

и проводить оценку их эпидемической значимости, обнаруживать новые и потенциальные очаги туберкулеза в динамике пространства и времени.

Голованова Мария Николаевна
(Maria N. Golovanova)
E-mail: seyfor@mail.ru



DOI 10.21292/2075-1230-2019-97-1-56-57

ТОРАКОПЛАСТИКА В ЛЕЧЕНИИ ДЕСТРУКТИВНОГО ТУБЕРКУЛЕЗА ЛЕГКИХ

Иванов А. В.¹, Малов А. А.¹, Кичигин В. А.², Кичигина О. В.³

¹БУ «Республиканский противотуберкулезный диспансер» Минздрава Чувашии, г. Чебоксары, РФ

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

³ФНУ «ГБ МСЭ по Чувашской Республике – Чувашии», г. Чебоксары, РФ

THORACOPLASTY IN THE TREATMENT OF DESTRUCTIVE PULMONARY TUBERCULOSIS

Ivanov A. V.¹, Malov A. A.¹, Kichigin V. A.², Kichigina O. V.³

¹Republican TB Dispensary, Cheboksary, Russia

²Chuvash State University named after I. N. Ulyanov, Cheboksary, Russia

³Main Bureau of Social Security and Medical Assessment for the Chuvash Republic - Chuvashia, Cheboksary, Russia

Цель исследования: изучить эффективность применения экстраплевральной задневерхней торакопластики (ТПЛ) в лечении пациентов с деструктивным туберкулезом легких (ДТЛ).

Материалы и методы. Исследование проведено на базе БУ «Республиканский противотуберкулезный диспансер» Минздрава Чувашии в 2014-2015 гг. Изучены результаты экстраплевральной задневерхней ТПЛ у 42 пациентов с ДТЛ. Показанием к ТПЛ явились неэффективность проводимого медикаментозного лечения (наличие полостей деструкции в верхних долях и S₆ легких, сохраняющееся бактериовыделение), невозможность применения резекционных методов оперативного лечения. Группу сравнения составили 30 пациентов, получавших только медикаментозное лечение, у которых имелись показания к применению ТПЛ, но они отказались от оперативного лечения.

В основной группе было 8 женщин в возрасте от 30 лет до 51 года и 34 мужчины в возрасте от 24 до 63 лет, в группе сравнения – 2 женщины (38 и 40 лет) и 28 мужчин в возрасте от 24 до 72 лет.

В основную группу включено 6 (14%) пациентов с рецидивом туберкулеза, в группу сравнения – 2 (6,7%) пациента. В основной группе у 16 (38%) пациентов имел место двусторонний процесс, в группе сравнения – у 14 (46,7%).

У 13 пациентов основной группы и 10 пациентов группы сравнения была сопутствующая соматическая патология: бронхиальная астма, хроническая обструктивная болезнь легких, ишемическая болезнь сердца, гипертоническая болезнь, сахарный диабет 2-го типа, хронический панкреатит с внешнесекреторной недостаточностью, вирусные гепа-

титы В и/или С, экзогенно-токсические гепатиты, язвенная болезнь.

Результаты. Летальность за 3 года наблюдения в группе без хирургического лечения составила 36,7% (11/30 больных), в группе оперативного лечения – 23,8% (10/42 из 42), $p = 0,237$; χ^2 .

Среди пациентов со сроком заболевания до 1 года летальность составила в основной группе 8% (2/25), в группе сравнения – 15,8% (3/19), $p = 0,423$; χ^2 . Среди пациентов со сроком заболевания более двух лет летальность составила в основной группе 45% (5/11), в группе сравнения – 88% (8/9), $p = 0,070$; χ^2 .

При сохраненной чувствительности микобактерий туберкулеза (МБТ) летальность в основной группе (4,2%; 1/24) и в группе сравнения (14,2%; 2/14), $p = 0,283$, не имела статистически значимой разницы, так же как при МЛУ/ШЛУ МБТ – соответственно 50% (9/18) и 56,3% (9/16).

Летальность у лиц с нормальной массой тела была ниже в основной группе, чем в группе сравнения – 17,6% (6/34) против 33,3% (6/18), $p = 0,202$, χ^2 ; при низкой массе тела наоборот – соответственно 50% (4/8) против 41,7% (5/12), $p = 0,71$; χ^2 .

Среди лиц, у которых после включения в исследование не удалось достигнуть негитивации мокроты, летальность была ниже в основной группе, чем в группе сравнения (41,7% (10/24) против 71,4% (10/14), $p = 0,077$, χ^2), а перевод в 3-ю группу диспансерного учета был чаще (33,3% (8/24) против 21,4% (3/14) группы сравнения, $p = 0,426$; χ^2).

