

ПРИМЕНЕНИЕ КЛАПАННОЙ БРОНХОБЛОКАЦИИ И ОСТЕОПЛАСТИЧЕСКИХ ТОРАКОПЛАСТИК В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ФИБРОЗНО-КАВЕРНОЗНЫМ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ

ЗИМОНИН П. Е.¹, ЛЕВИНА А. В.², ЦЕЙМАХ Е. А.³, АСКАЛОНОВА О. Ю.¹, КРАСНОВ Д. В.², СКЛЮЕВ С. В.², ПЕТРОВА Я. К.²,
ЗИМОНИНА Н. А.⁴

USE OF VALVE BRONCHIAL BLOCK AND OSTEOPLASTIC THORACOPLASTY IN THE COMPLEX TREATMENT OF FIBROUS CAVERNOUS PULMONARY TUBERCULOSIS

ZIMONIN P. E.¹, LEVIN A. V.², TSEYMAKH E. A.³, ASKALONOVA O. YU.¹, KRASNOV D. V.², SKLYUEV S. V.², PETROVA YA. K.²,
ZIMONINA N. A.⁴

¹КГКУЗ «Алтайский краевой противотуберкулезный диспансер», г. Барнаул

²ФГБУ «Новосибирский НИИ туберкулеза», г. Новосибирск

³ГБОУ ВПО «Алтайский государственный медицинский университет», г. Барнаул

⁴КГБУЗ «Алтайский краевой наркологический диспансер», г. Барнаул

¹Altai Kray TB Dispensary, Barnaul, RF

²Novosibirsk Tuberculosis Research Institute, Novosibirsk, RF

³Altai State Medical University, Barnaul, RF

⁴Altai Regional Narcological Dispensary, Barnaul, RF

Цель: повышение эффективности комплексного лечения больных фиброзно-кавернозным туберкулезом путем применения клапанной бронхоблокации и остеопластической торакопластики по Бьерку.

Материалы и методы. Для увеличения коллапса легочной ткани разработан и клинически апробирован метод лечения туберкулеза легких и его осложнений путем применения оригинального эндобронхиального клапана (патенты на изобретения № 2244517 от 20.01.2005 г. и № 58898 от 10.12.2006 г. и регистрационное удостоверение № ФС 01032006/5025-06 от 21.12.2006 г.).

Для контроля эффективности клапанной бронхоблокации больным на следующие сутки выполняется рентгенография грудной клетки в прямой и боковой проекциях, в дальнейшем по показаниям – рентгеноконтроль грудной клетки и бронхофиброскопия для санации и контроля положения и состояния эндобронхиального клапана. Изучены результаты лечения 79 больных фиброзно-кавернозным туберкулезом. У 39 (49,4%) был односторонний фиброзно-кавернозный туберкулез, у 40 (56,6%) – двусторонний. У 47 (59,5%) пациентов была множественная лекарственная устойчивость возбудителя. Все больные получали противотуберкулезные препараты с учетом данных об устойчивости микобактерий туберкулеза. Всем больным была выполнена стандартная четырехреберная остеопластическая торакопластика по Бьерку. Всем пациентам в комплексном лечении туберкулеза легких применялся лечебный пневмоперитонеум. У 36 (45,6%) – выполнены остеопластические торакопластики в комбинации с клапанной бронхоблокацией (основная группа), а у 43 (54,4%) – без клапанной бронхоблокации

