

на у 26,3% больных. Доля больных с деструкцией в легких составляла 40,3-38,2-37,5-37,2-36,9%.

Изучены уровень, структура и динамика показателей распространенности и смертности от БОД, в частности пневмоний и ХОБЛ, занимающих ведущие позиции в эпидемиологии и характеризующихся сходством с ТБ легких. На основании анализа ежегодной статистики за 2009-2013 гг. установлено, что в целом по стране отмечается улучшение эпидемической ситуации по пневмониям. Уровень заболеваемости пневмониями в 2013 г. снизился до 45,8 на 10 тыс. взрослого населения по сравнению с 2009 г., когда этот показатель составлял 51,4 (снижение на 11,0%). Параллельно произошло снижение и показателя смертности от пневмоний на 21,3% – с 29,1 в 2009 г. до 22,9 на 100 тыс. взрослых в 2013 г. При этом следует отметить, что уровень смертности от данного заболевания в сельской местности на 20,0% был выше, чем в городской, и составлял 24,7 на 100 тыс. (в городской местности – 20,6 на 100 тыс.).

Анализ эпидемиологических показателей по ХОБЛ за вышеуказанный период выявил некоторое снижение показателя распространенности: с 155,2 в 2009 г. до 149,7 в 2013 г. на 100 тыс. взрослого населения. При этом темп снижения этого показателя в районах был весьма заметным (150,6 в 2009 г. и 141,1 в 2013 г.), в то время как в муниципиях он оставался примерно на одном уровне, составляя 154,3 в 2009 г. и 153,8 в 2013 г. В эти же годы наблюдалось снижение и показателя смертности от ХОБЛ: в 2009 г. он составлял 43,5, в 2013 г. – 31,1 на 100 тыс. взрослого населения.

Заключение. Для усиления мер по стабилизации и дальнейшему улучшению эпидемической ситуации по ТБ и БОД необходимо обеспечить приоритетность профилактического направления в деятельности учреждений здравоохранения, внедрение инноваций в области выявления, диагностики и лечения, инфекционного контроля и менеджмента.

ФАКТОРЫ, АССОЦИИРОВАННЫЕ С ДЛИТЕЛЬНОСТЬЮ ПРЕБЫВАНИЯ В ОТДЕЛЕНИИ АНЕСТЕЗИОЛОГИИ И РЕАНИМАЦИИ ПАЦИЕНТОВ, ПРООПЕРИРОВАННЫХ ПО ПОВОДУ ТУБЕРКУЛЕЗА ЛЕГКИХ

ЯЦЕНКО А. А., ФИЛИМОНОВ П. Н., ПЕТРЕНКО Т. И., СОЛОВЬЕВ О. Н.

FACTORS ASSOCIATED WITH DURATION OF STAY IN THE INTENSIVE CARE DEPARTMENT OF PATIENTS AFTER SURGICAL TREATMENT OF PULMONARY TUBERCULOSIS

YATSENKO A. A., FILIMONOV P. N., PETRENKO T. I., SOLOVIEV O. N.

ФГБУ «Новосибирский НИИ туберкулеза» МЗ РФ, г. Новосибирск

Novosibirsk Tuberculosis Research Institute, Novosibirsk, RF

Цель: изучить факторы, влияющие на длительность пребывания прооперированных больных туберкулезом легких в отделении анестезиологии и реанимации.

Материалы и методы. Исследование когортное, неконтролируемое, включено 62 пациента с туберкулезом легких в возрасте от 21 года до 64 лет (средний возраст $35,55 \pm 1,27$ года), последовательно поступивших на хирургическое лечение. Обследовано 38 мужчин и 24 женщины. С диагнозом фиброзно-кавернозного туберкулеза легких было 43 человека, из них фаза инфильтрации – у 31, фаза частичного рассасывания и уплотнения – у 6. Диагноз туберкулемы – у 12 человек, из них фаза инфильтрации – у 1, фаза распада – у 6, фаза частичного рассасывания и уплотнения – у 5. Диагноз инфильтративного туберкулеза, фаза частичного рассасывания и уплотнения – у 7, из них фаза распада – у 2. Сопутствующая патология представлена за-

болеваниями легких (хронической обструктивной болезнью легких, метатуберкулезным бронхитом) у 32 больных, хроническими вирусными гепатитами (В, С, сочетанные) – у 11, сахарным диабетом 1-го типа – у 7 пациентов. Время оперативного вмешательства составило от 25 до 515 мин. Выполнены следующие виды оперативных вмешательств: резекции легкого, пневмонэктомии, остеопластические торакопластики. Средняя кровопотеря составила 462,82 мл, максимальный объем кровопотери – 2 050 мл. Для лабораторного анализа коагуляции применяли такие тесты, как АПТВ, ПВ, ТВ, фибриноген в сочетании с оценкой антикоагулянтного звена, резерва плазминогена и определением маркеров тромбинемии (РФМК (растворимые фибриномономерные комплексы), Д-димеры). Агрегацию тромбоцитов оценивали, используя индукторы: АДФ, коллаген, ристоцетин. Применяли глобальные методы анализа гемостаза: тромбоэластомет-

рию и тромбодинамику. Статистическую обработку полученного материала проводили с помощью программы IBM SPSS Statistics. Для оценки связи между воздействием и исходом использовали автоматизированное линейное моделирование.

