

а затем повышалась до 39-39,5°C. Острое начало болезни встречается редко, начинается с повышения температуры до 39°C, которая сохраняется на высоких цифрах (выше 38°C) 14 дней. У больных с постепенным началом заболевания продолжительность лихорадки составляла 15-21 день. В клинике отмечалась интенсивная головная боль, которая носила диффузный характер. Интенсивность головной боли нарастала в динамике болезни. У всех пациентов отмечалась тошнота. Почти у всех больных была повторная рвота. Лишь в 11% случаев головная боль была умеренная, рвоты не наблюдалось. Все пациенты предъявляли жалобы на выраженную слабость, снижение аппетита, нарушение сна, потливость.

Рентгенологически у 66% больных выявлен туберкулезный процесс в легких в виде диссеминированной и инфильтративной форм. При обследовании: в мокроте микобактерии туберкулеза не обнаружены методами простой микроскопии и посева. В 11% были положительные реакции на пробы Манту с 2 ТЕ и с ДСТ, в 11% случаев в крови больных обнаружены антитела к микобактериям туберкулеза методом ИФА.

Результаты исследования ЦСЖ: цитоз колебался от 92 до 520 клеток в 1 мм³. У 77% больных от-

мечался лимфоцитарный плеоцитоз от 60 до 92%. У 22% – нейтрофильный плеоцитоз с последующим переходом в лимфоцитарный у 11% больных. В ЦСЖ наблюдалось умеренное повышение уровня белка (до 1,33 г/л). В 44% случаев было снижение содержания глюкозы в ЦСЖ от 1,8 до 0,5 ммоль/л. В крови отмечался умеренный лейкоцитоз, ускоренная СОЭ была в 30% случаях (до 48 мм/ч).

Заключение. Особенности течения туберкулезного менингита на современном этапе следующие:

- в 12% случаев острое начало болезни у ряда больных (высокая температура тела и волнообразное нарушение сознания);
- у 22% больных – нейтрофильный лейкоцитоз с последующей трансформацией в лимфоцитарный у 11% больных;
- умеренное повышение содержания белка в ликворе;
- снижение уровня глюкозы в спинномозговой жидкости в единичных случаях;
- только в 11% случаев анализ мокроты на МБТ, проба с ДСТ, ПЦР на РНК микобактерий туберкулеза и ИФА на антитела к микобактериям туберкулеза дают положительный результат;
- у 34% больных отсутствуют специфические изменения процесса в легких на рентгенограмме.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТА ГЛУТОКСИМ В СХЕМАХ ЛЕЧЕНИЯ ТУБЕРКУЛЕЗА В ГУЗ «ЛОПТД»

ГАПОТЧЕНКО И. И., КОРОЛЕВА М. А., ОВЧИННИКОВА О. А.

EXPERIENCE OF USING GLUTOXIM IN TUBERCULOSIS TREATMENT REGIMENS IN LIPETSK REGIONAL ANTI-TUBERCULOSIS DISPENSARY

GAPOTCHENKO I. I., KOROLEVA M. A., OVCHINNIKOVA O. A.

ГУЗ «Липецкий областной противотуберкулезный диспансер», г. Липецк

Lipetsk Regional Anti-tuberculosis Dispensary, Lipetsk, RF

Цель: оценить эффективность применения в схеме этиотропной терапии больных туберкулезом препарата Глутоксим.

Материалы и методы. Изучены истории болезни больных, получавших лечение в стационаре в 2011-2013 гг.

Глутоксим назначали на фоне базовой химиотерапии и в фазе продолжения лечения. Препарат назначали внутримышечно или внутривенно 3% раствора 1-2 мл, продолжительность введения от 10 до 30 дней. Эффективность применения Глутоксима в схемах лечения больных туберкулезом оценивали по следующим критериям: динамике исчезновения симптомов туберкулезной интоксикации, срокам негативации мокроты, срокам рассасывания инфильтративных изменений и очагов диссеминации,

уменьшению размеров или закрытию полостей распада.

