

Материалы и методы. Изучена эпидемическая ситуация по ТБ/ВИЧ в 14 регионах ПФО по данным статистической отчетности (форма № 33 «Сведения о больных активным туберкулезом») и составленного опросника для территорий. Для статистической обработки применяли программу Statistica-6.0.

Результаты исследования. Заболеваемость населения ПФО ТБ неуклонно снижается. Так, в 2003 г. территориальный показатель заболеваемости ТБ составлял 75,7 на 100 тыс., а в 2012 г. – 61,3 на 100 тыс. населения ($p < 0,01$). В этот же период имел место рост заболеваемости ВИЧ: с 30,2 случаев на 100 тыс. населения в 2003 г. до 54,0 на 100 тыс. в 2013 г. Заболеваемость по ТБ и ВИЧ возможно сравняется к концу этого десятилетия, что приведет к уменьшению темпов снижения заболеваемости ТБ.

Распространенность ТБ в ПФО изменяется соответственно динамике заболеваемости и в 2013 г. составляла 137,8 на 100 тыс. населения, тогда как распространенность ВИЧ увеличивается с каждым годом и в 2013 г. достигла 613,3 на 100 тыс. населения. За 2012-2013 гг. абсолютное число больных ТБ в ПФО уменьшилось на 2,3%, а число больных ВИЧ увеличилось на 8,9%, при этом число лиц с ТБ/ВИЧ выросло на 14,7%. Доля больных ВИЧ среди вновь зарегистрированных больных ТБ в 2013 г. составила 14,4% при среднероссийском показателе 12,5%. Ранжирование субъектов ПФО по уровню распространенности больных ТБ/ВИЧ следующее: высокое бремя – в Оренбургской, Ульяновской, Самарской областях и Пермском крае, несколько ниже – в Республике Татарстан, Саратовской области, Республике Башкортостан, Нижегородской области, Республике Удмуртия, Пензенской области, республиках Марий Эл, Мордовии, Чувашии и минимальное – в Кировской области. Вместе с тем при низкой распространен-

ности ТБ/ВИЧ даже на благополучных территориях (Чувашия, Кировская область) за последние два года число впервые выявленных больных ТБ/ВИЧ увеличилось на 30%. В противотуберкулезных учреждениях ПФО провели обследование на ВИЧ пациентов с ТБ, доля обследованных выросла с 88,2% в 2008 г. до 91,2% в 2013 г., а среди впервые выявленных пациентов с ТБ – с 91,0 до 97,7%. В ПФО охват больных ВИЧ однократно лучевыми методами обследования в 2013 г. составил 86,3%, двукратно – 69,2%. По полученным данным, флюорография является основным методом выявления ТБ среди больных ВИЧ. При постановке пробы с диаскинтестом больным ВИЧ частота отрицательных реакций в 2013 г. составила 91,5%, положительных – 3,0% (из них гиперергических – 0,6%), сомнительных – 4,9%. Для диагностики ТБ у больных ВИЧ широко используют дополнительные методы: КТ, УЗИ, МРТ, посевы на жидкие питательные среды, молекулярно-генетические исследования, пробу с диаскинтестом, эндоскопические биопсии и морфологические исследования. Дополнительные методы были проведены у 67,7% больных ВИЧ при подозрении на туберкулез. Анализ эпидемической ситуации ТБ/ВИЧ в ПФО позволил выявить организационные, клинические и технические проблемы выявления и диагностики сочетанной патологии и наметить пути их решения.

Заключение. В ПФО наблюдается напряженная эпидемическая ситуация по сочетанной патологии ТБ/ВИЧ. Развитие эпидемии ТБ/ВИЧ зависит от степени поражения населения ВИЧ, которая неравномерна в субъектах ПФО от уровня диспансерного наблюдения за больными ВИЧ, внедрения и выполнения современных стандартов оказания медицинской помощи, наличия междисциплинарного взаимодействия.

ХИРУРГИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ У БОЛЬНЫХ С ЛЕКАРСТВЕННО-УСТОЙЧИВЫМ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ

МУХАМЕДОВ Х. Х.¹, ПАРПИЕВА Н. Н.¹, МУХАМЕДОВА К. С.¹, САБИРОВ Ш. Ю.², КАЮМОВА С. С.¹, ХОЛБАЕВ Э. Н.

SURGERY TREATMENT METHODS IN PATIENTS SUFFERING FROM DRUG RESISTANT PULMONARY TUBERCULOSIS

MUKHAMEDOV KH. KH.¹, PARPIEVA N. N.¹, MUKHAMEDOVA K. S.¹, SABIROV SH. YU.², KAYUMOVA S. S.¹, KHOLBAEV E. N.

¹Ташкентская медицинская академия, г. Ташкент, Республика Узбекистан

²РСНПМЦ фтизиатрии и пульмонологии МЗ РУз, г. Ташкент, Республика Узбекистан

¹Tashkent Medical Academy, Tashkent, Uzbekistan Republic

²Scientific and Practical Medical Center of Phthisiatry and Pulmonology, Tashkent, Uzbekistan Republic

Цель: изучить эффективность хирургических вмешательств у больных с лекарственно-устойчивым (ЛУ) туберкулезом легких (ТЛ).

