

среди бактериовыделителей с рецидивом туберкулеза, и в 1,9 раза выше, чем у впервые выявленных больных без бактериовыделения.

Среди больных с хроническими формами ТОД по ПА группе состоит всего 191 (27,6%) больной, из них с МБТ(+) – 139 (72,8%), в том числе с МЛУ МБТ – 101 (52,9%) и 52 (27,2%) больных, признанных абациллированными, но нуждающимися в активном диспансерном наблюдении. Среди пациентов с МБТ(+) без МЛУ МБТ в 81,5% случаев признана СДА, при МЛУ МБТ – в 71,3%. У состоящих по ПА МБТ(-) больных СДА установлена в 63,5% наблюдений, что являлось также отягощающим фактором и обоснованием для продолжения наблюдения в активной диспансерной группе.

По ИБ МБТ(+) группе состоит всего 18 (2,5%) больных с хроническими формами ТОД с бактериовыделением, в том числе с МЛУ МБТ – 13 (72,2%), у остальных – полирезистентная устойчивость, у всех признана СДА.

Частота социальной дезадаптации среди больных туберкулезом нарастает по мере утяжеления контингента групп диспансерного наблюдения: в IA

группе доля больных с СДА составила 37,9%, в ИБ – 50,0%, во ПА группе – 71,2%, во ИБ группе – все 100%.

Заключение. Напряженная эпидемическая ситуация по туберкулезу в г. Якутске, высокие показатели заболеваемости, распространенности и бактериовыделения, в том числе с МЛУ МБТ, без тенденции к снижению во многом определяются наличием социально обусловленных отягощающих факторов у взрослых больных ТОД. Среди вновь заболевших туберкулезом с установленным бактериовыделением почти у половины в анамнезе имеются отягощающие медико-социальные факторы. Высокая частота СДА определяется при рецидивах туберкулеза и у больных, состоящих на учете более 2 лет.

Для снижения распространения туберкулезной инфекции, повышения эффективности лечения, оздоровления контингентов больных туберкулезом необходимо разработать комплексные организационные формы противотуберкулезной деятельности с медицинской, социальной и правовой направленностью, с активным участием муниципальных, административных и общественных организаций.

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ У БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ С МНОЖЕСТВЕННОЙ ЛЕКАРСТВЕННОЙ УСТОЙЧИВОСТЬЮ ПУТЕМ РАЗРАБОТКИ НОВОГО ВЫСОКОТЕХНОЛОГИЧНОГО МЕТОДА ОПЕРАЦИИ

ВИНОКУРОВ И. И., КРАВЧЕНКО А. Ф., ШАМАЕВ В. Е.

IMPROVEMENT OF SURGICAL CARE FOR PULMONARY TUBERCULOSIS PATIENTS WITH MULTIPLE DRUG RESISTANCE THROUGH DEVELOPMENT OF A NEW HIGHLY TECHNICAL SURGICAL TECHNIQUE

VINOKUROV I. I., KRAVCHENKO A. F., SHAMAEV V. E.

ГБУ РС (Я) «НПЦ "Фтизиатрия"», г. Якутск

Scientific Practical Phthisiology Center, Yakutsk, RF

Одной из важных проблем хирургии является то, что при двусторонних распространенных деструктивных изменениях у больных туберкулезом с множественной лекарственной устойчивостью возбудителя не всегда возможно применять резекционные виды хирургического вмешательства. В этих случаях наиболее эффективным считается использование различных методов костно-пластических операций на грудную клетку с целью достижения максимального коллапса пораженного легкого, что способствует затиханию воспалительного процесса и закрытию полости распада (А. И. Боровинский, 1977; Л. К. Богуш, 1979; А. Ф. Кравченко и др., 2003). Вместе с тем при локализации полости распада в третьем сегменте, средней доле и шестом

сегменте легкого вышеизложенные виды хирургического вмешательства являются малоэффективными. В этой связи разработка новых высокотехнологичных видов операций при распространенных формах туберкулеза легких весьма актуальна.

Цель: повышение эффективности лечения больных туберкулезом легких с множественной лекарственной устойчивостью возбудителя путем разработки нового высокотехнологичного метода операции.

