



ПРЕЦИЗИОННЫЕ РЕЗЕКЦИИ ЛЕГКИХ КАК АЛЬТЕРНАТИВНАЯ ТЕХНОЛОГИЯ ОПЕРАТИВНОГО ЭТАПА ЛЕЧЕНИЯ ТУБЕРКУЛЕМ

Дьячков И. А., Мотус И. Я., Баженов А. В., Медвинский И. Д., Скорняков С. Н., Бердников Р. Б.

УНИИФ – филиал ФГБУ «НМИЦ ФПИ» МЗ РФ, г. Екатеринбург, РФ

PRECISION LUNG RESECTIONS AS AN ALTERNATIVE TECHNOLOGY FOR THE SURGICAL STAGE OF TUBERCULOMA TREATMENT

Dyachkov I. A., Motus I. YA., Bazhenov A. V., Medvinskiy I. D., Skornyakov S. N., Berdnikov R. B.

Ural Research Institute of Phthisiopulmonology – Branch of National Medical Research Center of Phthisiopulmonology and Infectious Diseases, Yekaterinburg, Russia

Согласно данным литературы, до 90% туберкулем легких оперируют атипично с применением сшивающих аппаратов. Такие резекции безвозвратно изменяют архитектонику остающейся части легкого, что необоснованно при данной патологии. В нашей клинике апробирована и внедрена технология прецизионной резекции туберкулем легких, выполняемой Nd:YAG-лазером с длиной волны 1 318 нм, обеспечивающим не только оптимальное сочетание коагуляции и рассечения легочной паренхимы, но и возможный противовоспалительный эффект в зоне операции.

Цель исследования: сравнить результаты применения хирургических технологий (аппаратной атипичной резекции и прецизионного удаления) при туберкулемах легких.

Материалы и методы. Проанализированы данные двух групп пациентов: группы ПР из 25 пациентов с прецизионной резекцией туберкулемы с применением 1 318 нм-Nd:YAG-лазера, группы АР из 25 пациентов с атипичной резекцией участка легкого с туберкулемой с использованием линейных сшивающих аппаратов DST Series™ TA™ type TA6048L. Исследование одобрено этическим комитетом нашего учреждения. Группа ПР формировалась проспективно, а группа АР – ретроспективно

по принципу случай-контроль с учетом сходства категориальных переменных (пол, возраст). Критерии включения в обе группы: периферическая локализация туберкулемы, стойкое абациллирование, отсутствие обсеменения в легких за пределами пораженного сегмента, размер туберкулемы не более 3,5 см в максимальном измерении и перифокальная инфильтрация минимальной степени выраженности по данным МСКТ органов грудной клетки. Критерии исключения: наличие онкологических заболеваний, ВИЧ-инфекции, сопутствующих заболеваний, требующих приема иммуносупрессивных препаратов, противопоказаний для оперативного вмешательства, отказ пациента от хирургического лечения или приема противотуберкулезных препаратов.

Удаленный участок легкого с туберкулемой (при АР) или ткань туберкулемы (при ПР) направлялись на гистологическое и комплексное бактериологическое исследование. Полученные данные были статистически обработаны. Рассчитывали частоту показателя и 95%-ный доверительный интервал (ДИ). Хи-квадрат Пирсона использовали при сравнении качественных показателей, при значении $p \leq 0,05$ различия считались статистически значимыми.

Таблица. Сравнительная характеристика показателей в группах

Table. Comparative characteristics of parameters of the groups

Показатели	Группа ПР (n = 25)	Группа АР (n = 25)	p
Наличие МЛУ МБТ до операции	5 (20%)	8 (32%)	$p > 0,05$
Ранний послеоперационный период			
Время операции (мин.)	55 (95%-ный ДИ 45-80)	40 (95%-ный ДИ 35-50)	0,68
Интраоперационная кровопотеря (мл.)	55 (95%-ный ДИ 35-100)	65 (95%-ный ДИ 45-90)	0,98
Отсроченный аэрозаст (свыше 5 сут.)	0	1 (4%)	$p > 0,05$
Наличие туберкулезного воспаления по линии резекции	11 (44%)	13 (52%)	$p > 0,05$
Гистологическое заключение об активности туберкулемы (резектат)			
активная	6 (24%)	0	$p < 0,05$
умеренно активная	10 (40%)	10 (40%)	$p > 0,05$
неактивная	9 (36%)	15 (60%)	$p > 0,05$
Наличие МЛУ МБТ (резектат)	9 (36%)	13 (52%)	$p > 0,05$

