоящее время в Челябинском ОКПТД для профилактики послеоперационных рецидивов туберкулеза в качестве второго этапа оперативного лечения применяется отсроченная экстраплевральная задне-верхняя 3–5-реберная торакопластика. Показаниями для данного вида операции служат: 1) наличие очагов в оставшихся отделах оперированного легкого, 2) удаление значительного объема легочной ткани (верхняя лобэктомия слева, комбинированная лобэктомия справа), 3) туберкулезное поражение контрлатерального легкого, 4) при ригидном легком и высоком риске формирования остаточной полости.

Результаты и обсуждение

За прошедший год в условиях 2-го торакального хирургического фтизиатрического отделения Челябинского ОКПТД отсроченная торакопластика произведена 34 пациентам, что составило 15,0% от всех резекций легких по поводу туберкулеза. Из них женщин – 10, мужчин – 24. Возраст – от 17 до 49 лет. Диагноз

кавернозного и фиброзно-кавернозного туберкулеза – у 17 человек (50%), туберкулемы с распадом – у 17 (50%). Бактериовыделение наблюдалось у 24 человек (70%), из них с ЛУ и МЛУ – 18 (53%). Лобэктомии и комбинированные лобэктомии выполнены 15 пациентам (44%), сегментарные и атипичные резекции – 19 (56%).

Всем пациентам при отсутствии противопоказаний в период между первым и вторым этапами оперативного лечения коррекция объема плевральной полости осуществлялась наложением искусственного пневмоперитонеума. Оптимальным сроком для выполнения торакопластики являются третья–четвертая недели после резекции на фоне интенсивной химиотерапии. Объем торакопластики зависит от конституциональных особенностей пациента (форма и тип грудной клетки, индекс массы тела) и степени распространенности туберкулезного процесса. Осложнения составили 5,8%, из них у одного пациента наблюдалось расхождение краев послеоперационной раны, и еще у одного в раннем послеоперационном периоде – ателектаз-пневмония, купированная назначением антибактериальной, дезинтоксикационной терапии, а также санацией трахеобронхиального дерева. Случаев послеоперационной летальности не было.

При выписке: рентгенологически у всех пациентов пневматизация оперированных легких удовлетворительная, отрицательной динамики нет, бактериовыделение не определялось у 100%.

Заключение

Отсроченная торакопластика является одним из важнейших этапов комплексного лечения пациентов с риском пострезекционного рецидива и имеет минимальные послеоперационные осложнения.

Медяков Александр Сергеевич, тел. +7 (351) 232-10-75, e-mail: dr.medyakov@gmail.com

ВИДЕОАССИСТИРОВАННЫЕ ТОРАКОСКОПИЧЕСКИЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ ДЕСТРУКТИВНЫХ ФОРМАХ ТУБЕРКУЛЕЗА ЛЕГКИХ

О.Н. Нематов, Ш.Ю. Сабиров, Ш.Э. Маюсупов, А.Б. Шарипов, Э.Н. Холбоев, А.А. Рискиев

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр фтизиатрии и пульмонологии Минздрава Республики Узбекистан, г. Ташкент, Республика Узбекистан

Актуальность

Видеоассистированные торакоскопические (ВАТС) анатомические резекции легких (сегментэктомия, лобэктомия и пневмонэктомия) получили большое распространение в мире. Подавляющее большинство операций в специализированных центрах при небольших периферических поражениях легких выполняют чисто торакоскопически (BTC), а при поражениях чуть большего размера операцию обычно производят видеоассистированным торакоскопическим путем, когда выполняется мини-торакотомия (длиной 8–12 см) без полного рассечения межреберья, с освещением операционного поля торакоскопом, введенным через торакотомную рану. Преимущество такого доступа – значительное уменьшение выраженности болевого синдрома и нарушений биомеханики дыхания в послеоперационном периоде.

Материалы и методы

С октября 2013 г. по сентябрь 2014 г. в отделении хирургии туберкулеза легких РСНПМЦФиП 153 больным выполнены ВАТС анатомические резекции легких по поводу деструктивного туберкулезного процесса. Возраст больных колебался от 18 до 67 лет, средний возраст составил $34,0 \pm 5,0$ года. Мужчин было 86, женщин – 67 (соотношение 1,2 : 1). В 146 случаях операция выполнена по поводу фиброзно-кавернозного туберкулеза (ФКТ), в остальных случаях имел место цирротический туберкулез как следствие ФКТ. Выполнено: 51 ВАТС сегментэктомия, в 13 случаях – комбинированная резекция (не более двух сегментов), 56 лобэктомий, 33 пневмонэктомии. Все операции выполнены трансторакальным доступом.

Результаты

У всех пациентов послеоперационный период протекал гладко. Все больные рано активизированы, отмечалось субъективное хорошее самочувствие. Наркотические анальгетики применяли только первые сутки после операции, последующие 3–4 суток больные получали ненаркотические анальгетики. Послеоперационные осложнения отмечены у трех больных. У двух больных рана зажила вторичным натяжением, у одного больного в послеоперационном периоде развилась неспецифическая пневмония. Дренажи удалены в среднем через четыре дня после сегментэктомии и лобэктомии и в среднем через 23 дня после пневмонэктомии. Каждый день проводили санацию гемиторакса растворами антибиотиков. Средняя длительность госпитализации составила 18 дней. За короткое время наблюдений все больные живы, рецидива и реактивации не зарегистрировано ни у одного больного.

Выводы

В специализированных клиниках ВАТС анатомические резекции легких являются безопасным и надежным способом при лечении деструктивных форм туберкулеза легких. У больных в послеоперационном периоде отмечается субъективное относительно хорошее самочувствие за счет ранней активизации. Ускоряется психологическая реабилитация больных, сокращается время пребывания больного в стационаре. В некоторых учреждениях при отсутствии эндовидеостойки можно использовать осветитель любого вида, предназначенный для эндоскопических манипуляций.

Нематов Одилжон Низомиддинович, тел. +9 (9871) 288-29-45, e-mail: dr.odiljon@mail.ru

ТРАНССТЕРНАЛЬНАЯ, ТРАНСМЕДИАСТИНАЛЬНАЯ ОККЛЮЗИЯ ГЛАВНЫХ БРОНХОВ В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ БРОНХИАЛЬНЫХ СВИЩЕЙ У БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ

*О.Н. Нематов, Ш.Ю. Сабиров, Ш.Э. Маюсупов, А.Б. Шарипов, Э.Н. Холбоев, А.А. Рискиев
Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр фтизиатрии и
пульмонологии Минздрава Республики Узбекистан, г. Ташкент, Республика Узбекистан*

Актуальность

Вероятность появления свища после долевых резекций составляет от 0,5 до 3%, после пневмонэктомии – от 1 до 20% и более. Госпитальная летальность, связанная с наличием этого осложнения, достигает 30–50%, в течение последующих трех лет умирает около 80% пациентов с хроническими бронхопульмональными свищами. Причинами смерти, как правило, являются аррозивное кровотечение, аспирационная пневмония, сепсис, легочно-сердечная недостаточность.

Материалы и методы

С октября 2013 г. по сентябрь 2014 г. в отделении хирургии туберкулеза легких РСНПМЦФиП пролечено пять больных со свищами бронхов после оперативных вмешательств на органах дыхания. Эти больные были прооперированы по поводу туберкулеза легких и хронической эмпиемы плевры туберкулезной этиологии. Возраст больных: 27, 29, 32, 37 и 41 год (в среднем 33,2 года). Все больные были мужского пола. У трех больных бронхиальные свищи находились справа, у двух – слева. У одного больного ранее произведена пневмонэктомия, через год, после перенесенного ОРВИ, у него появился бронхиальный свищ. Трем больным с фиброзно-кавернозным туберкулезом верхней доли легкого произведена операция – верхняя лобэктомия, после операции в раннем периоде развились бронхиальные свищи. У последнего больного субтотальная эмпиема остаточной полости туберкулезной этиологии существ-

вует с 2007 г., больному ранее произведены операции: плеврэктомия с декортикацией, торакомиопластика – и установлен бронхоблокатор в главный бронх – без эффекта. У трех больных обнаружена множественная лекарственная устойчивость микобактерий туберкулеза. Для устранения бронхиальных свищей всем больным первым этапом выполнена операция – окклюзия главного бронха трансстернальным доступом, у двоих – с вскрытием полости перикарда, а у остальных – без вскрытия полости перикарда. Вторым этапом через 1,5–2 месяца всем больным выполнены операции доудаления легкого.

Результаты

Под нашим наблюдением в послеоперационном периоде у одного больного обнаружена реактивация туберкулеза в единственном легком, которая устранена консервативными мероприятиями. У остальных больных осложнений в послеоперационном периоде не наблюдалось. Все больные выписаны из стационара в удовлетворительном состоянии. Средний срок пребывания в стационаре составил 63 дня.

Выводы

На основании полученного опыта можно отметить, что этапные операции с трансстернальным доступом на первом этапе являются предпочтительными для закрытия бронхиального свища, после таких операций мы не наблюдали осложнений и не было необходимости в длительном пребывании больного в стационаре.

Нематов Одилжон Низомиддинович, тел. +9 (9871) 288-29-45, e-mail: dr.odiljon@mail.ru

К ВОПРОСУ О ДИАГНОСТИКЕ И ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКЕ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ ТУБЕРКУЛЕЗНОЙ ЭМПИЕМЕ ПЛЕВРЫ

В.К. Полянский, Г.Г. Савицкий, А.В. Лятошинский

Филиал № 2 ФГКУ «Главный военный клинический госпиталь им. Н.Н. Бурденко» Минобороны России,

г. Пушкино, Московская область

Материалы и методы

Наблюдали 333 больных туберкулезной эмпиемой плевры в возрасте от 18 до 87 лет, с длительностью патологического процесса от шести месяцев до 54 лет. Резко преобладали мужчины (325 чел. – 97,6%), что объясняется ведомственной принадлежностью лечебного учреждения.

Результаты и обсуждение

У 164 (49,2%) больных эмпиема локализовалась справа, у 160 (48,1%) – слева и у девяти (2,7%) носила двусторонний характер. Ограниченная эмпиема плевры диагностирована у 161 (48,4%), распространенная – у 119 (35,7%) и тотальная – у 53 (15,9%) больных. Острую фазу эмпиемы наблюдали у 3,0%, подострую – у 52,0%, стабильную – у 45,0% больных. Эмпиема с бронхиальным свищом обнаружена у 34,2% больных. Выраженность клинических проявлений зависела от фазы воспалительного процесса, протяженности эмпиемы, наличия легочного компонента, свищевых осложнений. Наиболее выраженными они были в острой, менее – в подострой фазе. При стабильной фазе отмечено малосимптомное течение.

С целью определения характера плевролегочных изменений, наряду с рентгенологическим, проводили радиоизотопное исследование капиллярного кровотока легких. Выявляемые при этом изменения были более выраженными, чем рентгенологические, что объясняется развитием плеврогенного склероза, эмфиземы легких, коллапса легкого и бронхиальных свищей. Превалировали распространенные (81,5%) и двухсторонние (16,8%) нарушения капиллярного кровотока. При ограниченных эмпиемах, характеризующихся малым количеством экссудата и массивными плевральными наложениями, большое диагностическое значение придавали ультразвуковому исследованию (УЗИ). Кроме того, с помощью УЗИ уточняли степень утолщения плевральных листков, наличие многокамерных полостей, выполняли их дренирование.

Плевральная жидкость представляла собой экссудат гнойного характера. У 43,3% пациентов он был серозно-гнойный, у 30,6% – гнойно-фибринозный и у 26,1% – гнойно-геморрагический. Микобактерии туберкулеза в

плевральном экссудате обнаружены у 42,6%, L-формы – у 20,4%, сочетание типичных и L-форм микобактерий – у 8,4% больных. Неспецифическую микрофлору обнаружили у 19,7% больных.

Для выявления степени необратимости морфологических изменений у больных выполняли биопсию плевры, для чего использовали видеоторакоскопию. В острой фазе эмпиемы обнаружены отек и имбибиция стромы, нейтрофильная и лимфоцитарная инфильтрация, участки казеозного некроза и туберкулезные гранулемы. Для подострой фазы характерны фиброзная трансформация плевры, перекалибровка сосудов по «замыкательному» типу, участки специфической грануляционной ткани, лимфоидно-макрофагальная инфильтрация. В стабильной фазе воспалительные изменения были менее выражены, превалировали фиброз и гиалиноз плевры, определялись участки грануляционной ткани и кальцинации. Морфологические исследования биоптатов плевры позволяли установить, что после третьего – пятого месяцев с момента развития туберкулезного плеврита в плевральных листках, особенно в париетальном, уже отмечаются необратимые изменения, характерные для хронической эмпиемы плевры. Ранняя диагностика необратимых изменений плевры стала одним из основных критериев бесперспективности дальнейшей консервативной терапии, принятия решения о выполнении радикального оперативного вмешательства и его сроках.

Различные хирургические вмешательства, в том числе реконструктивно-пластического характера, выполнены у 238 (71,5%) больных. Плеврэктомию и декортикацию легкого произвели у 156 (65,5%), плеврэктомию, декортикацию с резекцией легкого – у 48 (20,2%), реампутацию культи бронха, миопластика, торакопластика – у 10 (4,2%), плевропневмонэктомию – у 21 (8,8%) больного. В трех случаях (1,3%) осуществлены двухсторонние последовательные плеврэктомию и декортикацию легкого. Эффективность хирургического лечения эмпием плевры составила 99,1%. В послеоперационном периоде у 28 (11,8%) больных развились осложнения, которые были устранены консервативными методами. Четверо больных (1,7%) умерли из-за прогрессирования

туберкулезного процесса. В группе, где оперативное вмешательство произведено в ранние сроки, интра- и послеоперационных осложнений не отмечено.

