

ФАКТОРЫ РИСКА, ВЛИЯЮЩИЕ НА ЭФФЕКТИВНОСТЬ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ФИБРОЗНО-КАВЕРНОЗНЫМ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ

ОМЕЛЬЧУК Д. Е.¹, ТЫЧКОВА И. Б.²

RISK FACTORS INFLUENCING THE EFFICIENCY OF SURGERY TREATMENT OF FIBROUS CAVERNOUS RESPIRATORY TUBERCULOSIS

OMELCHUK D. E.¹, TYCHKOVA I. B.²

¹КГБУЗ «Красноярский краевой противотуберкулезный диспансер № 1», г. Красноярск

²ГБОУ ВПО «Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого» МЗ РФ, г. Красноярск

¹Krasnoyarsk Clinical Anti-tuberculosis Dispensary no. 1, Krasnoyarsk, RF

²V. F. Voyno-Yasenetsky State Medical University, Krasnoyarsk, RF

Фиброзно-кавернозный туберкулез легких – наиболее тяжелая форма туберкулезного поражения органов дыхания, характеризующаяся, как правило, неблагоприятным исходом заболевания и высокой эпидемиологической опасностью для окружающих. Наиболее эффективным методом его лечения считается хирургический.

Одним из факторов риска, оказывающих значительное влияние на результаты хирургического лечения, является сохраняющаяся активность туберкулезного процесса перед операцией.

Цель: изучение влияния активности туберкулезного процесса на исход операций при фиброзно-кавернозном туберкулезе легких.

Материалы и методы. Изучены результаты 686 операций (525 – резекции легкого и пневмонэктомии; 161 – экстраплевральная торакопластика с перевязкой каверны), выполненных в Красноярском краевом противотуберкулезном диспансере № 1 по поводу одностороннего фиброзно-кавернозного туберкулеза легких. В качестве критериев, характеризующих активность туберкулезного процесса, выбрано два показателя: массивность бактериовыделения перед операцией и скорость оседания эритроцитов (СОЭ), используя их в комбинации.

В зависимости от массивности бактериовыделения и показателей СОЭ активность туберкулезного процесса разделили на три фазы.

Первая фаза – стабилизации. Сюда отнесены пациенты, у которых перед операцией достигнуто прекращение бактериовыделения или сохранялась олигобациллярность при значениях СОЭ менее 30 мм/ч.

Вторая фаза – обострения, характеризовалась наличием у больных перед операцией массивного бактериовыделения при СОЭ менее 30 мм/ч или отсутствием массивного бактериовыделения, но при показателях СОЭ более 30 мм/ч, но менее 50 мм/ч.

Третья фаза – прогрессирования. В нее отнесены пациенты с массивным бактериовыделением перед

операцией и показателями СОЭ более 30 мм/ч или больные с отсутствием массивного бактериовыделения, но при показателях СОЭ более 50 мм/ч.

Результаты. Эффективность хирургического лечения оценивали после окончания курса интенсивной фазы комплексной противотуберкулезной терапии: при резекции легкого через 3-6 мес., а при коллапсохирургических вмешательствах – через 6-9 мес.

Полный клинический эффект при резекции легкого достигнут у 418 (79,6%) больных при госпитальной летальности 5,3% (28 больных), а при экстраплевральной торакопластике с перевязкой каверны – у 107 больных (66,5%) при госпитальной летальности 3,1% (5 больных).

При анализе исходов хирургического лечения в зависимости от фазы активности туберкулезного процесса получены статистически достоверные различия в его эффективности.

Наилучшие результаты отмечены в первой группе со стабильным туберкулезным процессом: 89,9% (у 318 человек из 354) при резекции легкого и у 81,25% (у 65 из 80) при экстраплевральной торакопластике с ушиванием каверны (госпитальная летальность 3,4 и 2,5% соответственно). Немногим хуже результаты в фазу прогрессирования: 68,0% (у 85 человек из 120) при резекции легкого и у 58,8% (у 30 из 51) при экстраплевральной торакопластике с перевязкой каверны (госпитальная летальность 3,2 и 0% соответственно).

Наихудшие непосредственные результаты получены у больных, оперированных в фазу прогрессирования туберкулезного процесса. Полный клинический эффект достигнут: при резекции легкого только у 15 человек из 46 (32,6%), а при экстраплевральной торакопластике с перевязкой каверны у 13 из 30 (43,3%) и госпитальной летальности 26,1% при резекции и 10% при коллапсохирургических вмешательствах.