Общая продолжительность госпитализации в группах ПР и АР была сопоставимой, $34,1 \pm 6,02$ и $34,2 \pm 6,02$ сут ($p > 0,05$) соответственно. Послеоперационных осложнений и летальных исходов в обеих группах не было. Анализ данных гистологического исследования резектата показал, что число пациентов с туберкулемами в активной фазе воспаления было значительно больше в группе ПР (6/25 случаев против 0/25 при АР; $p < 0,05$). Контрольное рентгенологическое обследование в отдаленный период после операции показало, что участки гиповентиляции в зоне операции значительно чаще обнаруживались при АР, чем при ПР, (25/25 и 0/25 соответственно; $p < 0,05$). Указанный факт объясняется техникой операции АР с использованием линейных сшивающих аппаратов, а именно механическим раздавливанием паренхимы легкого с повреждением мелких бронхов. За период

после операции не было ни одного случая рецидива туберкулеза в группах.

Заключение. Результаты применения обеих хирургических технологий при туберкулемах легких сопоставимы. При этом, несмотря на выявленные статистически значимые различия в гистологической активности туберкулезного процесса, различий в отдаленных результатах лечения пациентов обеих групп не обнаружено ($p > 0,05$). Следовательно, ПУ может быть рекомендовано как альтернативная технология хирургического этапа лечения туберкулем легких. Вместе с тем гипотеза о противовоспалительном эффекте Nd:YAG-лазера с длиной волны 1,318 нм в зоне резекции требует дальнейших исследований.

Дьячков И.А.
(Dyachkov I.A.)
E-mail: ilia.dya4koff@yandex.ru



DOI 10.21292/2075-1230-2019-97-12-69-70

КОМПЕТЕНЦИИ ФТИЗИАТРОВ И ВРАЧЕЙ ПЕРВИЧНОГО ЗВЕНА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ПРИ ОКАЗАНИИ ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ

Паролина Л. Е., Пшеничная Н. Ю., Казиминова Н. Е.

ФГБУ «НМИЦ ФПИ» МЗ РФ, Москва, РФ

COMPETENCIES OF PHTHISIOLOGISTS AND PHYSICIANS OF PRIMARY MEDICAL SERVICES WHEN PROVIDING TB CARE FOR POPULATION

Parolina L. E., Pshenichnaya N. Yu., Kazimirova N. E.

National Medical Research Center of Phthisiopulmonology and Infectious Diseases, Moscow, Russia

Тесное взаимодействие фтизиатров и врачей разных специальностей первичного звена здравоохранения (ПЗЗ) является обязательным элементом оказания качественной противотуберкулезной помощи населению. Понимание дефектов освоения ключевых компетенций, имеющих у участников этого исследования, создает предпосылки для совершенствования подготовки кадров по вопросам туберкулеза.

Цель исследования: выявить проблемы реализации компетенций фтизиатров и врачей ПЗЗ при оказании противотуберкулезной помощи населению и наметить пути их решения.

Материалы и методы. Проведено анкетирование 86 врачей-фтизиатров, проходивших обучение по программам дополнительного профессионального образования и 40 врачей ПЗЗ терапевтического профиля. Оценивалось субъективное восприятие специалистами уровня освоенных компетенций при оказании противотуберкулезной помощи населе-

нию. Стаж профессиональной деятельности участников опроса колебался от 10 до 36 лет. В анкету были включены вопросы, касающиеся мнения врачей о значимости отдельных элементов универсальных и профессиональных компетенций фтизиатров и врачей ПЗЗ, их реализации и улучшения.

Результаты. Врачи-фтизиатры и врачи ПЗЗ указали наиболее важные элементы компетенций при оказании качественной противотуберкулезной помощи населению: знание нормативно-правовых актов, регулирующих работу врачей по выявлению, диагностике и профилактике туберкулеза среди населения (88,4 и 80,0% соответственно); умение и практические навыки работы с поликлиническими и социальными группами риска заболевания (75,6 и 65,0% соответственно); знание современного патоморфоза туберкулеза (69,8 и 32,5% соответственно), коморбидности и возрастных особенностей туберкулеза (72,1 и 60,0% соответственно). При этом, с позиций фтизиатров, основными пробелами освое-