Заключение

Наш опыт лечения туберкулезных эмпием плевры позволяет считать, что хроническая туберкулезная эмпиема плевры является самостоятельной формой плевроролечной патологии, характеризующейся волнообразным течением, своеобразной патоморфологической картиной и приводит в большей части случаев к

неблагоприятному исходу. Диагностика эмпиемы плевры на ранних стадиях заболевания и своевременное применение радикальных оперативных вмешательств способствуют полной клинической и функциональной реабилитации больных. Следует отказаться от принятой в недалеком прошлом тактики длительного лечения больных с хроническим плевритом и эмпиемой плевры туберкулезной этиологии, как не соответствующей современному уровню легочной хирургии.

Савицкий Геннадий Григорьевич, тел. + 7 (495) 993-37-60, e-mail: Savitskiygg@mail.ru

МЕТОДЫ МЕСТНОГО ЛЕЧЕНИЯ У БОЛЬНЫХ С ПОЛОСТЯМИ ДЕСТРУКЦИИ В ЛЕГКИХ ПРИ ТУБЕРКУЛЕЗЕ

В.К. Полянский, А.В. Лятошинский

Филиал № 2 ФГКУ «Главный военный клинический госпиталь им. Н.Н. Бурденко» Минобороны России, г. Пушкино, Московская область

Актуальность

Современная специфическая терапия деструктивного туберкулеза легких не всегда позволяет добиться абациллирования больных и закрытия полостей деструкции. Препятствуют этому, наряду с лекарственной устойчивостью микобактерий, структура внутренней стенки каверны, покрытой пиогенной оболочкой, нарушение микроциркуляции в пораженной легочной ткани, что ограничивает поступление специфических препаратов в полость деструкции. Альтернативой резекционным оперативным вмешательствам могут служить методы местного лечения.

Материалы и методы

С целью санации полостей деструкции у больных туберкулезом легких проводили трансторакальное пунктирование полости, после чего устанавливали тонкий (диаметром 1–2 мм) фторопластовый дренаж с целью введения специфических препаратов. Материал дренажа не вызывал воспаления окружающих тканей и позволял функционировать до трех месяцев, в отличие от других дренажей (например, полихлорвиниловых), которые приходилось удалять через 1–2 недели. В дренаж ежедневно вводили растворы изониазида с канамицином или изониазида с рифампицином. В ряде случаев выполняли напыление на стенки полости порошка (чаще рифампицина) с помощью набора «Инполин». Такой метод введения специфических препаратов позволял создать максимальную концентрацию в очаге поражения и снизить их дозу, вводимую энтерально или парантерально. С целью улучшения условий для рубцевания полости дополнительно накладывали пневмоперитонеум.

Для обеспечения асептического воспаления в стенке каверны, образования грануляционной ткани, являющейся основой формирования рубца, использовали метод диатермокоагуляции (ДТК) стенок каверны. Диатермокоагуляцию выполняли под местной анестезией в рентгенооперационной. Под контролем рентгеноскопии производили трансторакальную пункцию полости иглой-электродом. Электроотсосом аспирировали воздух из полости и после спадания ее стенок осуществляли диатермокоагуляцию аппаратом ЭН-57-М в течение 5–7 с в трех-пяти точках. При отсутствии эффекта от первой коагуляции ДТК повторяли через 2–3 недели. При поликавернозе ДТК проводили попеременно с интервалом в семь суток. По показаниям до и после ДТК накладывали пневмоперитонеум или пневмоторакс.

Под нашим наблюдением находилось 163 пациента, из них 123 (75,5%) – с кавернозным туберкулезом легких, 29 (17,8%) – с фиброзно-кавернозным и 11 (6,7%) – с пострезекционными остаточными полостями. До поступления в хирургический стационар все больные длительно получали противотуберкулезную химиотерапию.

Результаты и обсуждение

Применяемая нами методика позволила сократить сроки абациллирования больных, ускорить закрытие полостей деструкции или уменьшить их размеры, тем самым снизить необходимость в оперативных вмешательствах или их объемы. Быстрее всего положительный эффект достигали при тонкостенных полостях диаметром до 3 см, без выраженных фиброзных изменений вокруг них и дренирующихся бронхами V–VI порядка. В этих случаях после коагуляции на месте каверны в

течение месяца формировались рубец или сетчатый фиброз. Повторной ДТК, как правило, не требовалось. При полостях диаметром от 3 до 5 см, дренирующихся субсегментарными бронхами, их полного закрытия не происходило, хотя они и уменьшались в размерах. Поэтому ДТК повторяли через 2–3 недели. Всего выполнили 236 ДТК. По одной ДТК выполнено в 45,7% случаев, по две – в 39,5%, по три – в 9,9%, по четыре – в 3,7%, по пять – в 1,2% случаев. При кавернах диаметром 5 см и более, дренирующихся сегментарными бронхами, с выраженным перифокальным воспалением, с толстыми ригидными стенками ДТК успеха не имела. При расположении каверны в прикорневой зоне ДТК не проводили ввиду опасности повреждения крупных сосудов. Если после трех-четырех ДТК каверна не уменьшалась более чем на половину от первоначального размера, выполняли резекцию пораженного сегмента легких. В этих случаях, даже если полностью закрыть полость деструкции не удавалось, объем оперативного вмешательства был значительно меньше, чем если бы оно было предпринято до ДТК. Зафиксировали ряд осложнений: в 5,1% случаев возник пневмоторакс, в 2,9% – кровохарканье. При этом пневмоторакс носил ограниченный характер, клинически не проявлялся и рассматривался нами как дополнительный фактор коллапсотерапии. Кровохарканье быстро прекращалось на фоне проведения кон-

сервативной терапии. С целью профилактики осложнений после ДТК применяли строгий постельный режим в первые 4–6 ч с постепенным увеличением физической нагрузки в течение семи суток. В результате проводимой нами комплексной терапии при кавернозном и фиброзно-кавернозном туберкулезе удалось добиться закрытия каверн в 82,8% случаев. В отдаленном периоде (через 2–6 лет) результаты лечения изучены у 129 больных. Клиническое излечение достигнуто у 88,4%, улучшение – у 8,5%, рецидив заболевания диагностирован у 3,1% пациентов.

Заключение

Применение местных методов в комплексном лечении больных деструктивным туберкулезом легких позволяет уменьшить потребность в резекционных оперативных вмешательствах. ДТК показана при кавернозном туберкулезе легких при одиночной тонкостенной каверне диаметром до 5 см и отсутствии инфильтративных изменений в прилегающей легочной ткани; при наличии двух аналогичных по диаметру каверн, расположенных в разных сегментах одного или обоих легких. При фиброзно-кавернозном туберкулезе ДТК показана больным с изолированной каверной диаметром до 3 см со спадаемой стенкой. ДТК противопоказана при кавернах диаметром более 5 см или при прикорневой локализации.

Полянский Валерий Константинович, 141200, Московская обл., г. Пушкино, ул. Лесная, д. 67, тел. + 7 (495) 993-38-82

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ТУБЕРКУЛЕЗА ЛЕГКИХ С МНОЖЕСТВЕННОЙ ЛЕКАРСТВЕННОЙ УСТОЙЧИВОСТЬЮ ВОЗБУДИТЕЛЯ

Ш.Ю. Сабиров, О.Н. Нематов, С.П. Абулкасимов, Ш.А. Рахманов, Э.Н. Холбоев

*Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр фтизиатрии и пульмонологии
Минздрава Республики Узбекистан, г. Ташкент, Республика Узбекистан*

Материалы и методы

Изучены результаты хирургического лечения 225 больных с множественной лекарственной устойчивостью возбудителя. Продолжительность заболевания у 61 больного составила до двух лет, у 105 – три-четыре года, у 59 – более пяти лет. Среди больных преобладали лица молодого и наиболее трудоспособного возраста от 20 до 45 лет – 194 чел. (86,2%), а также мужчины – 154 (68,4%). В течение продолжительного времени неоднократно проводилась неэффективная стационарная и амбулаторная химиотерапия. Туберкулезный процесс осложнился легочным кровотечением и рецидивирующим кровохарканьем у 74 больных (32,9%). Клиническое

течение легочного туберкулеза сопровождалось выраженной интоксикацией организма, проявлениями общей и бронхолегочной симптоматики (общая слабость, плохой аппетит, похудание, кашель, выделение слизисто-гноной мокроты, одышка, боли в грудной клетке, температурная реакция), изменениями в периферической крови (анемия, лейкоцитоз, высокая СОЭ), постоянным бактериовыделением. При бактериологическом исследовании у всех больных в мокроте обнаружены микобактерии туберкулеза, устойчивые к противотуберкулезным препаратам первого ряда. При рентгенологическом исследовании диагностирована различная распространенность туберкулезного процесса. Только

у 38 больных выявлен ограниченный туберкулезный процесс в пределах одной доли легкого, распространенный – у 187, из них у 124 больных (66,3%) имелась односторонняя локализация, у 63 (33,7%) – двухстороннее поражение легких. При бронхологическом исследовании у 129 больных диагностирован диффузный катаральный неспецифический бронхит долевых и сегментарных бронхов, у 51 – туберкулезный эндобронхит, из них у 15 – со стенозом бронхов. Клиническую тяжесть и течение болезни дополнительно усугубляли различные сопутствующие заболевания у 68 больных (30,2%), в том числе: хронические неспецифические заболевания легких – у 29; язвенная болезнь 12-перстной кишки – у 17; хронический гастрит – у шести; сахарный диабет – у 16. При изучении показателей легочной вентиляции установлено значительное снижение жизненной емкости легких до $48,0 \pm 5,0\%$ по сравнению с должными величинами, повышение минутного объема дыхания – до $108,0 \pm 4,0\%$. Нарушения легочной вентиляции, как правило, носили рестриктивный характер.

Результаты

Подготовка к оперативным вмешательствам в связи с распространенностью, активностью и осложненным течением туберкулеза и исходной клинической тяжестью больных носила многоплановый характер. Предоперационную химиотерапию в режиме DOTS-Plus (E Z OfI Pt K PAS Cs) проводили у 53 больных, химиотерапию препаратами основного и резервного ряда (в среднем два месяца E Z OfI/Lev Pt K/Am) – у 172. У 141 больного химиотерапия сочеталась с пневмоперитонеумом. Послеоперационная химиотерапия у больных, не включенных в программу DOTS-Plus, продолжалась от 6 до 12 месяцев, в зависимости от распространенности процесса и объема оперативного вмешательства. Следует отметить, что после операции больные продолжали интенсивную фазу лечения не менее двух месяцев. После предоперационной подготовки клинико-рентгенологическая стабилизация туберкулезного процесса в легких и плевре с прекращением бактериовыделения достигнута у 133 больных.

Различные виды частичных резекций легких выполнены у 57 больных, из них сегментарная резекция – у 11, лобэктомия – у 38, комбинированная резекция – у восьми. Пневмонэктомия при распространенном туберкулезе легких произведена у 72 больных и задневерхняя 5–6-реберная торакопластика – у 96.

Послеоперационные осложнения развились у 28 больных (12,4%), из них бронхиальный свищ и эмпиема плевры – у 14, раннее обострение туберкулеза – у девяти, легочно-сердечная недостаточность – у пяти. Осложнения после частичных резекций легких возникли у трех больных (5,3%), после пневмонэктомии – у 13 (18,1%), после торакопластики – у 12 (12,5%). Указанные осложнения терапевтическим лечением и повторными операциями ликвидированы у 19 из 24 больных.

Хорошая клиническая эффективность хирургического лечения отмечена у 206 больных (91,5%), из них после частичных резекций легких – у 55 (96,5%), пневмонэктомии – у 63 (87,5%), торакопластики – у 88 (91,7%). Умерло восемь больных (3,6%) от прогрессирования легочного туберкулеза и эмпиемы плевры, в том числе после резекционных операций – шесть и после торакопластики – двое. Следует отметить, что достоверной разницы в исходах оперативного вмешательства в зависимости от режима химиотерапии не установлено.

Заключение

Приведенные данные свидетельствуют, что выбор рациональных методов резекций легких и торакопластики, повышение их эффективности и расширение операбельности больных распространенным туберкулезом с множественной лекарственной устойчивостью возбудителя имеет важное научно-практическое и эпидемиологическое значение. Хирургические методы лечения при указанной легочной патологии являются одними из основных. У этого контингента больных резекционные и торакопластические операции считаются одними из главных и эффективных методов лечения и способствуют оздоровлению 91,5% пациентов с хроническим и распространенным туберкулезом с множественной лекарственной устойчивостью возбудителя.

Сабиров Шавкат Юсупович, тел.: + 9 (9894) 608-98-96, + 9 (9871) 288-29-45, факс + 9 (9871) 278-04-70, e-mail: shavkat.sabirov.63@mail.ru

ТУБЕРКУЛЕЗ ВНЕЛЕГОЧНЫХ ЛОКАЛИЗАЦИЙ

СОВРЕМЕННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ДИАГНОСТИКИ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОГО ТУБЕРКУЛЕЗА

А.В. Асеев¹, Р.И. Мираки², Ю.Ф. Платонов¹

Актуальность

Диагностика туберкулеза женских половых органов нередко представляет значительные трудности ввиду того, что на ранних стадиях развития туберкулеза существует сходство его клинических проявлений с другими гинекологическими заболеваниями.