Материалы и методы. По применению вида костно-пластической операции больные распределены на две группы (обе группы больных по распространенности туберкулезного процесса и видов их осложнений были идентичными):

1-я (основная) группа – 10 больных распространенным деструктивным туберкулезом легких и множественной лекарственной устойчивостью возбудителя, у которых применен новый метод костно-пластической операции грудной клетки;

2-я (контрольная) группа – 10 больных распространенным деструктивным туберкулезом легких и множественной лекарственной устойчивостью возбудителя, которым был проведен классический метод 6-реберной верхнезадней торакопластики.

Среди больных мужчин было 19 (95,0%), женщин – 1 (5,0%). Преобладали лица среднего (35,0%) и молодого (45,0%) возраста, больные пожилого возраста (60 лет и старше) составили 20,0%.

Предложен новый подход в методологии проведения костно-пластических операций при распространенных гнойных и деструктивных заболеваниях легких с учетом индивидуальных особенностей анатомической структуры грудной клетки и плечевого пояса. Для определения длины резецируемого участка ключицы учитывали условно принятую единицу измерения, согласно которой 20° наклона ключицы от грудины считалось равным 1,0 см. Таким образом, длина удаляемого отрезка ключицы определяется по следующей формуле:

$$t1 : t2 = L1 : L2,$$

где $t1 = 20^\circ$; $t2$ – угол наклона ключицы у оперируемого больного,

$L1 = 1,0$ см; $L2$ – длина резецируемого участка ключицы.

Следовательно, у больных с нормальным строением грудной клетки длина резецируемого участка ключицы, согласно предлагаемой формуле, составляет:

$$L2 = 60 \times 1,0 : 20 = 3,0 \text{ см.}$$

Метод операции состоит из двух этапов: I этап операции – резекция ключицы с плотной фиксацией ее металлической пластиной; на 2-й нед. резекции ключицы (после развития костной мозоли) приступают к выполнению II этапа операции – верхнезадней 6-реберной торакопластике.

Результаты. У основной группы больных, у которых применен новый метод костно-пластической операции (резекции ключицы с верхнезадней 6-реберной торакопластикой), клиническая эффективность лечения достигается в течение первых 3 мес. наблюдения. При этом за счет достигнутого обширного коллапса легкого закрытие полости распада и прекращение выделения микобактерий туберкулеза отмечаются в течение первых 2 нед. после проведенной новой костно-пластической операции. У больных с применением нового метода костно-пластической операции эффективность лечения составила 90,0% случаев. Обострение туберкулеза наблюдалось у 1 (10,0%) больного. В контрольной группе клинический эффект лечения достигается (закрытие полости распада, прекращение выделения микобактерий в мокроте) в более поздние сроки (3-4 мес.) клинического наблюдения. У больных, которым проведен классический метод костно-пластической операции, эффективность хирургического лечения составляет 70,0% случаев. Обострение туберкулеза отмечено у 3 (30,0%) больных.

Заключение. Эффективность хирургического лечения больных распространенным деструктивным туберкулезом легких и множественной лекарственной устойчивостью возбудителя во многом зависит от методологии проведения костно-пластической операции с учетом особенностей индивидуальной анатомической структуры грудной клетки и плечевого пояса.

ЧАСТОТА РЕЦИДИВОВ У БОЛЬНЫХ, ОПЕРИРОВАННЫХ ПО ПОВОДУ ТУБЕРКУЛЕЗА ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ, ПО ДАННЫМ ЧУВАШСКОЙ РЕСПУБЛИКИ

ВОЗЯКОВА Т. Р., МАЛОВ А. А., ЕЛЕНКИНА Ж. В., АПРАКСИНА Н. А.

THE FREQUENCY OF RELAPSES IN THE PATIENTS AFTER HAVING SURGERY FOR RESPIRATORY TUBERCULOSIS, AS PER DATA FROM CHUVASHIA REPUBLIC

VOZYAKOVA T. R., MALOV A. A., ELENKINA ZH. V., APRAKSINA N. A.

¹КУ «Республиканский противотуберкулезный диспансер» Минздравсоцразвития Чувашской Республики, г. Чебоксары.

²ФГБОУ ВПО «Чувашский Государственный университет им. И. Н. Ульянова», г. Чебоксары

¹Republican TB Dispensary, Ministry of Health and Social Development of Chuvashiya Republic, Cheboksary, RF

²I. N. Ulyanov Chuvashsky State Medical University, Cheboksary, RF

Проблема деструктивного туберкулеза требует более активного внедрения хирургических мето-

дов лечения. Однако имеет место определенный консерватизм врачей-фтизиатров в вопросе при-