

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:

$$t_1 : t_2 = L_1 : L_2,$$

где $t_1 = 20^\circ$; t_2 – угол наклона ключицы у оперируемого больного,

$L_1 = 1,0$ см; L_2 – длина резецируемого участка ключицы.

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

$$L_2 = 60 \times 1,0 : 20 = 3,0 \text{ см.}$$

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-

менения оперативных методов лечения, в том числе из-за якобы большей вероятности развития рецидивов туберкулеза среди оперированных больных.

Цель: изучить на территории Чувашской Республики частоту развития рецидивов после оперативных методов лечения состоящих на диспансерном учете больных туберкулезом органов дыхания.

Материалы и методы. Изучены случаи рецидивов туберкулеза за 2008-2014 гг. среди состоящих на учете лиц с клинически излеченным туберкулезом из III группы диспансерного учета (ГДУ), согласно форме № 33, на территории Чувашской Республики. Все включенные в исследование случаи рецидива были разделены на 2 группы. В I группу включены лица с выявленным рецидивом специфического процесса, которые ранее были прооперированы по поводу туберкулеза («хирургический» контингент), II группу составили лица, пролеченные ранее без применения хирургических методов («терапевтический» контингент).

Общий показатель рецидивов составил в 2008 г. 10,3 на 100 тыс. населения, в 2009 г. – 8,75, в 2010 г. – 10,2, в 2011 г. – 9,8, в 2012 г. – 8,9, в 2013 и 2014 г. – 7,3. В численном отношении число больных с рецидивами туберкулезного процесса (ИБ ГДУ) составило в 2008 г. 132 пациента, в 2009 г. – 112, в 2010 г. – 131, в 2011 г. – 122, в 2012 г. – 111, в 2013 и 2014 г. – по 91 больному, включая поздние и ранние. Отдельно проанализированы рецидивы из III ГДУ. Всего по III ГДУ в 2008 г. наблюдалось 3 118 пациентов, в 2009 г. – 3 006, в 2010 г. – 2 780, в 2011 г. – 2 792, в 2012 г. – 2 697, в 2013 г. – 2 589, в 2014 г. – 2 190 на конец года.

Результаты. Показатель рецидивов на 100 тыс. населения имеет тенденцию к снижению с 10,3 в 2008 г. до 7,3 в 2013 и 2014 г. Также имеет место уменьшение общего числа рецидивов из III ГДУ с 33,3% в 2008 г. до 25% к общему числу рецидивов в 2014 г. согласно статистическим отчетным формам.

Динамика прооперированных больных туберкулезом среди впервые выявленных (по форме № 33) выглядела следующим образом: если в 2008 г. было прооперировано 50 больных (5,2%), в 2009 г. – 83 (9%), в 2010 г. – 86 (10,2%), в 2011 г. – 154 (18,4%), в 2012 г. – 168 (22,6%), в 2013 г. – 138 (20,7%), в 2014 г. – 158 (24%).

При анализе состоящих в III ГДУ лиц можно более четко проанализировать частоту рецидивов в каждой группе отдельно как среди лиц, получивших хирургическую помощь при комплексном лечении (I группа), так и среди всего «терапевтического» контингента, у которых оперативные методы не применяли (II группа).

Анализ III ГДУ показал, что имеет место увеличение контингентов III ГДУ, к которым были применены оперативные методы лечения, с 320 человек в 2008 г. (10,3%) до 643 в 2014 г. (29,4%) (табл.).

На фоне снижения числа лиц в III ГДУ на 30% за 7 лет темп снижения рецидивов был выше и составил 47,7%. Наряду с этим, в структуре наблюдаемых в III ГДУ увеличилась доля лиц I группы на 50%.

Следовательно, частота ранних «хирургических» рецидивов из III ГДУ составила в среднем по итогам 7 лет наблюдений 0,47% среди оперированных больных данной группы. Среди контингентов, лечившихся без применения хирургических методов, данный показатель равен 1,5%, т. е. в 3,1 раза выше. С нашей точки зрения, одними из факторов уменьшения рецидивов среди оперированных контингентов являются выявление показаний и проведение хирургических вмешательств на более ранних этапах развития туберкулезного поражения. В течение 7 лет число прооперированных среди впервые выявленных увеличилось в 4,6 раза – с 5,2% в 2008 г. до 24% в 2014 г. Такая тактика значительно снижает вероятность осложнений и также уменьшает багаж рисков развития рецидивов.

Таблица

Структура случаев рецидива туберкулеза среди клинически излеченных больных (III ГДУ) с учетом использования хирургических методов в комплексном лечении больных за 2008-2014 гг.