Материалы и методы

Наблюдали восемь женщин в возрасте от 24 до 37 лет, госпитализированных в противотуберкулезный диспансер для обследования и лечения по поводу гинекологического туберкулеза. Основной жалобой при поступлении было первичное бесплодие. Для верификации процесса выполняли гистеросальпингографию (ГСГ), диагностическое выскабливание полости матки и цервикального канала в секреторную фазу менструального цикла. В комплексной диагностике туберкулеза женских половых органов важное место занимает рентгенологическое исследование легких и брюшной полости, выявление свежих очагов поражения и петрификатов указывает на перенесенный ранее туберкулез). Наиболее информативна телевизионная гистеросальпингоскопия. В качестве контрастного вещества использовали раствор верографина или урографина, которые практически не вызывает у больных осложнений при проходимых маточных трубах.

В задачи рентгенологических методов входили: определение размеров и положения полости матки, выявление специфических изменений в полости матки и маточных трубах (утолщение эндометрия, слизистой оболочки труб, набухание складок труб, ригидность труб; при распаде бугорков – выявление ниш, зазубренности контуров полости матки, свищей), оценка деформаций, подвижности и проходимости маточных труб, обнаружение обызвествлений в трубах, яичниках, тазовых лимфатических узлах. Выявляли быстрое (в течение 2–3 мин) заполнение контрастом проходимых отделов маточных труб при полном отсутствии перистальтики и

движений трубы. Маточные трубы были тонкие, ригидные, имелись запаянные ампулярные отделы. Определялась деформация маточной трубы в виде четок, «куричьей трубки».

Лапароскопия расширяет диагностические возможности в гинекологии. Лапароскопическая картина туберкулезного процесса в области гениталий характеризуется: 1) распространенным спаечным процессом; 2) кальцинатами на поверхности маточных труб, на брюшине, в лимфатических узлах; 3) наличием туберкулем; 4) укорочением, утолщением, сегментированностью маточных труб, отсутствием перистальтики; 5) просовидными высыпаниями на брюшине. Обычно лапароскопические операции по бесплодию предполагают диагностическую и лечебную составляющие. При этом важно не забывать, что любые патологические интраоперационные находки должны быть подвергнуты морфологической и бактериологической оценке. Количество биопсийных проб при однотипных изменениях может достигать 8–10 кусочков. Неотъемлемым компонентом определения активности туберкулезного процесса являются провокационные туберкулиновые пробы, наиболее часто использовали пробу Коха. Оценку очаговой реакции проводили по изменениям структуры исследуемого органа и появлению бактериовыделения. Оценивали изменения ультразвуковой характеристики матки и яичников (сравнение видеофильмов УЗИ органов малого таза до введения туберкулина и через трое суток после него).

Заключение

У всех обследованных женщин был установлен диагноз туберкулеза маточных труб, трубный фактор бесплодия. Ведущим направлением верификации диагноза были лучевые методы диагностики; бактериологические и морфологические методы оказались малоинформативными. Несмотря на проведенное консервативное и оперативное лечение, восстановить репродуктивную функцию у наших пациенток не удалось.

Асеев Александр Владимирович, тел. +7 (910) 648-52-05, e-mail: aseev-alex@mail.ru

¹ ГБОУ ВПО «Тверская государственная медицинская академия» Минздрава России

² ГКУЗ Тверской области «Тверской областной клинический противотуберкулезный диспансер»

ВОЗМОЖНОСТИ УЛУЧШЕНИЯ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ ПЕРИКАРДИТА ТУБЕРКУЛЕЗНОЙ ЭТИОЛОГИИ

А.В. Асеев, Д.С. Рясенский, Ю.Ф. Платонов

ГБОУ ВПО «Тверская государственная медицинская академия» Минздрава России

Актуальность

Туберкулезный перикардит является частным проявлением внелегочного туберкулеза. Пункционная эвакуация гидроперикарда и коррекция противотуберкулезной терапии, как правило, позволяют ликвидировать накопление жидкости, но не предотвращают облитерацию полости перикарда и формирование панцирного сердца.

Материалы и методы

Наблюдали восемь больных туберкулезом легких в возрасте от 22 до 34 лет с выпотным перикардитом туберкулезной этиологии. На момент обследования у них сформировался распространенный фиброзно-кавернозный туберкулез легких, у двух – осложненный эмпиемой плевры с бронхоплевральным свищем, у трех была выявлена ВИЧ-инфекция IIIБ стадии.

Накопление жидкости в полости перикарда происходило медленно, не сопровождалось бурными рефлекторными реакциями. Как правило, гидроперикард выявляли при контрольном рентгенологическом исследовании органов грудной клетки в ходе основного курса лечения туберкулеза.

Результаты

При УЗИ перикарда эпигастральным доступом и через IV межреберье слева от грудины была выявлена жидкость в полости перикарда. Наибольшей ширина полоски жидкости гидроперикарда была в систолу и составила в проекции IV межреберья слева от грудины 6 см, в эпигастральной области не превышала 2 см. У четырех больных при УЗИ были выявлены признаки «волосатого сердца». В связи с угрозой декомпенсации правожелудочковой сердечной недостаточности выполнена пункция перикарда в точке наибольшей ширины полоски жидкости гидроперикарда в IV межреберье слева от грудины. Толщина грудной стенки клетчатки перикардального жирового треугольника была 3–4 см, в связи с чем для пункции под местной анестезией использовали иглу для внутримышечных инъекций. Удаляли от 100 до 300 мл жидкости, у двух больных она была желтой прозрачной, у шести – вида «мясных помоев». Критерием для прекращения эвакуации гидроперикарда было появление у врача субъективного чувства царапанья пункционной иглы об

эпиперикард. Процедуру заканчивали внутривнутриперикардальным введением 1,0 стрептомицина и 1,0 изониазида. Осложнений не было. При бактериологическом исследовании перикардального выпота микобактерии туберкулеза не были обнаружены ни в одном случае. Повторных пункций перикарда не потребовалось, однако при контрольных УЗИ отмечали наличие небольшого количества жидкости в полости перикарда. В течение 1–2 месяцев в этой жидкости появились хлопья и нити фибрина, а через 6–8 месяцев развилось панцирное сердце с декомпенсацией правожелудочковой сердечной недостаточности: развитие ортостатического коллапса, гепатомегалии, асцита, отека нижних конечностей. У двух больных выполнено хирургическое лечение – перикардэктомия, которую производили из стернотомического доступа. Во время операции была выявлена полная облитерация полости перикарда, листки перикарда были утолщены, местами до 15 мм. Уже во время операции отмечены положительные изменения центральной гемодинамики. При гистологическом исследовании удаленного перикарда выявлены признаки хронического неспецифического воспаления. Посев операционного материала на среду Финна-2 и Левенштейна-Йенсена выявил рост микобактерий туберкулеза, в обоих случаях устойчивых к препаратам основного ряда (HRZES), что позволило провести коррекцию последующей противотуберкулезной терапии. Длительность послеоперационного наблюдения составляет пять лет. Оба пациента живы, хотя сохраняются явления правожелудочковой сердечной недостаточности в фазе компенсации.

Заключение

Возможно, использование молекулярно-генетических методов исследования и посев на жидкие среды позволят увеличить частоту и уменьшить сроки идентификации возбудителя и характер его лекарственной устойчивости, улучшить результаты лечения. У данной категории больных целесообразно использовать не только системную противотуберкулезную терапию, но и длительное местное внутривнутриперикардальное введение препаратов, включая растворы противотуберкулезных средств и протеолитических ферментов. Для этого необходимо дренирование полости перикарда

эпигастральным доступом, что должно быть учтено при составлении протокола лечения больных с экссу-

дательным перикардитом туберкулезной этиологии.

Асеев Александр Владимирович, тел. +7 (910) 648-52-05, e-mail: aseev-alex@mail.ru

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ГЕНИТАЛЬНОГО ТУБЕРКУЛЕЗА У ЖЕНЩИН В ЧУВАШСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ

Т.Р. Возякова^{1,2}, Л.Б. Чупракова¹, Ж.В. Еленкина^{1,2}, Н.А. Апраксина^{1,2}, Н.Г. Рыскова¹

Актуальность

Выявление генитального туберкулеза остается одной из самых сложных диагностических, а также лечебных и реабилитационных задач в системе оказания медицинской помощи населению в России. В связи с особенностями диагностики туберкулез женских половых органов (ЖПО) при жизни выявляется лишь у 10–15% женщин или является «случайной находкой» во время операции. Главная проблема – отсутствие в стандарте оказания медицинской помощи женщинам с хроническими заболеваниями ЖПО и бесплодием, составляющим группу риска по туберкулезу, обследования для исключения или подтверждения этого заболевания.

Цель исследования

Изучение возможностей микробиологических и гистологических методов исследования биопсийного материала эндометрия, менструальной крови и операционного материала, полученных у женщин из группы риска, в диагностике туберкулеза ЖПО.

Материалы и методы

В исследование были включены 692 женщины в возрасте от 20 до 48 лет, которые были разделены на две группы. В I группу вошли 469 пациенток из группы риска по бесплодию, проходившие обследование в специализированном центре с применением гистероскопии и лапароскопии в 2012–2013 гг., что составило, в свою очередь, 60,9% всех обратившихся по поводу бесплодия. Во II группу вошли 196 женщин, направленных в Республиканский ПТД с подозрением на туберкулез ЖПО. Диагностическим материалом для проведения бактериологического анализа на наличие микобактерий туберкулеза (МБТ) методом микроскопии и посева явились менструальная кровь, биоптаты эндометрия, взятые при проведении гистероскопии, и операционный материал, полученный при лапароскопических операциях на яичниках, маточных трубах у женщин из групп риска по бесплодию (группа I). Все виды диа-

гностического материала были исследованы гистологически. У пациенток группы II для исследования на МБТ была доступна только менструальная кровь. Были также изучены анамнез и клинические проявления заболевания.

Результаты и обсуждение

В I группе МБТ были выделены у 16 пациенток из 496 обследованных (3,2%), из них только 10 женщин были жителями Чувашии. Положительная микроскопия на МБТ биоптата эндометрия с подтверждением роста культуры на плотных питательных средах имела место в одном случае (6% обследованных), в 13 образцах диагностического материала (81,2%) МБТ выявлены только при прямой бактериоскопии и в двух случаях (12,5%) был получен положительный рост культуры при негативном результате микроскопии. Все положительные образцы были получены из эндометрия, в иных образцах операционного материала МБТ выявлены не были. Генитальный туберкулез в I группе диагностирован у 16 пациенток (3,2%) на основании положительного результата бактериологического исследования биоптата эндометрия на МБТ. Во II группе из 196 образцов менструальной крови только в одном удалось обнаружить МБТ методом прямой бактериоскопии, однако культура выделена не была.

При изучении анамнеза у вновь выявленных больных туберкулезом гениталий из I группы первичное бесплодие отмечено в 13 случаях, что составило 81,2%, вторичное бесплодие без детей в семье – в трех случаях (18,8%). Четыре женщины имели в анамнезе неудачные попытки ЭКО. Единственная больная туберкулезом ЖПО, выявленная из группы II, страдала невынашиванием беременности. Ранее туберкулезом легких или других органов никто не болел. Только у трех пациенток (18,8%) удалось установить в анамнезе контакт с больным туберкулезом и наличие виража туберкулиновых проб в детском возрасте.

¹ КУ «Республиканский противотуберкулезный диспансер» Минздравсоцразвития Чувашии, г. Чебоксары

² ФГБОУ ВПО «Чувашский государственный университет им. И.Н. Ульянова», г. Чебоксары

Гистологическое исследование биоптатов показало наличие признаков хронического неспецифического воспаления во всех 16 образцах. Специфических изменений, характерных для туберкулеза, не было описано ни в одном образце.

В I группе положительную пробу Манту имели 10 пациенток (62,5%), гиперергическую или сомнительную – по три (по 18,8%). Положительного результата при пробе с Диаскинтестом® не получено ни у одной из пациенток. У единственной больной, выявленной из II группы, проба Манту была положительной, при пробе с Диаскинтестом® отмечена папула 7 мм. При рентгенологическом обследовании органов дыхания очаговых и инфильтративных изменений выявлено не было.

К середине 2014 г. все 10 пациенток – жительниц Чувашии завершили курс химиотерапии. Результатом эффективного лечения стало наступление у четырех пациенток беременности, в том числе у одной женщины

– в результате пятой попытки ЭКО после предыдущих четырех неудачных. Две пациентки родили в срок здоровых доношенных детей. У других беременность продолжается. По итогам 2013 г. заболеваемость генитальным туберкулезом в Чувашской Республике составила 0,8 на 100 тыс. населения, а всеми формами внелегочной локализации – 1,8, в то время как в 2011 г. эти показатели были равны, соответственно, 0,2 и 1,3 на 100 тыс.

Заключение

В структуре причин бесплодия туберкулез ЖПО составил 3,4% среди обследованных на туберкулез с применением инструментальных методов. Благодаря внедрению микробиологических методов исследования на МБТ эндометрия и менструальной крови, в четыре раза увеличился показатель заболеваемости генитальным туберкулезом, что отразилось на росте показателя заболеваемости внелегочным туберкулезом в Чувашской Республике в целом по итогам 2013 г. в 1,4 раза.