Результаты. Проанализировано влияние на сроки нахождения больных в реанимации таких факторов, как диагноз при поступлении в хирургическое отделение, наличие бактериовыделения, распада, фаза туберкулезного процесса, МЛУ/ШЛУ, длительность течения туберкулезного процесса, данные фибробронхоскопии, количество пораженных туберкулезом сегментов легких, данные гемостаза, объем кровопотери, длительность операции и анестезиологического пособия, дренажные потери в первые трое суток.

В результате применения автоматизированного линейного моделирования выбрали модель, наилучшим образом характеризующую связи между длительностью пребывания пациента в ОИР и изучаемыми влияющими факторами.

Уравнение модели: Длительность пребывания (суток) = $12,409 - 0,19 (A) + 2,488 (B) + 29,249 (C) + 0,005 (D) + 0,018 (E) - 2,82 (F) - 0,158 (G)$, где:

A = 1 при отсутствии в анамнезе операций или при наличии резекции одного или нескольких сегментов легких; A = 0 во всех остальных случаях;

B = 1 при наличии в анамнезе лобэктомии, B = 0 в остальных случаях;

C = 1 при наличии в анамнезе лобэктомии и комбинированной резекции, C = 0 в остальных случаях;

D = объем дренажных потерь за трое суток в миллилитрах;

E = длительность оперативного пособия в минутах;

F = 1 при отсутствии изменений бронхиального дерева по данным фибробронхоскопии, F = 0 в остальных случаях;

G = амплитуда сгустка на 20 мин измерения в тесте INTEM.

Точность модели составила 57%.

Таким образом, предикторами длительности нахождения больного, прооперированного по поводу туберкулеза легких, в отделении анестезиологии и реанимации, оказались:

1) наличие анамнестических указаний на операцию по поводу туберкулеза легких на этой же стороне грудной клетки (вклад данного параметра в модель составил 63%),

2) объем дренажных потерь за трое суток (15%),

3) длительность оперативного пособия (8%),

4) наличие изменений бронхиального дерева при фибробронхоскопии (8%),

5) амплитуда сгустка на 20 мин измерения в тесте INTEM (5%).

Заключение. Время пребывания пациента в ОИР наиболее значимо увеличивается при наличии в анамнезе операции на той же стороне грудной клетки, что приводит к техническим трудностям при выполнении операции, увеличению длительности проведения оперативного пособия, объема дренажных потерь.

Научно-практический журнал
«Туберкулез и болезни лёгких» 2015. № 5

Подписка по каталогу агентства
«Роспечать»

Индекс для индивидуальных
подписчиков: 71460

Индекс для предприятий
и организаций: 71461

Свидетельство о регистрации в Федеральной
службе по надзору в сфере связи, информа-
ционных технологий и массовых коммуника-
ций № ФС77-36197 от 07 мая 2009 г.



ООО «НЬЮ ТЕРРА»

Тел.: (495) 223 71 01

Факс: (495) 617 36 76

E-mail: Julia@fiot.ru

www.fiot.ru

НЬЮ ТЕРРА

Ответственный за выпуск
Ю. Б. Бердникова

Редактор Е. Н. Курючина

E-mail: tuberculez@fiot.ru

Корректор Е. Г. Николаева

Оригинал-макет, компьютерная верстка
Е. В. Бекшиев

Служба рекламы А. В. Кулагина

E-mail: anna@fiot.ru

Тел.: (495) 223 71 01

Формат 60 x 84/8. Бумага офсетная.

Офсетная печать.

8,21 уч.-изд. л. Тираж 3000 экз.

Отпечатано в ООО «Типография
ПАРАДИЗ»

Статьи принимаются по адресу:

107564, Москва, Яузская аллея, 2,

ФГБУ «ЦНИИТ» РАМН

Главный редактор
проф. И. А. ВАСИЛЬЕВА

Ответственный секретарь
проф. О. В. ЛОВАЧЕВА
телефон: (499) 785 91 76

Зав. редакцией
Е. В. ШИШЛО
телефон: (499) 785 91 90

Ответственность за достоверность информации,
содержащейся в рекламных материалах, несут
рекламодатели.

Все права защищены. Ни одна часть этого изда-
ния не может быть занесена в память компьютера
либо воспроизведена любым способом без предва-
рительного письменного разрешения издателя.

ISSN 2075-1230

Официальный сайт журнала:
www.tibl-journal.com