За три года (2011-2013 гг.) Глутоксим в схемах лечения получили 193 человека. У всех больных диагностирован инфильтративный туберкулез. В структуре анализируемой группы бактериовыделители составили 39,9% (77 человек), из них с множественной лекарственной устойчивостью возбудителя 28 пациентов, что составило 36,3% от больных с бактериовыделением. Полости распада легочной ткани имели 42 человека, что составило 21,8%. У всех больных, получающих курс лечения Глутоксимом, в течение первых двух месяцев исчезли симптомы туберкулезной интоксикации, что выразилось в нормализации температуры в короткие сроки, нормализации показателей перифе-

рической крови. Негативация мокроты методом люминесцентной микроскопии более чем у трети больных произошла на 2-м мес. лечения, более 50% больных прекратили бактериовыделение (метод бактериоскопии) через 3 мес. лечения, через 6 мес. абациллированы все больные, с подтверждением прекращения бактериовыделения культуральным методом. В течение 6 мес. лечения было достигнуто закрытие полостей распада у всех больных анализируемой группы. Побочных реакций в виде повышения температуры, связанной с приемом

Глутоксима, не наблюдалось. Гепатотоксическое действие противотуберкулезных антибактериальных препаратов проявлялось у части больных в виде умеренного повышения содержания трансаминаз, не требующих отмены этиотропной терапии. На фоне приема Глутоксима, гепатопротектора и дезинтоксикационной терапии эти показатели приходили в норму.

Заключение. Препарат Глутоксим не вызывает нежелательных побочных реакций при применении на фоне противотуберкулезной терапии.

СОЧЕТАНИЕ РАКА И ТУБЕРКУЛЕЗА ЛЕГКИХ В КЛИНИКЕ ТОРАКАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ

ГЛУХОВА И.

CONCURRENT PULMONARY CANCER AND TUBERCULOSIS IN THORACIC SURGERY

GLUKHOVA I.

ГБУЗ «Брянский областной противотуберкулезный диспансер», г. Брянск

Bryansk Regional Anti-tuberculosis Dispensary, Bryansk, RF

Одновременное поражение органов дыхания опухолевым и туберкулезным процессами не является редкостью. Между тем рак легкого у больных туберкулезом и у лиц с посттуберкулезными изменениями в легких диагностируется с большим опозданием, чаще в 3-4-й стадии заболевания, хотя больные длительное время находятся под наблюдением врачей противотуберкулезных диспансеров.

Цель: проанализировать случаи сочетанного поражения легких раком и туберкулезом по материалам Брянского областного противотуберкулезного диспансера.

Материалы и методы. В Брянской области за анализируемый период с 1975 по 2000 г. только среди оперированных по поводу туберкулеза больных число пациентов с раком легкого увеличилось в 4,5 раза. Проанализированы истории болезни 281 больного, у 88 (31%) из них рак легкого сочетался с активными формами туберкулеза, у 193 (69%) – с посттуберкулезными изменениями в легких, бронхах, плевре и средостении. Из них 65 (36%) ранее были оперированы по поводу деструктивного туберкулеза (резекция легкого или пневмонэктомия). Центральная форма рака была у 174 (62%) больных, периферическая – у 107 (38%). Локализация рака и туберкулеза в одном легком наблюдалась у 146 (52%) больных, в разных легких – у 84 (30%) и у 51 (18%) больного рак легкого выявлен при двусторонних туберкулезных или посттуберкулезных изменениях в легких.

Из 281 больного прооперировано 174 (62%), из них при первой стадии опухолевого процесса – 11 (6%), при второй – 54 (31%), при третьей – 109 (63%). Выполнены следующие оперативные вмешательства: пневмонэктомия – 54 (31%), билобэктомия – 9 (5%), лобэктомия – 79 (45%), в том числе с резекцией бронха, сегментэктомия – 1 (0,6%), диагностическая торакотомия – 31 (18%). По гистологическим формам рака распределение было следующим: плоскоклеточный рак – 119 (73%), аденокарцинома – 27 (15%), мелкоклеточный рак – 14 (7%), крупноклеточный рак – 7 (2,5%), недифференцированный рак – 7 (2,5%).

Гистологическая структура опухолей не отличалась от таковой у больных без туберкулеза легких. При этом локализация рака легкого с активным, в том числе деструктивным туберкулезным процессом в одном легком существенно не влияла на хирургическую тактику. Только в 7 (3,8%) случаях это привело к расширению объема оперативного вмешательства до пневмонэктомии при локализации рака и туберкулеза в разных долях одного легкого. При наличии рака легкого у лиц, перенесших туберкулез, выполнение операций происходит по общим правилам онкологии. К сожалению, операбельность у лиц, ранее оперированных по поводу туберкулеза, составила лишь 17%, что было связано с развитием опухоли в единственном легком и низкими функциональными резервами дыхания больных.