Возякова Татьяна Романовна, тел. + 7 (903) 322-70-28, e-mail: trv5@mail.ru

ОРГАНИЗАЦИЯ ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНОЙ РАБОТЫ СРЕДИ ГРУПП РИСКА РАЗВИТИЯ ТУБЕРКУЛЕЗА МОЧЕПОЛОВОЙ СИСТЕМЫ

Е.Г. Ефимова¹, Д.В. Васильев², В.М. Пермякова²

Актуальность

Эпидемиологическая ситуация по туберкулезу в России определяется в основном туберкулезом органов дыхания. Внелегочный туберкулез (ТБ) играет скромную роль в формировании эпидемиологической ситуации. Общеизвестно, что внелегочные локализации инфекционного процесса возникают намного чаще, чем регистрируются, и выявляют больных зачастую несвоевременно, что снижает качество лечения.

Цель исследования

Выявить особенности организации противотуберкулезной работы среди групп риска развития туберкулеза мочеполовой системы.

Материалы и методы

Проведен ретроспективный анализ 60 историй болезни пациентов, страдавших ТБ мочевыделительных и половых органов в период с 2000 по июнь 2014 гг., и 15 историй болезни лиц, живущих с ВИЧ-инфекцией, го-

спитализированных для лечения ТБ органов дыхания, сочетавшегося с ТБ мочеполовой системы. Учитывали форму ТБ, наличие поражения органов дыхания, стадию ВИЧ-инфекции. Социальную характеристику больных составляли с учетом возраста, пола пациента, его семейного положения. Образ жизни характеризовали по наличию или отсутствию потребления наркотических веществ, по формированию зависимости от наркотических веществ и/или алкоголя.

Результаты и обсуждение

В 2000–2005 гг. в Ивановской области всего выявлено 37 больных (от трех до девяти пациентов в год), страдавших чаще паренхиматозным ТБ почек (25 чел.) или папиллитом (2 чел.). В 2006–2007 гг. выявляли только паренхиматозный ТБ почек, по одному случаю в год. В 2008–2011 гг. число впервые выявленных пациентов несколько возросло (до 15 чел.), а в структуре форм процесса первое место занял кавернозный ТБ почек,

¹ ГБОУ ВПО «Ивановская государственная медицинская академия» Минздрава России

² ОБУЗ «Областной противотуберкулезный диспансер им. М.Б. Стоюнина», г. Иваново

диагностированный у 11 чел. В 2000–2011 гг. среди больных ТБ мочеполовой системы отсутствовали лица, живущие с ВИЧ-инфекцией. Среди пациентов доля больных молодого возраста была низкой (до 25 лет – 4%), большинство составляли лица трудоспособного возраста, преобладали мужчины. Эти социально адаптированные пациенты не являлись потребителями наркотических веществ, имели постоянную работу, удовлетворительные материально-бытовые условия, проживали, как правило, в зарегистрированном браке, редко страдали алкогольной зависимостью. Социальные портреты и образ жизни больных, выявляемых в 2000–2007 гг. и 2008–2011 гг., не отличались.

Анализ организации работы в группах риска показал, что в 2007 г. был введен платный посев мочи на микобактерии туберкулеза (МБТ) для больных, обследующихся в учреждениях общей лечебной сети Ивановской области. Можно предположить, что финансовые возможности населения, личная уверенность пациента в нетуберкулезной этиологии собственного заболевания значительно снизили частоту обследования «за свой счет» по сравнению с ранее доступным бесплатным обследованием. Кроме того, анализ направлений на консультацию к фтизиоурологу и конкретных клинических ситуаций показал, что урологи общей лечебной сети в последние годы чаще опираются в выявлении больных ТБ на сонографию, идентифицирующую полостные образования, не назначая годами посевы мочи на МБТ.

В 2012–2014 гг. ТБ мочевыводящих и половых органов стали выявлять не только у социально адаптированных пациентов, но и у лиц трудоспособного возраста, живущих с поздними стадиями ВИЧ-инфекции, потребителей инъекционных наркотических веществ, имеющих алкогольную зависимость, не работающих без объективных причин, страдающих ТБ органов дыхания. Данную когорту больных выявляют на этапе скринингового обследования, включающего посевы мочи и сонограммы почек, выполняемые в период стационарного лече-

ния по поводу ТБ органов дыхания. Абсолютное число выявляемых больных ТБ мочеполовой системы среди лиц, живущих с ВИЧ-инфекцией, увеличивается практически в два раза за год. В текущем году доля больных ТБ мочеполовой системы среди больных с поздними стадиями ВИЧ-инфекции и ТБ органов дыхания, по предварительным данным, увеличившись по численности в три раза, достигла 33%.

Заключение

В условиях низкой доступности, неудовлетворительной мотивации к платным посевам мочи на МБТ у пациентов из групп риска и отдельных врачей-специалистов, отсутствия в стандартах стационарной помощи больным из групп риска в общей лечебной сети посевов мочи на МБТ, при неуклонном росте числа больных ТБ мочеполовой системы среди лиц, живущих с ВИЧ-инфекцией, улучшить качество диагностики туберкулеза позволит повышение доступности обследования (посевов мочи) на туберкулез для лиц из групп риска в сочетании с организацией работы школ здоровья для пациентов групп риска, привлечением внимания врачей общей лечебной сети к актуализации проблемы внегочечного туберкулеза в условиях распространения ВИЧ-инфекции.

Отдельный мониторинг внутри учреждения числа больных ТБ мочевыделительных и половых органов, состоящих на учете по поводу туберкулеза органов дыхания, позволит повысить качество планирования медицинской помощи и учета фармакоэкономических аспектов работы фтизиоуролога, фтизиогинеколога.

Кроме того, обследование на ТБ (посевы мочи) лиц, живущих с поздними стадиями ВИЧ-инфекции, представляется целесообразным выполнять не только больным туберкулезом органов дыхания на этапе стационарного лечения, но и на этапе амбулаторной помощи (в условиях специализированного ВИЧ-приема противотуберкулезного диспансера), в плановом порядке.

Ефимова Елена Геннадьевна, тел. + 7 (910) 981-40-24, e-mail: elena-efimov@yandex.ru

ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ ВНЕЛЕГОЧНЫМИ ФОРМАМИ ТУБЕРКУЛЕЗА В УСЛОВИЯХ САНАТОРИЯ

Т.Х. Доманская, И.М. Виноходова, О.Н. Давыдова

ГКУЗ «Туберкулезный санаторий № 58 Департамента здравоохранения города Москвы»

Актуальность

Общеизвестно, что доля больных туберкулезом внелегочных локализаций (ТВЛ) среди заболевших туберкулезом невелика. Показатель заболеваемости ТВЛ в 2012 г. в г. Москве составил 1,8 на 100 тыс. населения (209 случаев), доля страдающих ТВЛ среди всех впервые выявленных больных составила 4,4%. По данным аналитического обзора статистических показателей по туберкулезу за 2012 г., в г. Москве 85,8% больных ТВЛ выявлены при обращении с жалобами, 12,3% – при профосмотре и 1,9% – посмертно. Основную массу больных ТВЛ выявляют в общей лечебной сети.

Сущность санаторно-курортного лечения великий физиолог И.П. Павлов определил так: «Всякие медицинские предписания пациенту, остающемуся на месте, в тех же условиях, едва ли могут помочь, раз основная причина заболевания продолжает действовать. Тут единственный выход – вырвать человека из его обстановки, освободить от постоянных работ, прервать течение неотвязных мыслей и на известный срок сделать для него целью исключительное внимание к здоровью...».

Цель санаторного этапа лечения – достижение полной или частичной медицинской, функциональной и трудовой реабилитации пациентов.

Цель исследования

Определить эффективность лечения основного и сопутствующих заболеваний у больных ТВЛ в условиях санатория.

Материалы и методы

С августа 2011 г. на базе Туберкулезного санатория № 58 развернуто отделение для оказания лечебной и реабилитационной помощи больным ТВЛ. Проанализированы медицинские карты 685 больных ТВЛ, находившихся на лечении. Все пациенты направлены МНПЦ борьбы с туберкулезом и его филиалами. Доля пациентов в активной фазе ТВЛ составила 21,6% – 148 чел. (мужчин – 49,3%, женщин – 50,7%), ТВЛ в неактивной фазе имели 537 пациентов. В разработку включены все медицинские карты пациентов, в т. ч. выписанных раньше рекомендованного срока лечения.

Результаты и обсуждение

Наибольший интерес представляют больные с активной фазой ТВЛ. Большую часть 56,1% (83 чел.) составили лица старше 60 лет. Прослеживается тенденция увеличения числа больных ТВЛ с увеличением возраста. Так,

среди лиц до 40 лет ТВЛ отмечен в 11,5% (17 чел.), от 40 до 60 лет – в 32,4% (48 чел.), 60 лет и старше – в 56,0% (83 чел.).

По социальному статусу пациенты ТВЛ в подавляющем большинстве – лица пенсионного возраста (73,0%), безработных трудоспособного возраста – 17,6%, работающих – 8,1%, учащихся – 1,3%. Работающим пациентам на период санаторного лечения выдавали листок нетрудоспособности. У 74 пациентов с активным ТВЛ (50,6%) имеется инвалидность по заболеванию, в том числе у пяти из них – по туберкулезу.

Клинические формы ТВЛ представлены по мере убывания следующим образом: туберкулез костей и суставов – 42,6%, туберкулез мочеполовой системы – 35,1%, туберкулез периферических лимфатических узлов – 9,5%, генерализованный туберкулез (сочетанный с поражением двух и более органов, относящихся к разным системам) – 6,0%, туберкулез глаз – 4,7%, туберкулез кожи – 1,4%, туберкулез брюшины – 0,7%.

Большая часть пациентов наблюдается в IА ГДУ – 53,4% (79 чел.), с рецидивом ТВЛ в IБ ГДУ – 4,7% (7 чел.), с хроническим течением туберкулеза во IIA ГДУ и IIB ГДУ – 21,6% и 20,3% соответственно.

Из 148 пациентов ТВЛ только у трех не было сопутствующих заболеваний. Чаще всего выявляли патологию сердечно-сосудистой системы – в 47,3%, реже диагностировали неспецифическую патологию мочеполовой и пищеварительной систем – по 19,1%, костно-мышечной системы – в 17,8%, органов зрения – в 17,6%, ЛОР-патологию – в 17,0%, заболевания органов дыхания – в 8,8%, сахарный диабет II типа – в 3,4%, заболевания нервной системы – в 7,4%.

В санатории проводили полностью или продолжали основной курс комплексного лечения, включая химиотерапию (в соответствии с приказом Минздрава России № 109 от 21.03.2003 г.) и средства патогенетического воздействия на фоне санаторных факторов. Химиотерапию проводили преимущественно по I (III) режиму – 21 чел. (14,2%), при установленной множественной лекарственной устойчивости микобактерий (по данным направивших учреждений) лечение по IV режиму проведено у двух пациентов (1,3%), лечение по II режиму – у 6 (4,1%). Сезонная химиотерапия проведена у 67,6% (100 чел.). Лечение сопутствующих заболеваний по факту завершения специфической терапии проведено в 12,8% (19 чел.).

Средняя длительность пребывания в санатории составила 58,5 койко-дней.

По показаниям в составе комплексной терапии применяли методы аппаратной физиотерапии: электрофорез с лидазой, электрофорез с 1% раствором йодида калия, фонофорез с лекарственными препаратами, дарсонвализацию, синусоидальные модулированные токи, УВЧ, УФО, ультразвук инфракрасный лазер, хвойно-морские и гидромассажные ванны, лечебную физкультуру. В качестве общеукрепляющих процедур дополнительно использовали витаминотерапию, белково-кислородные коктейли, аэрофитотерапию (аэрофитоны оказывают противомикробное действие, стимулируют общий и местный иммунитет, положительно влияют на психологическое состояние пациента), галотерапию (повышение общей и местной резистентности организма), массаж, ингаляции лекарственных препаратов. Каждому из больных активным ТВЛ в план лечения включали не менее трех санаторных факторов. Лечение сопутствующей патологии проводили по рекомендациям врачей-специалистов. У двух из восьми больных генерализованным туберкулезом лечение сопутствующей ВИЧ-инфекции выполняли по рекомендациям врача-инфекциониста.

Проводимый комплекс мероприятий позволил достигнуть у лиц с активным ТВЛ на этапе санаторного

лечения регрессии и стабилизации специфических изменений, нормализации показателей активности воспаления, улучшения клинической симптоматики, нормализации лабораторных данных, лучшей переносимости противотуберкулезных препаратов. Данный комплекс признаков расценивали как клиническое улучшение.

Клиническое улучшение достигнуто в 93,9% (139 чел.), без изменений выписаны 4,7% (7 чел.). Двое пациентов с туберкулезным спондилитом были вывезены по месту жительства с переломом правой голени и с переломом лучевой кости. Отрицательной динамики не было.

Заключение

Санаторное лечение следует проводить преимущественно в местных климатических условиях, так как в этом случае удастся снизить нагрузку в период адаптации, что наиболее показано для больных старших возрастных групп. Эффективность санаторного лечения, стойкость его результатов в значительной степени зависят от правильного медицинского отбора, ориентирования больного на реабилитацию и своевременного направления в санаторий. Соблюдение преемственности лечения больных на этапах – диспансер, стационар и санаторий – позволит не только повысить эффективность лечения, но и обеспечить качество использования санаторных коек.