Год	Больные с клинически излеченным туберкулезом (III ГДУ)								
	Всего больных	Из них				Рецидивы из III ГДУ			
		I группа «хирургический»		II группа «терапевтический»		II группа «терапевтический»		I группа «хирургический»	
		абс.	%	абс.	%	абс.	% к гр. II	абс.	% к гр. I
2008	3 118	320	10,3	2 798	89,7	43	1,5	1	0,3
2009	3 006	328	10,9	2 678	89,1	39	1,5	3	0,9
2010	2 780	359	13	2 421	87	39	1,6	2	0,6
2011	2 792	418	15	2 374	85	37	1,6	0	0
2012	2 697	502	18,6	2 195	81,4	35	1,6	2	0,4
2013	2 589	590	22,8	1 999	77,2	26	1,3	4	0,7
2014	2 190	643	29,4	1 547	70,6	20	1,3	3	0,4

Заключение. В Чувашской Республике в течение последних 7 лет увеличилась доля оперированных лиц среди клинически излеченных контингентов III ГДУ в 2,9 раза – с 10,3 до 29,4%. При этом частота ранних рецидивов среди лиц, получивших хирургическую помощь в комплексном лечении,

в 3,1 раза реже, чем среди лечившихся с использованием технологий.

Активное внедрение оперативных методов в комплексное лечение больных туберкулезом уменьшает риски развития рецидивов.

КОМПЛЕКСНОЕ ПРОГНОЗИРОВАНИЕ НЕЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ИНФИЛЬТРАТИВНОГО ТУБЕРКУЛЕЗА ЛЕГКИХ

ВОЛЧЕГОРСКИЙ И. А., ДУДАРОВА Т. П., НОВОСЕЛОВ П. Н.

COMPLEX PROGNOSIS FOR TREATMENT FAILURES OF INFILTRATE PULMONARY TUBERCULOSIS

VOLCHEGORSKIY I. A., DUDAROVA T. P., NOVOSELOV P. N.

ГБОУ ВПО «Южно-Уральский государственный медицинский университет» МЗ РФ, г. Челябинск

Yuzhno-Uralsky State Medical University, Chelyabinsk, RF

Цель: выявление предикторов неэффективности комплексного лечения инфильтративного туберкулеза легких (ИТЛ) в фазе распада по результатам клинического, рентгенологического, лабораторного и психологического обследования больных ИТЛ перед началом лечения.

Материалы и методы. Проведено проспективное когортное исследование течения и исходов ИТЛ у 103 больных в течение года от начала терапии. Перед началом лечения проводили стандартное рентгенологическое исследование органов грудной клетки больных и определяли наличие *M. tuberculosis* в мокроте. Учет рентгенологических проявлений и клинических симптомов ИТЛ осуществляли с помощью шкал ординальной квантификации. Одновременно выполняли унифицированное клиничко-гематологическое и биохимическое обследование. Всем больным назначали противотуберкулезное лечение в соответствии с действующим федеральным стандартом. По истечении 12 мес. комплексного лечения пациентов распределяли по двум группам в зависимости от исходов ИТЛ. Больные, у которых было достигнуто клиническое излечение, составили I группу. Больные II группы характеризовались исходом ИТЛ в хроническое течение активных форм туберкулеза (ХТАФТ). В сформированных группах дополнительно учитывали частоту формирования показаний к хирургическому лечению. Выявление предикторов характера течения и исходов ИТЛ проводили на основании межгруппового сопоставления результатов комплексного обследования пациентов перед началом лечения.

Статистическую обработку результатов выполняли с использованием пакета прикладных программ SPSS-17. Количественные (интервальные) и порядковые (ординальные) данные обработаны с помощью методов дескриптивной статистики. Значимость различий по интервальным и ординальным показателям оценивали с помощью U-критерия Манна – Уитни. О достоверности различий по качественным (номинальным) параметрам судили при помощи точного критерия Фишера. Изучение взаимосвязей между отдельными показателями проводили путем расчета коэффициентов корреляции по Спирмену (r_s). Для формирования интегрального алгоритма прогнозирования неэффективности лечения ИТЛ применяли дискриминантный анализ. Проверку статистических гипотез выполняли при критическом уровне значимости $p = 0,05$.

Результаты. Результаты проспективного 12-месячного наблюдения за больными, включенными в исследование, продемонстрировали высокую эффективность действующего стандарта комплексного лечения ИТЛ. Это проявилось клиническим излечением 96 пациентов (93,2% обследованных больных). В 80 (83,3%) случаях клиническое излечение было достигнуто в результате консервативного лечения. У остальных 16 пациентов было выполнено фтизиохирургическое вмешательство, показанием для которого явилось развитие туберкулема, в том числе в фазе распада (у 7 больных). В 7 (6,8% обследованных) случаях комплексная терапия ИТЛ оказалась неэффективной, что привело к исходу заболевания в ХТАФТ. Эта группа больных была представлена 2