В группе с достигнутой негитивацией мокроты летальности среди оперированных больных не было, среди консервативно леченных пациентов

зафиксирован 1 случай смерти не от туберкулеза. Выздоровление при оперативном лечении отмечено в 83,3% (15/18) случаев, при консервативном лечении – в 93,8% (15/16).

Заключение. ТПЛ является методом оперативно-го лечения ДТЛ, не теряющим своей актуальности, позволяющим снизить летальность и чаще достичь

клинического излечения (без статистической значимости). Лучшие результаты наблюдались при оперативном лечении пациентов, болевших менее 1 года.

*Иванов Андрей Васильевич
(Andrey V. Ivanov)
E-mail: vasilich0518@mail.ru*



DOI 10.21292/2075-1230-2019-97-1-57-58

ДИАГНОСТИКА ТУБЕРКУЛЕЗА ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК В ТЕРМИНАЛЬНОЙ СТАДИИ

Карпина Н. Л.¹, Гордеева О. М.¹, Ларионова Е. Е.¹, Андриевская И. Ю.¹, Шабалина И. Ю.¹, Ловачева О. В.²

¹ФГБНУ «Центральный научно-исследовательский институт туберкулеза», Москва, РФ

²ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр фтизиопульмонологии и инфекционных заболеваний», Москва, РФ

DIAGNOSTICS OF RESPIRATORY TUBERCULOSIS IN THOSE AT THE TERMINAL STAGE OF CHRONIC KIDNEY DISEASE

Karpina N. L.¹, Gordeeva O. M.¹, Larionova E. E.¹, Andrievskaya I. Yu.¹, Shabalina I. Yu.¹, Lovacheva O. V.²

¹Central Tuberculosis Research Institute, Moscow, Russia

²National Medical Research Center of Phthiopulmonology and Infectious Diseases, Moscow, Russia

Цель исследования: совершенствование диагностики туберкулеза органов дыхания у больных хронической болезнью почек (ХБП) в терминальной стадии за счет применения методов этиологической и морфологической верификации диагноза.

Материалы и методы. Проведено обследование 74 больных ХБП в терминальной стадии, наблюдавшихся в ФГБУ «РНЦХ им. Б. В. Петровского», ФНЦ трансплантологии и искусственных органов им. акад. В. И. Шумакова и консультативно-поликлиническом отделении (КПО) ФГБНУ «ЦНИИТ» в 2010-2018 гг. Среди обследованных: 39/74 (52,7%) человек получали заместительную терапию (гемодиализ, перитонеальный диализ) и 35/74 (47,3%) – были реципиентами почечного трансплантата. Гендерное распределение: женщин 37/74 (50%) и мужчин 37/74 (50%). Возраст больных на момент включения в исследование варьировал от 18 до 68 лет. Средний возраст составил $39,81 \pm 2,60$ года. Все пациенты направлены в КПО ФГБНУ «ЦНИИТ» для уточнения диагноза после впервые выявленных при компьютерной томографии изменений в легких. Всем больным проведено комплексное обследование: консультация врачей пульмонолога и фтизиатра, анализ крови и мочи, иммунодиагностика туберкулеза (кожные тесты – проба Манту с 2 ТЕ ППД-Л, проба с аллергеном туберкулезным рекомбинантным, лабораторные тесты – IGRA), микробиологические методы исследования для определения микобактерий ту-

беркулеза (МБТ) (люминесцентная микроскопия, культуральные методы – посев в системе Вастес MGIT 960, ДНК МБТ – ПЦР-исследование в режиме реального времени), а также вторичной флоры и грибов. Больным, которым не удалось поставить диагноз на основании вышеперечисленного обследования, выполняли: бронхоскопию с комплексом биопсий (бронхоальвеолярный лаваж (БАЛ), тканевые биопсии легких, бронхов, при наличии показаний – пункцию внутригрудных лимфатических узлов). Если имелся плевральный выпот, то проводили пункцию плевральной полости, при увеличении периферических лимфатических узлов выполняли их биопсию. Диагностический материал направляли на цитологическое, гистологическое и все вышеперечисленные микробиологические исследования. При невозможности верификации заболеваний органов дыхания, опираясь на информацию, полученную при исследовании проведенных биопсий, выполняли диагностические операции (видеоассистированная торакоскопическая резекция легкого и/или внутригрудных лимфатических узлов). Резецированный материал направляли на все вышеперечисленные исследования. Статистический анализ данных проводили в среде Windows 8 с использованием программ Microsoft Excel 2010.

Результаты исследования. Проведенные обследования позволили диагностировать наличие заболевания органов дыхания у 67/74 (90,5%) пациентов, у остальных 7/74 (9,4%) – изменения в