Материалы и методы. В хирургическом отделении Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра фти-

зиатрии и пульмонологии за 2014 г. были изучены результаты хирургического лечения 120 больных с ЛУ ТЛ. Среди них было 73 (60,8%) мужчины и 47 (39,2%) женщины. По возрасту больные распределились следующим образом: до 25 лет – 42 (35%), от 25 до 55 лет – 80 (66,7%) и старше 55 лет – 5 (4,2%) больных. Преобладали больные с рецидивом туберкулезного процесса – 102 (85%), впервые выявленных больных было 18 (15%).

До поступления в клинику больным неоднократно проводили различной длительности консервативное лечение в стационарных и амбулаторных условиях, которое было неэффективным из-за плохой переносимости и/или нерегулярного приема противотуберкулезных препаратов.

У обследованных больных имелись следующие клинические формы ТЛ: фиброзно-кавернозный туберкулез (ФКТ) легких – у 87 (72,5%), инфильтративный туберкулез легких – у 14 (11,7%), диссеминированный туберкулез – у 5 (4,2%), туберкулема – у 10 (8,3%) и цирротический туберкулез – у 4 (3,3%) больных. При поступлении в клинику у 71 (59,2%) больного отмечалось бактериовыделение, при этом у всех обнаружены устойчивые штаммы микобактерий туберкулеза: к изониазиду и рифампицину – у 10 больных, изониазиду, рифампицину и стрептомицину – у 27, изониазиду, рифампицину и этамбутолу – у 23, изониазиду, рифампицину, этамбутолу и пиперазину – у 60.

ТЛ сопровождался сопутствующими заболеваниями: анемия – у 45 (37,5%), хронические неспецифические заболевания легких – у 19 (15,8%), гепатиты В и С – у 29 (24,2%) больных.

Больным выполнены следующие виды вмешательств: пульмон- и плевропульмонэктомии – у 29 (24,2%) больных, лоб- и билобэктомии – у 42 (35%), комбинированная резекция – у 22 (18,3%), экстраплевральный пневмолиз – у 13 (10,8%), сегментарные резекции – у 8 (6,7%) и торакомиопластика – у 6 (5,0%) пациентов.

Послеоперационные осложнения развились у 7 (5,8%) больных, из них после комбинированной резекции легких – у 2 (9,1%), после пульмон- и плевропульмонэктомии – у 3 (10,4%), после лоб- и билобэктомии – у 2 (2,4%). Указанные осложнения консервативными методами и повторными операциями ликвидированы у 5 из 7 больных.

Хорошая клиническая эффективность хирургического лечения установлена у 113 (94,2%) больных, из них после комбинированной резекции легких – у 20 (90,9%), пульмон- и плевропульмонэктомии – у 26 (89,6%), лоб- и билобэктомии – у 40 (95,2%) больных. Из-за сохранения бактериовыделения удовлетворительные результаты наблюдались у 5 (4,2%) больных. Летальность от полиорганной недостаточности наступила у 2 (1,7%) больных.

Заключение. Среди прооперированных больных преобладали лица мужского пола (60,8%), трудоспособного возраста (66,7%) и с рецидивами туберкулезного процесса (85%). Оперативное вмешательство проводилось преимущественно (72,5%) по поводу ФКТ. У больных с лекарственно-устойчивым туберкулезом хирургическое лечение остается одним из эффективных методов лечения и позволяет получить хороший клинический эффект у 94,2% оперированных больных.

РАННИЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ТУБЕРКУЛЕЗНОГО СПОНДИЛИТА

НАЗИРОВ П. Х., БАБОЕВА А. С.

EARLY COMPLICATION OF TUBERCULOUS SPONDYLITIS

NAZIROV P. KH., BABOEVA A. S.

РСНПМЦ фтизиатрии и пульмонологии МЗ РУз, г. Ташкент, Республика Узбекистан

Scientific and Practical Medical Center of Phthisiatry and Pulmonology, Tashkent, Uzbekistan Republic

Цель: определить частоту и сроки встречаемости осложнений туберкулезного спондилита (ТС).

Материал и методы. Обследованы 200 больных ТС, обратившихся за помощью в РСНПМЦФ и П и получивших лечение в отделении костно-суставного туберкулеза с 2011 по 2014 г. Средний возраст больных составил 40 лет (от 17 до 78 лет), 120 мужчин, 80 женщин. В план обследования входил сбор анамнеза; общий, ортопедический и неврологический осмотр; клинико-лабораторные данные;

МРТ и рентгенограмма пораженного отдела позвоночника, гистологическое исследование патологического материала.

После госпитализации все больные получали антибактериальные препараты: изониазид, этамбутол, рифампицин, пиперазинуид до и после операции не менее 2 мес. Оперативное вмешательство заключалось в экономной резекции тел позвонков, удалении некротических тканей и содержимого абсцессов. При наличии эпидурального абсцесса