Доманская Татьяна Харлампиевна, тел. + 7 (495) 992-77-35, e-mail: info@ts58.mosgorzdrav.ru

ТАКТИКА ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЯ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА ПРИ ПОСЛЕДСТВИЯХ ТУБЕРКУЛЕЗНОГО КОКСИТА С ДЕФЕКТАМИ ВЕРТЛУЖНОЙ ВПАДИНЫ

В.Н. Лавров¹, Т.А. Кадыров²

Актуальность

Одним из проблемных моментов при эндопротезировании тазобедренного сустава при последствиях деструктивных форм туберкулезного коксита считают наличие остаточных очагов деструкции вертлужной впадины и дефекты ее дна, что затрудняет крепление вертлужного компонента протеза, может привести к его смещению в полость таза, и децентрализации функции тазобедренного сустава, а также служит источником рецидива специфического процесса на месте эндопротеза, которые развиваются с частотой от 23 до 47%.

Цель работы

Определение оптимальной тактики эндопротезирования тазобедренного сустава при последствиях деструктивных форм туберкулезного коксита с костнопластическим замещением различных дефектов вертлужной впадины.

Материалы и методы

Проведен анализ результатов эндопротезирования тазобедренного сустава при последствиях туберкулезного коксита с различными деструктивными изменениями вертлужной впадины за период с 1994 по 2009 гг. (51 больной в возрасте от 31 до 71 года).

¹ ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт туберкулеза» РАМН, г. Москва

² НИИ фтизиопульмонологии ГБОУ ВПО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова Минздрава России»

Результаты и обсуждение

На фоне специфической терапии на предыдущих этапах лечения 34 больным (66,7%) произведены оперативные вмешательства лечебно-диагностического и лечебно-вспомогательного характера: некроэктомия очага деструкции шейки, головки бедра и вертлужной впадины (18 чел.), абсцессотомия и артротомия с дренированием абсцесса (10 чел.), резекция большого вертела (6 чел.).

При осмотре больных в клинике отмечено: все пациенты ходили с помощью опоры из-за выраженного болевого синдрома и нарушения опорной функции сустава. Функциональное укорочение конечностей отмечено у 29 чел. (56,8%), анатомическое – у 11 (21,6%), сгибательно-приводящая контрактура, выраженная в разной степени – у 51 пациента. Инвалидность II–III группы была у всех больных.

При рентгенографии хорошо констатировались очаги деструкции головки бедренной кости и вертлужной впадины, деструктивные изменения в разных ее отделах носили полостной и сегментарный характер, в ряде случаев – сочетанный характер. Исследование пораженного тазобедренного сустава с помощью компьютерной томографии (КТ) позволяло детализировать характер деструктивных изменений в большей степени, чем по обычным рентгенограммам. Выявляли границы мелких очагов, их содержимое, степень выраженности остеопороза, его распространенность; хорошо визуализировались деструктивные изменения медиальной стенки и дна вертлужной впадины. Виды деструкции вертлужной впадины были следующими: полостная верхняя – 12 чел. (23,5%), полостная медиальная – 12 чел. (23,5%), полостная задняя с дефектами медиальной стенки – 6 чел. (11,8%), сегментарная краевая – 5 чел. (9,8%), сегментарный дефект с разрушением медиальной стенки – 10 чел. (19,6%), сегментарная краевая нижняя – 2 чел. (3,9%), смешанная деструкция – 4 (7,8%).

По данным рентгенологического и КТ исследований, деструкцию медиальной стенки вертлужной впадины мы подразделяли на три степени:

- 1 – разрушение суставной впадины с истончением медиальной стенки на 3–5 мм – 11 чел. (21,6% наблюдений);
- 2 – истончение медиальной стенки на 10–15 мм у 11 чел. (21,6%);
- 3 – полный дефект медиальной стенки вертлужной впадины – у 10 больных (19,6%).

Данная классификация позволяет определить тактику и объем костнопластического замещения медиальной стенки при эндопротезировании тазобедренного сустава.

После уточнения локализации и объема дефекта вертлужной впадины определяли методику костнопластического замещения образовавшегося дефекта и более рациональный доступ к суставу, в зависимости от расположения дефекта вертлужной впадины.

Поскольку остаточные посттуберкулезные очаги в легких, почках и других органах могут привести к обострению туберкулеза в послеоперационном периоде, а также учитывая уже накопленный опыт эндопротезирования тазобедренного сустава при последствиях туберкулезного коксита, в период предоперационной подготовки проводили краткосрочную противотуберкулезную терапию (по режиму химиотерапии I, интенсивная фаза) в течение 15–30 дней.

С целью профилактики остеопороза в пред- и послеоперационном периодах применяли отечественный препарат панциол по 400 мг (1 капсула) в течение 30 дней. Препарат приготовлен на основе оссенгидрооксипатитового комплекса из рогов северного оленя, он является иммуномодулятором и обеспечивает высокую усвояемость кальция.

Костнопластическое замещение полостных и сегментарных дефектов в передних, задних отделах и полусфере вертлужной впадины у 19 больных (37,2%) и при деструкции медиальной стенки первой степени – у 11 (21,6%) производили аутооттрансплантатами – резецированной головкой и шейкой бедра или трансплантатом из крыла подвздошной кости больного. Аутооттрансплантаты, обработанные раствором противотуберкулезного препарата (рифампицин, изониазид), плотно внедряли в обработанный до здоровой кости дефект вертлужной впадины (патент Российской Федерации № 2192193 от 10 ноября 2002 г.). Этим достигается восстановление непрерывности и целостности вертлужной впадины, что создает условия жесткой фиксации чашки имплантата, нормального центра ротации головки эндопротеза и равномерной нагрузки на оба тазобедренных сустава.

Деструктивные изменения медиальной стенки и дна вертлужной впадины II–III степени у 21 больного (41,2%) представляли собой большую сложность в креплении и централизации чашки имплантата. В этих случаях мы использовали лиофилизированные аутооттрансплантаты, они сохраняют устойчивость к компрессии, более гистосовместимы, чем замороженные трансплантаты. После обработки аутооттрансплантатов раствором противотуберкулезного препарата (рифампицин, изониазид) их плотно внедряли в обработанный дефект медиальной стенки вертлужной впадины, уплотняли импактором и обрабатывали шаровыми фрезами с целью формирования ровной полусферы впадины, после чего крепили

антипротрузионное кольцо Мюллера или Бурх-Шнайдера (патент Российской Федерации № 2221508 от 20 января 2004 г.). Бедренный компонент эндопротеза устанавливали по обычной методике с оставлением в зоне двух дренажей на слабом вакууме на 24 часа.

Послеоперационный период проходил на фоне противотуберкулезной терапии 3–4 препаратами в течение 4–6 месяцев. Нагрузку на конечность разрешали через 4–6 месяцев после перестройки и приживления аллотрансплантатов.

Исходы оперативного лечения до одного года после операции хорошие у 34 (66,7%) и удовлетворительные – у 17 (33,3%) пациентов. Исходы эндопротезирования тазобедренного сустава в сроки от 6 до 10 лет прослежены

у 31 пациента. Хорошие результаты отмечены у 18 (58,1%) пациентов, удовлетворительные – у 6 (19,4%) и неудовлетворительные – у 7 (22,5%).

Заключение

Эндопротезирование тазобедренного сустава с костнопластическим замещением полостных и сегментарных дефектов медиальной стенки и вертлужной впадины при последствиях туберкулезного коксита позволяет в короткие сроки восстановить потерянную функцию и статику сустава и получить хороший и удовлетворительный результаты в ближайшем и отдаленном послеоперационном периоде и является наиболее эффективной и перспективной операцией.

Лавров Валерьян Николаевич, тел. + 7 (916) 147-56-14, e-mail: kadiroff77@mail.ru

КОМПЛЕКСНАЯ КЛИНИКО-ЛУЧЕВАЯ ДИАГНОСТИКА ТУБЕРКУЛЕЗА ПОЗВОНОЧНИКА

*Ю.А. Цыбульская¹, Р.В. Ставицкий², И.М. Лебеденко³, И.В. Шутихина^{1,4}, Н.В. Селюкова⁴,
О.В. Батулин⁴, С.В. Смердин⁴, Л.С. Коков¹*

Актуальность

При диагностике туберкулезного спондилита, как правило, применяют лучевые методы. Однако даже при наличии высокотехнологичных методов лучевой диагностики туберкулез позвоночника до сих пор определяют, как правило, на поздних стадиях.

Цель исследования

Уточнить возможности применения многосрезовой линейной томографии позвоночника (томосинтеза) и автоматизированной классифицирующей системы Экспериментального научного объединения по физике, информатике и технике (АКС ЭНОФИТ) в выявлении костных деструктивных изменений при туберкулезном спондилите.

Материалы и методы

С 2013 г. проспективно изучено 20 больных (11 мужчин, 9 женщин) с гистологически подтвержденным диагнозом «туберкулезный спондилит»; средний возраст пациентов – 51 год.

Томосинтез позвоночника в двух проекциях был выполнен всем больным перед планированием оператив-

ного вмешательства. Компьютерную томографию (КТ) проводили также всем пациентам на амбулаторном этапе. Лучевая нагрузка при томосинтезе в 1,5–2 раза ниже, чем при КТ.

Примененная для диагностики изменений в костно-суставной системе АКС ЭНОФИТ базируется на нестатистических методах распознавания образов и кластерном анализе и сопоставляет исследуемый набор показателей крови с наборами обучающей выборки. Совокупность показателей крови (эритроциты, гемоглобин, тромбоциты, лейкоциты, моноциты, лимфоциты, нейтрофилы, эозинофилы, базофилы) позволяет отразить изменения в гомеостазе. Рассчитывается гомеостаз в целом во всем организме и по 9–11 основным системам (в зависимости от пола): органы дыхания, опорно-двигательный аппарат, сердечно-сосудистая, урологическая, эндокринная, гемопоэтическая системы, гинекологическая сфера, молочная железа, ЦНС и органы чувствительности, пищеварительная система, печень и желчевыводящие пути. Состояние организма и его систем оценивается: 0–20% – 1-й класс (здоров), 21–40% – 2-й класс (начальное

¹ Кафедра лучевой диагностики Института профессионального образования ГБОУ ВПО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова» Минздрава России, г. Москва

² ФГБУ «Российский научный центр рентгенорадиологии» Минздрава России, г. Москва

³ ФГБУ «Российский онкологический научный центр им. Н.Н. Блохина» РАМН, г. Москва

⁴ НИИ фтизиопульмонологии ГБОУ ВПО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова» Минздрава России

отклонение здоровья), 41–70% – 3-й класс (выраженное отклонение), 71–100% – 4-й класс (наличие тяжелого заболевания).

Результаты

Туберкулезный процесс локализовался в грудном отделе позвоночника у 8 (40%), в поясничном – у 12 пациентов (60%). По данным томосинтеза, деструкция замыкательных пластин диагностирована в 20 случаях (100%), снижение высоты межпозвонковой щели и тел позвонков – в 18 наблюдениях (90%), передне-клиновидная деформация – в 16 случаях (80%), паравертебральное утолщение тканей – в 9 (45%). При КТ деструкция замыкательных пластин выявлена во всех 20 наблюдениях (100%), снижение высоты тела позвонков – у 18 больных (90%), переднеклиновидная деформация – у 16 (80%), снижение высоты межпозвонкового диска – у 18 (90%), паравертебральный абсцесс – у 15 (75%).

Проанализированы количественные показатели периферической крови, которые в дальнейшем подвергались обработке с помощью АКС ЭНОФИТ. При статистическом анализе достоверная корреляция ($p < 0,05$) была отмечена между соотношением гемоглобин/эритроциты, тромбоциты/лейкоциты, тромбоциты/нейтрофилы

(прямая зависимость). Обратная зависимость ($p < 0,05$) – в группах лимфоциты/лейкоциты, нейтрофилы/лейкоциты. При оценке гомеостаза у большинства исследуемых больных (14 чел.) изменения в костно-суставной системе относились к 3-му классу (в среднем, степень повреждения = 55%).

Обсуждение и выводы

Рентгеновская цифровая многосрезовая линейная томография позвоночника позволяет с высокой точностью визуализировать костно-деструктивные изменения при туберкулезе позвоночника и, таким образом, заменить КТ в некоторых случаях. Томосинтез также позволяет получить цифровые рентгеновские изображения высокой информативности при меньшей дозе излучения по сравнению с КТ. Однако на КТ лучше визуализируются изменения в паравертебральных тканях. В дополнение к основным лучевым методам мы предлагаем неинвазивный вариант диагностики при подозрении на туберкулезный спондилит – АКС ЭНОФИТ, полученные данные можно использовать для выявления костной патологии на ранней стадии заболевания, что позволит вовремя направить пациентов на дообследование и в дальнейшем предупредить развитие необратимых осложнений.

Цыбульская Юлия Александровна, тел. + 7 (968) 590-08-37, e-mail: zena2004@yandex.ru

ТУБЕРКУЛЕЗ И СОПУТСТВУЮЩИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

ДИАГНОСТИКА, КЛИНИКА И ЛЕЧЕНИЕ СЕПТИЧЕСКИХ ПНЕВМОНИЙ У НАРКОЗАВИСИМЫХ ПАЦИЕНТОВ

Н.А. Глазкова¹, В.М. Кордонская¹, Н.А. Колыченкова¹, Н.В. Кричевская¹, О.Э. Соборникова¹,
О.А. Осадчая¹, В.Ю. Мишин²

Цель исследования

Изучить особенности диагностики клинического течения и лечения септических пневмоний у наркозависимых пациентов.