Заключение. Эффективность хирургического лечения фиброзно-кавернозного туберкулеза лег-

ких ухудшается с возрастанием активности туберкулезного процесса. При этом фаза стабилизации процесса наиболее благоприятна для применения хирургического лечения. Фазу прогрессирования

необходимо считать относительным противопоказанием к хирургическому лечению и применять его в эту фазу необходимо только по жизненным показаниям.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ НАЗНАЧЕНИЙ ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНЫХ ПРЕПАРАТОВ В СТАЦИОНАРАХ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ ГРАЖДАНСКОГО И ПЕНИТЕНЦИАРНОГО СЕКТОРОВ СМОЛЕНСКОЙ ОБЛАСТИ

ПАВЛЮЧЕНКОВА Н. А.¹, КРИКОВА А. В.¹, МЯКИШЕВА Т. В.¹, САХАРИТОВА Е. А.²

COMPARATIVE ANALYSIS OF TUBERCULOSIS DRUGS PRESCRIPTION IN IN-PATIENT DEPARTMENTS OF CIVILIAN AND PENITENTIARY SECTORS OF SMOLENSK REGION

PAVLUCHENKOVA N. A.¹, KRIKOVA A. V.¹, MYAKISHEVA T. V.¹, SAKHARITOVA E. A.²

¹ГБОУ ВПО «Смоленский государственный медицинский университет» МЗ РФ, г. Смоленск

²ОГБУЗ «Смоленский противотуберкулезный клинический диспансер», г. Смоленск

¹Smolensk State Medical University, Smolensk, RF

²Smolensk Clinical Anti-tuberculosis Dispensary, Smolensk, RF

Цель: определение наиболее часто назначаемых противотуберкулезных препаратов (ПТП), а также причин замены препаратов на стационарном этапе лечения впервые выявленных больных туберкулезом среди населения и спецконтингента учреждений исполнения наказаний Смоленской области в 2011-2013 гг.

Материалы и методы. Изучены материалы историй болезни стационарных больных в количестве 302 (Смоленский противотуберкулезный клинический диспансер – СПКД) и 218 (туберкулезного легочного отделения психиатрической больницы ФКУЗ «Медико-санитарная часть № 67» ФСИН России). Выборки репрезентативны. Метод исследования – частотный анализ. Коэффициент частоты назначений (K_n) – отношение числа случаев назначения препарата к общему числу назначений (историй болезни). Коэффициент частоты замен (K_z) – отношение числа замен препарата к числу его назначений.

Результаты. Анализ историй болезни показал, что средний возраст больных туберкулезом среди гражданского населения составил $41,81 \pm 11,04$ года. Из них мужчин – 71,8%. В стационаре учреждений ФСИН проходили лечение только мужчины в более молодом возрасте ($35,7 \pm 7,9$ года). В обоих случаях преобладал туберкулез органов дыхания (97,4 и 82,6% в гражданском и пенитенциарном секторе соответственно). В структуре клинических форм туберкулеза органов дыхания ведущим был инфильтративный туберкулез легких – 44 и 62,2% для пациентов гражданского и пенитенциарного сектора соответственно.

В Смоленском тубдиспансере из препаратов первого ряда наиболее часто назначали изониазид и его гомологи ($K_n = 0,66$), рифампицин ($K_n = 0,65$) и пиразинамид ($K_n = 0,59$). В туберкулезном легочном отделении ФКУЗ «МСЧ-67» ФСИН России – этамбутол ($K_n = 0,77$), пиразинамид и рифампицин ($K_n = 0,65$). Из препаратов резерва в назначениях врачей СПКД преобладали фторхинолоны (ФХ) ($K_n = 0,39$), канамицин ($K_n = 0,23$) и ПАСК ($K_n = 0,19$), во ФСИН – ФХ ($K_n = 0,38$), канамицин ($K_n = 0,08$) и протионамид ($K_n = 0,06$). Наибольшая частота назначений среди комбинированных препаратов была установлена для протиокомба (0,18) и рифакомба (0,15) в медицинских организациях гражданского и пенитенциарного секторов соответственно.

Наиболее часто в гражданском секторе из ПТП основного ряда заменялись производные гидразида изоникотиновой кислоты (ГИНК) ($K_z = 0,39$), из препаратов резервного ряда – ФХ ($K_z = 0,22$) и протионамид ($K_z = 0,13$), из комбинированных – ломекомб ($K_z = 0,56$). При лечении спецконтингента наибольшее число замен из ПТП первого ряда характерно для производных ГИНК ($K_z = 0,35$) и стрептомицина ($K_z = 0,18$), из препаратов резерва – для канамицина ($K_z = 0,18$) и ФХ ($K_z = 0,12$), из комбинированных – для фтизопирама ($K_z = 0,71$). Большая часть замен врачами-фтизиатрами Смоленского тубдиспансера препаратов первого ряда связана с побочными эффектами при приеме препаратов (45,7%) и установленной лекарственной устойчивостью (ЛУ) (37,1%). Неэффективность курса химиотерапии, предположительно ввиду ЛУ, послужила поводом для замены у 11,4% паци-