Материалы и методы

Проспективное исследование 47 наркозависимых пациентов, больных септической пневмонией, в возрасте 20–40 лет (мужчин 78,7%, женщин – 21,3%). Всем больным проводили комплексное клинико-рентгенологическое обследование, включая посев крови на неспецифическую флору. Подтверждением диагноза служили результаты ЭХО-КГ (вегетации на клапанах), рост микрофлоры из крови, характерные изменения клинических анализов, данные УЗИ органов брюшной полости и плевральных полостей, а также положительная рентгенологическая динамика на фоне лечения антибиотиками широкого спектра действия. Лечение начинали с цефалоспоринов III поколения в сочетании с метронидазолом. Антибиотики вводили только внутривенно. После получения результатов посевов крови проводили коррекцию лечения.

Результаты

Острое начало заболевания в виде подъема температуры до гектических цифр, появление озноба, общей слабости отмечали все больные. Кашель в 89,4% случаев отсутствовал, а у 10,6% больных появился через несколько дней после начала заболевания, был сухим или малопродуктивным. В общем анализе крови отмечали: гипохромную анемию (гемоглобин ниже 90 г/л – у 53,2% больных, ниже 60 г/л – у 6,4%), умеренный лейкоцитоз с незначительным палочкоядерным сдвигом – у 85,1%, выраженный лейкоцитоз (более $20 \times 10^9/\text{л}$) – у 21,3%, значительное ускорение СОЭ (выше 40 мм/ч) – у 85,1% больных. Посев крови дал рост микроорганизмов у 37 больных (78,7%), у которых были высеяны *Staphylococcus aureus* у 56,8%, *Staphylococcus haemolyticus* у 10,8%, *Staphylococcus*

epidermidis у 8,1%, у остальных пациентов в равной степени высевались *Enterobacter sakazakii*, *Bacillus cereus*, *Enterobacter aerogenes*, *Kocuria rosea*, *Enterococcus faecium*, *Staphylococcus sciuri*, *Staphylococcus hominis*. У 80,9% больных выявлен эндокардит с поражением трикуспидального клапана. При УЗИ органов брюшной полости гепатоспленомегалия определена в 76,6% случаев.

У 91,5% больных в легких имел место двухсторонний инфильтративный процесс с наличием полостей распада в 80,9% случаев, при этом полости локализовались в верхних или верхнемедиальных отделах легких и преимущественно были множественными (у 34 из 38 чел. – 89,5%). У 57% больных размеры инфильтратов в легких были небольшими (до 3 см), у 32% – отмечалось наличие средних и крупных инфильтратов в легких. Гидроторакс выявлен у 53,2% пациентов. При рентгенологическом обследовании в процессе лечения отмечено, что, наряду с отсутствием динамики или положительной рентгенологической динамикой в виде уменьшения инфильтрации и очагов, уменьшения в размерах и истончения стенок полостей, уменьшения выпота в плевральных полостях, у 21% больных отмечалось появление или увеличение распада в инфильтратах, а у 6% – дополнительные очаги и инфильтраты в легких. В то же время у 19% пациентов отмечено появление одно- или двухстороннего выпота и его увеличение (у одного больного). Полное закрытие мелких полостей наблюдали у 13% больных. Остаточные изменения в легких при рентгенологическом обследовании определялись в виде мелких очагов, участков фиброза, тонкостенных полостей. Средний срок пребывания больных в диагностическом отделении составил 22 дня.

Заключение

На основании проведенного исследования был разработан клинико-anamnestический портрет больного септической пневмонией у наркозависимых: 53,2%

¹ ГКУЗ «Туберкулезная клиническая больница № 3 им. профессора Г.А. Захарьина Департамента здравоохранения города Москвы»

² ГБОУ ВПО «Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова» Минздрава России

пациентов в возрасте до 30 лет, все отмечали острое начало заболевания с повышением температуры тела до гектических цифр, ознобом, выраженными симптомами интоксикации и выраженными воспалительными изменениями в крови. При положительном почти у 80% больных посеве крови на неспецифическую флору чаще всего выделяли *Staphylococcus aureus* (около 60% больных). Рентгенологически преобладали двусторонние изменения (более 90%), с наличием множественных, чаще округлых инфильтратов разной величины и очагов, часть из них – с деструкцией. Полости распада (около 80% пациентов) чаще локализовались в обоих легких. Более чем у половины пациентов в плевральных полостях выявляли жидкость. При знании данного клинико-анамнестического портрета диагностика септической пневмонии не представляет особой сложности. При этом диагностика

и лечение больного септической пневмонией требуют значительных материальных затрат и совместных усилий врачей различных специальностей (пульмонолога, нарколога, инфекциониста, кардиолога, реаниматолога). С учетом высокого риска вторичного иммунного дефицита на фоне применения внутривенных наркотических средств, хронического вирусоносительства гепатита С и асоциального образа жизни пациенты с септической пневмонией являются группой риска по заболеванию туберкулезом. Однако вопрос о переводе в туберкулезный стационар должен решаться после выполнения полного спектра диагностических обследований, включающих трехкратный посев крови на неспецифическую флору, динамическое рентгенологическое обследование на фоне проводимой терапии.

Колыченкова Наталия Алексеевна, тел. + 7 (915) 405-28-47, e-mail: klinia@mail.ru

ОСОБЕННОСТИ ФОРМИРОВАНИЯ КОНТИНГЕНТА ТУБЕРКУЛЕЗНОГО ПСИХИАТРИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ

Л.Н. Горская¹, Н.А. Гриненко¹, Л.Г. Терентьева¹, Ю.В. Смагина¹, Л.А. Монахова¹, М.С. Муратов¹, В.Ю. Мишин^{1,2}

Цель исследования

Изучить особенности формирования контингента туберкулезного психиатрического отделения, каналов госпитализации, структуры заболеваемости, сопутствующей психиатрической патологии.

Материалы и методы

Проспективное клиническое исследование 341 пациента, пролеченного и выбывшего (включая переведенных и умерших) из туберкулезного психиатрического отделения Туберкулезной клинической больницы № 3 (ТКБ № 3) с 01.01.2011 г. по 31.12.2013 г. Клиническое обследование и лечение больных осуществляли в соответствии с приказом Минздрава России № 109 от 21 марта 2003 г.

Результаты

Под наблюдением находились пациенты в возрасте от 21 года до 95 лет, большую часть составили лица в возрасте от 51 до 71 года – 38,7%, преимущественно пациенты пожилого и старческого возраста (от 71 года до 80 лет – 17,7%, а старше 80 лет – 14%). Мужчин было в три раза больше, чем женщин (75,5% и 24,5%, соответственно). 9,1% пациентов составили инвалиды I группы, 46,3% – инва-

лиды II группы, 4,9% – инвалиды III группы и 15,5% – пенсионеры; работающие составили всего 3,8%, остальные пациенты группы инвалидности не имели и не работали. Из противотуберкулезных учреждений после консультации психиатра было направлено 20,3% больных, из учреждений соцзащиты (психоневрологические интернаты и пансионаты ветеранов труда и войны) – 18,4%, из психиатрических больниц, психосоматических отделений городских больниц после консультации фтизиатра – 12,6%, из других отделений ТКБ № 3 (после консультации фтизиатра и психиатра и при наличии добровольного согласия пациента на перевод) – 48,7%. По психиатрической патологии пациенты распределились следующим образом: шизофрения – 12,1%, психические и поведенческие расстройства в связи с употреблением алкоголя и других психоактивных веществ (ПАВ) – 40,7%, когнитивные нарушения в пожилом возрасте – 29,1%, органические заболевания головного мозга смешанного генеза (сосудистого, посттравматического, токсического, метаболического) – 11,1%, умственная отсталость различной степени выраженности, врожденная или приобретенная в раннем возрасте – 7,9%; у трех больных диагностирована болезнь Дауна и

¹ ГКУЗ «Туберкулезная клиническая больница № 3 им. профессора Г.А. Захарьина Департамента здравоохранения города Москвы»

² ГБОУ ВПО «Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова» Минздрава России

у двух – болезнь Паркинсона. Причинами внутрибольничных переводов чаще всего были психические и поведенческие расстройства в связи с употреблением алкоголя и других ПАВ (28,1% случаев) и когнитивных нарушений в пожилом возрасте (17%). В случае перевода из других медицинских учреждений чаще встречались психические и поведенческие расстройства в пожилом возрасте (12% пациентов), шизофрения (8,7%), умственная отсталость различной степени выраженности (6,4%). Среди клинических форм туберкулеза органов дыхания лидирует инфильтративный туберкулез легких (30,2%), диссеминированный туберкулез легких выявлен у 18,4% больных, фиброзно-кавернозный – у 7,6%, очаговый – у 5,3%, туберкулема, туберкулез ВГЛУ и цирротический туберкулез легких встречались в равных долях по 4,3%, казеозная пневмония выявлена в 2,3% случаев. Реже всего встречался плеврит туберкулезной этиологии – 0,29%. Диагноз посттуберкулезных изменений был выставлен в 5,6% случаев. Диагноз туберкулеза не был подтвержден в 20,2% случаев. Среди выявленных нетуберкулезных заболеваний легких внебольничная пневмония была диагностирована у 12,3% пациентов, рак различных локализаций (рак легких и метастатические поражения легких) – у 4,4%, саркоидоз, идиопатический и аллергический аль-

веолит, нетуберкулезный плеврит, кистозно-буллезная дисплазия легких распределились в равных долях – по 0,3%. Бактериовыделение у пациентов туберкулезного психиатрического отделения было выявлено в 41,15% случаев, полости распада – в 29,0%. Туберкулез органов дыхания у пациентов, поступивших из учреждений социальной защиты (психоневрологические интернаты и пансионаты ветеранов труда и войны), установлен в 9,3% случаев, а у переведенных из психиатрических больниц и психосоматических отделений городских больниц – в 8,7%.

Заключение

В туберкулезное психиатрическое отделение ТКБ № 3 за период с 01.01.2011 г. по 31.12.2013 г. большая часть пациентов поступила переводом из других отделений больницы (48,7%). В основном это были пациенты, страдающие психическими и поведенческими расстройствами в связи с употреблением алкоголя и других ПАВ (28,1%). Чаще всего у пролеченных и выживших (включая переведенных и умерших) был диагностирован инфильтративный туберкулез легких (30,2%). В случае исключения туберкулеза легких, у больных чаще всего диагностировали внебольничную пневмонию (12,3%).

Горская Людмила Николаевна, тел. + 7 (495) 571-54-26, e-mail: tkb_3@mail.ru

ТУБЕРКУЛЕЗ ЛЕГКИХ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

С.В. Корниенко, С.Н. Здобникова

КУЗ Воронежской области «Воронежский областной клинический противотуберкулезный диспансер им. Н.С. Похвисневой»

Цель исследования

Определить частоту развития и особенности проявления туберкулеза легких у больных сахарным диабетом (СД).

Материалы и методы

Использована база данных дифференциально-диагностического отделения Воронежского ОКПТД за период с 2011 по 2013 гг. В разработку вошли истории болезни 87 пациентов с СД. Проведен анализ тяжести течения, степени компенсации СД у больных туберкулезом, определено соотношение выявленного туберкулеза и прочих заболеваний легких в данной группе больных. Изучены степень выраженности иммунного ответа (на примере туберкулиновых проб), наличие бактериовыделения и распада легочной ткани, сроки догоспитального профилактического флюорообследования (ФГ).

Результаты

Из 87 больных СД 26 чел. (30%) были в возрасте 21–55 лет, 51 чел. (59%) в возрасте 56–74 лет, 10 чел. (11%) старше 75 лет. Сахарный диабет был выявлен в диагностическом отделении у 15 чел. (17% обследованных). Профилактическая ФГ в текущем году проведена у 39 больных (45%), в предыдущие два года – у 40 (46%), три года назад и более – у восьми (9%). СД I типа диагностирован у девяти больных (10%), II типа – у 78 (90%). Компенсированная форма СД отмечена у 12 больных (13%), субкомпенсированная – у 38 (44%), декомпенсированная – у 37 (43%). Среднетяжелое течение СД имело место у 20 больных (23%), тяжелое – у 61 (70%).

У 17 пациентов (20%) был выявлен туберкулез легких, у 19 (22%) – остаточные изменения спонтанно излеченного туберкулеза легких, 51 (58%) страдал

неспецифической воспалительной патологией легких, в том числе у 23 больных выявлены различные формы затяжной пневмонии, шесть перенесли деструктивные пневмонии, у 12 выявлен рак легких, у семи – саркомы легких, у двух – идиопатическая интерстициальная пневмония, у одного больного – тромбоэмболия мелких ветвей легочной артерии.

Среди больных туберкулезом легких у 35% (6 чел.) выявлен распад легочной ткани, у 47% (8 чел.) в первых анализах мокроты были обнаружены кислотоустойчивые микобактерии методом люминесцентной микроскопии.

У больных с компенсированными формами СД туберкулез легких не встречался, среди пациентов с субкомпенсированным СД туберкулез выявлен у 18% (7 чел.), из 37 больных с декомпенсированным СД туберкулез диагностирован у 10 – 27%.

Положительная проба Манту с 2 ТЕ отмечена у больных туберкулезом легких в 70% случаев (12 из 17 чел.), в том числе у всех пациентов с субкомпенсированной формой СД и у пяти – с декомпенсированным СД.

Гиперергическая проба Манту не встречалась. Проба с препаратом Диаскинтест® оказалась положительной у пяти больных с субкомпенсированной формой СД и у семи – с декомпенсированным СД, что составило 70% от всех больных туберкулезом легких.

Посттуберкулезные изменения в легких чаще встречались у больных с субкомпенсированным течением СД – 12 чел. (63% случаев) и у 7 больных (19%) с декомпенсированным СД.

Заключение

Высокая заболеваемость туберкулезом легких больных сахарным диабетом (42%), выявление среди них запущенных форм (35% – распад, 47% – положительная бактериоскопия), низкий процент охвата своевременными профилактическими флюорографическими осмотрами этой группы пациентов (45%) свидетельствуют о несоблюдении врачами общей лечебной сети сроков диспансеризации больных сахарным диабетом (с проведением дважды в год флюорографического осмотра).

Здобникова Светлана Николаевна, тел.: +7 (920) 225-30-10, +7 (473) 226-83-21, e-mail: szdobnikova@rambler.ru

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПЛАЗМАФЕРЕЗА В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ВПЕРВЫЕ ВЫЯВЛЕННЫХ БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ В СОЧЕТАНИИ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ I И II ТИПА

Е.И. Кулешова¹, Г.А. Батунова¹, З.Ф. Александрова¹, Е.В. Казьмина¹, В.Ю. Мишин^{1,2}

Актуальность

Лечебное действие плазмафереза заключается в снижении концентрации патологических веществ в крови и тканях, повышении общего стимулирующего действия на обмен веществ, нормализации иммунного статуса, улучшении микроциркуляции и усилении метаболизма кислорода в тканях. Все эти воздействия могут повысить эффективность лечения больных туберкулезом, в том числе и при сопутствующих заболеваниях, к наиболее значимым из которых относится сахарный диабет (СД).

Цель исследования

Изучить эффективность плазмафереза в комплексном лечении впервые выявленных больных туберкулезом легких в сочетании с сахарным диабетом I и II типа.

Материалы и методы

Проспективное клиническое исследование 44 больных туберкулезом легких в сочетании с сахарным диабетом в возрасте от 20 до 60 лет, находившихся в 2013 г. на стационарном лечении в Туберкулезной клинической больнице № 3. Мужчин было 34, женщин – 10. Диссеминированный туберкулез легких был диагностирован у 9 (20,3%) больных, очаговый туберкулез – у одного (2,3%), инфильтративный туберкулез – у 32 (72,6%), казеозная пневмония – у двух (4,8%). Туберкулезный процесс у всех больных носил распространенный характер с поражением более двух долей легких, а каверны в легких обнаружены у 39 (88,6%) пациентов. Методом микроскопии и при посеве мокроты на твердые питательные

¹ ГКУЗ «Туберкулезная клиническая больница № 3 им. профессора Г.А. Захарьина Департамента здравоохранения города Москвы»

² ГБОУ ВПО «Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова» Минздрава России

среды у всех пациентов выявлены микобактерии туберкулеза, при этом в 9,1% случаев (у четырех пациентов) обнаружена их множественная лекарственная устойчивость. СД I типа диагностирован у 5 (11,4%) больных, II типа – у 39 (88,6%). У всех больных диагностирована декомпенсация СД, в виду чего все больные получали инсулинотерапию. Осложнения СД в виде диабетической полинейропатии отмечены у 24 (54,6%) больных, нефропатии – у 20 (45,5%) и ретинопатии – у 15 (34,1%). Лечение туберкулеза легких проводили в соответствии с приказом Минздрава России № 109 от 21 марта 2003 г. и Национальным руководством по фтизиатрии (2007 г.). Плазмаферез проводили прерывистым методом с использованием контейнеров для забора крови типа «Гемакон 500/300» или «Компопласт 300/300», центрифуги «ОС-6М», плазмаэкстрактора «ПР-01», одноразовых систем для переливания крови, инфузионных растворов (0,9% р-р NaCl, р-р Рингера, реополиглюкин или полиглюкин). Эффективность терапии оценивали через четыре месяца лечения по клинко-рентгенологическим и микробиологическим показателям. Иммунологическое исследование включало определение количественного содержания CD4⁺ лимфоцитов в периферической крови.

Результаты

I (основную) группу составили 24 больных, которым проводили лечение с использованием химиотерапии и выполняли плазмаферез. Во II (контрольную) группу вошло 20 пациентов, которым проводили только химиотерапию. Через четыре месяца комплексного лечения прекращение бактериовыделения было достигнуто в I

группе у 79,2% больных (19 чел.), а во II – у 70% (14 чел.), закрытие каверн – у 58,3% и 55,0% больных, соответственно. Положительный клинический эффект в I группе проявлялся более быстрым исчезновением синдрома интоксикации и иных клинических проявлений сочетанного заболевания, компенсацией СД и практически отсутствием побочных реакций на противотуберкулезные препараты (ПТП) и нормализацией количественного содержания CD4⁺ лимфоцитов в периферической крови. У пациентов II группы наблюдали затяжное течение интоксикационного синдрома, клинических проявлений и сохранявшийся длительное время декомпенсированным СД, что требовало продолжения инсулинотерапии. Во II группе часто развивались побочные реакции на ПТП в виде повышения активности трансаминаз печени – у трех больных (15%), головокружения – у двух (10%), агранулоцитоза – у одного (5%), при этом сохранялось снижение количественного содержания CD4⁺ лимфоцитов в периферической крови.

Заключение

Полученные данные свидетельствуют о целесообразности проведения плазмафереза у больных туберкулезом легких в сочетании с сахарным диабетом, особенно при его декомпенсации, т. к. применение плазмафереза позволяет корректировать большинство нарушенных параметров гомеостаза, нормализовать иммунный статус, улучшать микроциркуляцию в легких и других органах, что создает благоприятный фон для проведения основного курса противотуберкулезной терапии в туберкулезных стационарах.

Кулешова Елена Ивановна, тел. + 7 (915) 877-88-46, e-mail: tkb_3@mail.ru

РАК ЛЕГКОГО У БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ

В.К. Полянский, Г.Г. Савицкий, А.В. Лятошинский

Филиал № 2 ФГКУ «Главный военный клинический госпиталь им. Н.Н. Бурденко» Минобороны России,

г. Пушкино, Московская область

Актуальность

Сочетанию рака легкого и туберкулеза в последние годы посвящено значительное количество работ, однако ясности в существе причинной связи этих патологических процессов до сих пор нет. Частота одновременного заболевания туберкулезом и раком легких колеблется от 0,22 до 15,8%. Среди больных туберкулезом легких рак встречается чаще, чем среди всей популяции. Ряд авторов считают, что рак и туберкулез – два независимых друг от друга заболевания и их сочетание носит случайный характер. Существуют убедительные

исследования, позволяющие утверждать, что туберкулез является благоприятной почвой для развития рака. При этом ведущую роль отводят рубцово-склеротическим изменениям на месте туберкулезного процесса и эпителизирующихся каверн. То есть туберкулез как хроническое воспаление способствует возникновению рака в легочной ткани.

Цель исследования

Изучить клинко-рентгенологические проявления, особенности диагностики и хирургического лечения рака легкого у больных туберкулезом.

Материалы методы

Проанализированы результаты лечения 35 больных, 34 мужчин (97,1%) и одной женщины, у которых диагностировано сочетание рака легкого и туберкулеза.

Результаты

Средний возраст больных составил $55 \pm 1,2$ года. Наиболее часто сочетание рака и туберкулеза легких имело место в возрасте от 52 до 72 лет (94,3%). Из обследованных 71% больных считали себя заядлыми курильщиками, 25,4% – страдали хроническим бронхитом, 41% – в прошлом перенесли острую пневмонию, 8,6% – экссудативный плеврит. В момент выявления опухоли у 55,7% больных туберкулезный процесс был активным. У остальных специфические изменения потеряли активность и их диагностировали в виде кальцинатов, посттуберкулезного пневмосклероза, фиброзно-очаговых изменений. У четырех (11,4%) больных туберкулез и рак выявлены одновременно. Центральный рак встречался при активном туберкулезном процессе чаще, чем при посттуберкулезных изменениях (соответственно, в 60,4% и 39,6% случаев) и преимущественно сочетался с фиброзно-кавернозным (25,8%), диссеминированным (14,1%) и очаговым (13,5%) туберкулезом. Периферический рак одинаково часто диагностировали как при активном туберкулезе легких, так и при посттуберкулезных изменениях. Наиболее частыми симптомами раковой интоксикации были похудание (60,2%), слабость (64,4%), лихорадка (37,6%). Из бронхолегочных симптомов – кашель с мокротой (62,4%), одышка (50,2%), боли в грудной клетке на стороне опухоли (49,4%), кровохарканье (36,2%). Атипичные клетки в мокроте обнаружены у 28,6% больных. Бактериовыделение выявлено у 54,3% больных. Среди гематологических показателей у больных раком и туберкулезом снижение гемоглобина отмечено у 47,9%, лейкоцитоз – у 44,6%. У 86,5% больных имело место повышение СОЭ, которая в среднем составила $32,1 \pm 4,0$ мм/ч. Рентгенологическими проявлениями опухоли у больных туберкулезом оказались округлая тень (46,6%), ателектаз и гиповентиляция (30,6%), расширение корня

легкого на стороне поражения (22,8%). В 11,4% случаев в тени опухоли выявлена деструкция. Наибольшие трудности возникли при появлении в зоне туберкулезного поражения новой тени, что, к сожалению, нередко расценивалось как обострение специфического процесса. Клинико-рентгенологический диагноз рака легкого у 19 (54,3%) больных подтвержден данными бронхоскопии с биопсией, у 7 (20,0%) – при трансторакальной игольной биопсии. При этом морфологический тип опухоли верифицирован у 17 (48,6%) человек. Из 35 больных оперированы 33 (94,3%). Трех из них (9,1%) произведена диагностическая торакотомия, во время которой установлен неоперабельный характер опухоли. Пневмонэктомия по поводу центрального рака легкого произведена девяти (27,3%) больным, лобэктомия – 21 (63,6%) больному (у двух из них – с циркулярной резекцией главного бронха). Двум больным ввиду неоперабельности онкологического процесса проводили только симптоматическую терапию.

Заключение

Проведенное исследование позволяет сделать вывод, что риск развития рака легкого у больных туберкулезом увеличивается с возрастом. Рак легкого чаще развивается у больных с активными формами туберкулеза, которые характеризуются хроническим течением с выраженными фиброзными изменениями. Диагностика рака на фоне туберкулезных изменений является одной из сложных дифференциально-диагностических задач. Хирургические вмешательства при сочетании рака и туберкулеза отличаются техническими трудностями, обусловленными развитием спаечного процесса в плевре и рубцовыми изменениями в корне легкого вокруг пораженных туберкулезным процессом лимфатических узлов. Риск операции значительно уменьшается при лобэктомиях, поэтому у данной категории больных необходимо стремиться к ранней диагностике заболевания, когда еще возможно выполнение органосохраняющих вмешательств.

Савицкий Геннадий Григорьевич, тел. + 7 (495) 993-37-60, e-mail: Savitskiygg@mail.ru

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ САХАРНОГО ДИАБЕТА СРЕДИ БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ В НЕКОТОРЫХ РЕГИОНАХ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

В.В. Пунга, И.А. Васильева, А.Э. Эргешов, Л.И. Русакова, Т.В. Измайлова

ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт туберкулеза» РАМН, г. Москва

Актуальность

Всемирная организация здравоохранения выделяет четыре заболевания, которые представляют угрозу существования человеческой цивилизации – это СПИД, сахарный диабет (СД), туберкулез и малярия. По прогнозам ученых, к 2025 г. количество больных СД в мире увеличится вдвое, а к 2030 г., по расчетам Международной федерации диабета, с этим диагнозом будет 500 млн человек. Фактическая распространенность СД больше регистрируемой в 3,1 раза для больных в возрасте 30–39 лет, в 4,1 раза – для возраста 40–49 лет, в 2,2 раза – для 50–59-летних и в 2,5 раза – для 60–69-летних. В России, по данным 2013 г., предположительная распространенность СД составляет 6,0%, а численность больных – 9 млн человек. По данным отечественной и зарубежной литературы, больные СД в 3–10 раз чаще заболевают туберкулезом, чем остальное население. Туберкулез (ТБ) протекает у больных СД тяжелее, результаты лечения хуже. В официальной статистике нет данных о регистрации больных с сочетанной патологией (ТБ/СД), поэтому масштабы ее распространенности неизвестны.

Цель исследования

Изучить распространенность сочетанной патологии ТБ/СД, особенности выявления, клинического течения, частоту обнаружения лекарственной устойчивости (ЛУ) микобактерий туберкулеза (МБТ) у больных ТБ в сочетании с СД.

Материалы и методы

Проведен анализ распространения, характера выявления, клинического течения и частоты обнаружения ЛУ МБТ у больных ТБ в сочетании с СД в курируемых ЦНИИТ РАМН 15 субъектах Российской Федерации. Использованы официальные статистические данные (формы ГСТ №№ 8, 33, 12) за 2010–2012 гг., отраслевая статистика (формы №№ 01-ТБ/у, ТБ-7) и данные из анкет и электронных таблиц, разработанных ЦНИИТ РАМН. В исследование включены 360 больных сочетанной патологией ТБ/СД, контрольную группу составили 5602 больных ТБ без СД.

Результаты

Впервые в Российской Федерации получены данные о заболеваемости и распространенности сочетанной патологии ТБ/СД. За 2010–2012 гг. в России в целом и в

14 субъектах заболеваемость и распространенность ТБ снизились (заболеваемость: 77,2 и 63,0 на 100 тыс. населения, соответственно, снижение на 18,4%; распространенность: 178,7 и 147,5 на 100 тыс. населения, соответственно, снижение на 17,5%). Заболеваемость и распространенность СД увеличились в 13 территориях (заболеваемость: 227,5 и 240,1 на 100 тыс. населения, соответственно, увеличение на 7,0%, распространенность: 2372,3 и 3198,7 на 100 тыс. населения, соответственно, увеличение на 25,8%). При этом показатель заболеваемости населения СД оказался в 3–3,8 раза выше, чем показатель заболеваемости туберкулезом, а распространенность СД превысила распространенность ТБ уже в 13,3–21,7 раза. По данным 2012 г., наиболее низкие показатели заболеваемости и распространенности СД регистрировали в Республике Дагестан (86,6), Республике Ингушетия (111,3) и Чеченской Республике (115,0 на 100 тыс. населения). В этих же территориях распространенность СД была в 2–3 раза ниже, чем в среднем по России, хотя в динамике наблюдения в республиках Северного Кавказа заболеваемость и распространенность СД увеличились, но темп прироста показателей был в 3–4 раза ниже, чем среди остальных территорий, курируемых ЦНИИТ РАМН. Эта ситуация объясняется неудовлетворительной работой по диагностике и регистрации больных СД. В динамике за 2010–2012 гг. в 10 территориях отмечен рост показателя заболеваемости и распространенности сочетанной патологии. С учетом менее длительного диспансерного наблюдения больных ТБ, чем больных СД, акцент анализа был направлен на показатель заболеваемости ТБ в сочетании с СД. Показатель заболеваемости сочетанной патологией рассчитали к населению, к больным с впервые выявленным ТБ и больным с впервые зарегистрированным СД. Показатель заболеваемости ТБ/СД вырос в 13 территориях, хотя темп его прироста различен. Показатель заболеваемости впервые выявленных больных ТБ/СД среди выявленных больных СД оказался наиболее высоким в Республике Ингушетия (1252,6), Республике Калмыкия (3656,6) и Астраханской области (1264,2), превышая заболеваемость СД всего населения в 4–5 раз. В этих же территориях был зарегистрирован наибольший риск

заболевания ТБ среди больных СД (Республика Калмыкия – 39,4, Республика Ингушетия – 21,5, Астраханская обл. – 14,5, Республика Мордовия – 12,6).

ТБ среди больных СД чаще выявляли при обращении за медицинской помощью. Одной из причин этого являлось то, что флюорография больным СД не проводилась более двух лет в 33% случаев. В 69,3% случаев СД предшествовал ТБ, в 29,5% – оба заболевания были выявлены одновременно и в 1,2% СД развился во время лечения ТБ. Основной клинической формой ТБ была инфильтративная, которая составила 76,1%, диссеминированная встречалась у 7,5% пациентов, казеозная пневмония – у 2,1% больных ТБ/СД. На долю очаговой формы пришлось 5,3%, что значительно меньше, чем среди больных ТБ

без СД. Туберкулез на фоне сахарного диабета протекал тяжело, преобладали распространенные процессы, распад регистрировали у 47,2% больных (в среднем по России у больных ТБ – 44,9%), бактериовыделение – у 55,7% пациентов (по России – 42,0%), множественная лекарственная устойчивость МБТ – 29,3% (по России – 16,3%).

Заключение

Несмотря на снижение заболеваемости ТБ, широкое распространение СД ведет к росту выявления больных с сочетанием ТБ и СД, что оказывает негативное влияние на течение ТБ. Активизация процессов выявления и своевременной диагностики СД поможет разработать комплекс мероприятий по ведению больных сочетанной патологией и уменьшить ее дальнейшее распространение.

Русакова Лариса Ивановна, тел. + 7 (499) 785-91-87, cniitramn@yandex.ru

ОСОБЕННОСТИ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ У БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ

Е.Г. Фомин¹, С.П. Завражнов², А.И. Казаков³

Актуальность

Сочетание неспецифических заболеваний органов дыхания и туберкулеза усложняет течение обоих заболеваний, клиническую и рентгенологическую картину страдания, затрудняя диагностику, что в свою очередь приводит к росту осложнений от совместного течения заболеваний, увеличению срока нетрудоспособности и в конечном счете росту заболеваемости туберкулезом за счет лиц из числа контактов. Основным рентгенологическим маркером хронической обструктивной болезни легких служит наличие эмфиземы, основными проявлениями которой являются: «вздутие» грудной клетки, обеднение легочного рисунка за счет повышения воздушности легочной ткани, изменение конфигурации грудной клетки за счет патогномичных изменений скелета.

Цель исследования

Изучить рентгенологические проявления ХОБЛ у больных туберкулезом органов дыхания.

Материалы и методы

В Туберкулезной клинической больнице № 3 за первые шесть месяцев 2014 г. находилось на лечении 74 больных туберкулезом органов дыхания, у которых была диагностирована ХОБЛ. Преобладали мужчины

(61 чел. – 82,4%), женщин было 13 (17,6%); почти половина пациентов (34 чел – 45,9%) были в возрасте 50 лет и старше. Диагноз ХОБЛ, помимо анализа скиагической картины, при которой можно определить лишь косвенные признаки наличия страдания, подтверждали результатами исследования функции внешнего дыхания. Нарушения вентиляционной функции по обструктивному типу были обнаружены у всех больных, у семи из них (9,8%) имелись нарушения смешанного типа, но с преобладанием обструктивного. Туберкулез органов дыхания на фоне уже имеющейся ХОБЛ был впервые диагностирован у 14 пациентов (18,9%), в половине случаев ХОБЛ была диагностирована за 10 и более лет до выявления туберкулеза, у пяти пациентов – за 5–9 лет до выявления туберкулеза и только у трех – менее чем за пять лет до выявления туберкулеза. Туберкулез органов дыхания и ХОБЛ были одновременно диагностированы у 30 пациентов (40,5%), причем в этой группе признаков бронхообструкции до выявления туберкулеза органов дыхания не было ни у одного из пациентов. ХОБЛ как последствие перенесенного туберкулеза была выявлена также у 30 человек (40,5%), из них у половины при рецидиве заболевания, а у половины – при наличии

¹ ГКУЗ «Туберкулезная клиническая больница № 3 им. профессора Г.А. Захарьина Департамента здравоохранения города Москвы»

² ГБОУ ВПО «Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова» Минздрава России

³ ГКУЗ «Московский городской научно-практический центр борьбы с туберкулезом Департамента здравоохранения города Москвы»

больших остаточных изменений без клинико-рентгенологических и лабораторных признаков обострения. Рентгенологические признаки эмфиземы легких были обнаружены у большинства больных. Среди пациентов, у которых туберкулез органов дыхания был выявлен на фоне уже имеющейся ХОБЛ, признаки эмфиземы были выявлены у всех больных. Среди пациентов, у которых ХОБЛ и туберкулез были выявлены одновременно, признаки эмфиземы выявлены у двух (6,6%). Среди пациентов, у которых ХОБЛ явилась последствием перенесенного туберкулеза, рентгенологические признаки эмфиземы были выявлены у 23 человек (76,6%).

Заключение

Основным рентгенологическим признаком ХОБЛ (помимо, разумеется, рентгенологических признаков

туберкулеза, свидетельствующих о его наличии или о состоянии после лекарственного или спонтанного излечения) у больных туберкулезом органов дыхания является наличие эмфиземы, которая встречается у большинства лиц с сочетанной патологией, являясь почти патогномоничной в группах лиц старше 50 лет, и у больных, у которых туберкулез органов дыхания был выявлен на фоне уже имеющейся ХОБЛ. Несколько реже признаки эмфиземы встречаются в группе лиц, у которых ХОБЛ явилась следствием туберкулеза. В то же время признаки эмфиземы редко встречаются при одновременном выявлении двух заболеваний (при отсутствии признаков ХОБЛ в анамнезе) и у лиц моложе 50 лет.

Завражнов Сергей Петрович, тел. + 7 (903) 975-61-30, zhnoff@rambler.ru

ОПЫТ РАБОТЫ ПУЛЬМОНОЛОГИЧЕСКОГО КАБИНЕТА В ФИЛИАЛЕ МОСКОВСКОГО ГОРОДСКОГО НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОГО ЦЕНТРА БОРЬБЫ С ТУБЕРКУЛЕЗОМ ПО СЕВЕРНОМУ АДМИНИСТРАТИВНОМУ ОКРУГУ Г. МОСКВЫ

Е.Н. Чарова¹, С.П. Завражнов^{1,2}, Э.А. Габеля^{1,2}, Е.Г. Фомин^{1,2}, В.Ю. Мишин²

Актуальность

Задачами пульмонолога в противотуберкулезном учреждении является оказание пульмонологической помощи больным туберкулезом органов дыхания и лицам, состоящим в группах диспансерного учета, а также пациентам, направленным из лечебных учреждений первичной медико-санитарной помощи для проведения дифференциальной диагностики туберкулеза и нетуберкулезных болезней органов дыхания. Необходимо изучение специфики диагностической и лечебной работы с данными группами пациентов и выявление особенностей течения заболеваний, требующих дифференциальной диагностики с туберкулезом органов дыхания.

Цель исследования

Организация и изучение опыта практической работы пульмонологического кабинета и врача-пульмонолога в противотуберкулезном диспансере.

Материалы и методы

В соответствии с приказом Минздрава России № 932н от 15.11.2012 г. «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи больным туберкулезом» в филиале

МНПЦ борьбы с туберкулезом по CAO в сентябре 2013 г. начал работу кабинет врача-пульмонолога. Врач пульмонологического кабинета в противотуберкулезном учреждении должен иметь сертификаты по двум специальностям: пульмонологии и фтизиатрии. Большая часть работы связана с дифференциальной диагностикой внебольничной пневмонии и туберкулеза легких.

Все пациенты в пульмонологическом кабинете проходили комплексное клинико-рентгенологическое обследование, микробиологическое исследование мокроты методами микроскопии по Цилю-Нельсену и посева, а также туберкулинодиагностику с постановкой внутрикожных проб с 2 ТЕ ППД-Л и с препаратом Диаскинтест®. В алгоритме дифференциальной диагностики туберкулеза легких и внебольничной пневмонии использовали также лечение антимикробными лекарственными средствами (диагностика *ex juvantibus*).

Результаты

За год работы пульмонологического кабинета было обследовано 1303 пациента (всего 1406 посещений), более 85% из которых были направлены по поводу

¹ ГКУЗ «Московский городской научно-практический центр борьбы с туберкулезом Департамента здравоохранения города Москвы»

² ГБОУ ВПО «Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова» Минздрава России

внебольничной пневмонии. Из этих больных 10,5% были направлены в пульмонологический кабинет непосредственно после рентгенологического выявления изменений в легких (у врача-терапевта или пульмонолога поликлиники не наблюдались и лечение не получали), а 89,5% пациентов уже начали антимикробную терапию. В представленной медицинской документации из лечебных учреждений первичной медико-санитарной помощи у 17,6% больных не был указан объем и характер проводимой антимикробной терапии, назначенной врачом-терапевтом или пульмонологом, данные о проведенном лечении имелись у 82,3% пациентов. Только 50% больных получали адекватное диагнозу «внебольничная пневмония» лечение в соответствии со стандартами оказания медицинской помощи и практическими рекомендациями по диагностике и лечению, где препаратами выбора являются антибиотики группы аминопенициллинов и макролидов (альтернативными противомикробными средствами являются респираторные фторхинолоны и доксициклин при подозрении на атипичную этиологию внебольничной пневмонии). Остальным пациентам часто назначали цефалоспорины I (цефазолин), II (цефуроксим) и III (цефтриаксон, цефотаксим, цефтазидим) поколений (35,7%), либо фторхинолоны II поколения (ципрофлоксацин и офлоксацин) (12,9%), которые не являются препаратами, рекомендованными для лечения внебольничной пневмонии на амбулаторном этапе. Встречались назначения аминогликозидов (гентамицина и амикацина), а также линкомицина. Монотерапию противомикробными средствами до направления к фтизиатру получали 48,5% больных. Два последовательных курса антимикробной терапии получили 38,5% больных

и три курса антибиотиков – 11,4% больных. Клинико-рентгенологическая картина у больных внебольничной пневмонией, направленных на консультацию в пульмонологический кабинет противотуберкулезного диспансера, характеризовалась малосимптомным течением без выраженного интоксикационного синдрома и бронхолегочной симптоматики. Воспалительные изменения в легочной ткани чаще всего ограничивались односторонним очаговым или инфильтративным поражением одного или двух сегментов без деструктивных изменений в пораженном участке и очагов бронхогенного обсеменения и при правильном проведении антимикробного лечения подвергались обратному развитию.

Заключение

Создание пульмонологического кабинета в противотуберкулезном диспансере позволяет качественно проводить диагностику и дифференциальную диагностику туберкулеза и нетуберкулезных заболеваний легких. Имеющиеся трудности в основном связаны с тем, что в половине случаев у пациентов, направленных из лечебных учреждений первичной медико-санитарной помощи, имело место отступление от протоколов лечения внебольничной пневмонии в амбулаторных условиях. В качестве значимого фактора, осложняющего консультативную работу, можно отметить высокую частоту назначения противомикробных средств из группы фторхинолонов и аминогликозидов (25,7%), обладающих выраженной активностью в отношении микобактерий туберкулеза и затрудняющих дифференциальную диагностику туберкулеза легких и внебольничной пневмонии.

Завражнов Сергей Петрович, тел. + 7 (903) 975-61-30, zhnoff@rambler.ru