(группа сравнения). Обе группы были сопоставимы между собой по полу, возрасту, давности, распространенности туберкулеза легких, характеру возникших осложнений и объему выполненных оперативных вмешательств у больных. Возраст пациентов колебался от 29 до 53 лет. Средний возраст пациентов в основной группе – $43,3 \pm 6,2$, а в группе сравнения – $44,2 \pm 5,9$ года ($p > 0,5$). В обеих группах преобладали мужчины. В основной группе мужчин было 28 (77,8%), а в группе сравнения – 32 (74,4%) ($p > 0,5$). Длительность заболевания у больных основной группы – от 1 до 7 лет. Средняя длительность заболевания в основной группе – $5,2 \pm 1,3$ года, а в группе сравнения – $5,9 \pm 1,2$ года ($p > 0,5$). Хроническая легочно-сердечная недостаточность в основной группе была у 25 (69,4%) пациентов, а в группе сравнения – у 32 (74,4%) пациентов ($p > 0,5$). Легочные кровотечения были у 13 (36,1%) пациентов основной группы и у 16 (37,2%) – группы сравнения ($p > 0,5$). Сахарный диабет был у 5 (13,9%) пациентов основной группы и у 8 (18,6%) – группы сравнения ($p > 0,5$). Злоупотребляли алкоголем 17 (47,2%) пациентов основной группы и 19 (44,2%) – группы сравнения ($p > 0,5$). Наркомания была у 6 (16,7%) пациентов основной группы и у 7 (16,3%) – группы сравнения ($p > 0,5$). Клапанную бронхоблокацию проводили через 10-14 сут после оперативного вмешательства под местной анестезией. При наличии гнойного бронхита перед операцией пациенты получали неспецифическую антибактериальную терапию по результатам посевов мокроты. В основной группе антибиотикотерапию проводили 23 (63,9%) пациентам, в группе сравнения – 32 (74,4%) пациентам ($p > 0,5$).

Результаты. Длительность применения эндо-бронхиального клапана в основной группе составила в среднем $368,4 \pm 22,4$ дня, максимальный срок окклюзии – 675 дней. В течение 6 мес. после экстраплевральной фрагментационной торакопластики прекращение бактериовыделения отмечено у 26 (72,2%) пациентов основной группы и у 8 (18,6%) – группы сравнения ($p < 0,001$), через 12 мес. – у 30 (83,3%) пациентов основной группы и у 23 (53,5%) – группы сравнения ($p < 0,001$). Закрытие полостей деструкции под торакопластикой в течение 12 мес. после операции наблюдалось у 29 (64,5%) пациентов основной группы, а в группе сравнения – у 8 (32,0%) ($p < 0,02$). Отдаленные результаты прослежены в сроки до 5 лет. Стойкой стабилизации течения туберкулезного процесса, прекращения бактериовыделения и закрытия по-

лостей деструкции удалось добиться у 32 (88,9%) пациентов основной группы и у 24 (55,8%) – группы сравнения ($p < 0,001$). В основной группе от прогрессирования туберкулезного процесса умер 1 (2,7%) пациент, а в группе сравнения – 8 (18,6%) пациентов ($p < 0,001$).

Заключение. Применение стандартной четырехреберной остеопластической торакопластики по Бьерку в комбинации с клапанной бронхоблокацией у больных фиброзно-кавернозным туберкулезом повышает эффективность торакопластики, позволяет добиться прекращения бактериовыделения в 1,6 раза чаще, закрытия полостей деструкции – в 2,0 раз чаще, чем в группе сравнения, в отдаленном периоде – добиться стабилизации фиброзно-кавернозного туберкулеза в 1,6 раза чаще, сократить летальность в 6,9 раза.

ТУБЕРКУЛЕЗ И ВИЧ-ИНФЕКЦИЯ – СОЧЕТАННАЯ ПАТОЛОГИЯ В СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОМ ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНОМ СТАЦИОНАРЕ

ЗЫРЯНОВА Т. В.¹, АМИТИНА Т. Р.², ПОДДУБНАЯ Л. В.¹, ФЕДОРОВА М. В.¹

TUBERCULOSIS AND HIV-INFECTION – CONCURRENT CONDITIONS IN SPECIALIZED TB HOSPITAL

ZYRYANOVA T. V.¹, AMITINA T. R.², PODDUBNAYA L. V.¹, FEDOROVA M. V.¹

¹ГБОУ ВПО «Новосибирский государственный медицинский университет» МЗ РФ, г. Новосибирск

²ГБУЗ НСО ГОНКТБ, «Новосибирская клиническая туберкулезная больница», г. Новосибирск

¹Novosibirsk State Medical University, Novosibirsk, RF

²Novosibirsk Clinical TB Hospital, Novosibirsk, RF

Распространение ВИЧ-инфекции привело к увеличению числа случаев туберкулеза в большинстве стран мира, как экономически благополучных, так и слаборазвитых. Это связано с тем, что у лиц, инфицированных микобактериями туберкулеза, независимо от их социального статуса и материальной обеспеченности, ВИЧ-инфекция приводит к нарушению функций иммунитета и благоприятствует развитию туберкулеза. Значимость проблемы туберкулеза у больных ВИЧ-инфекцией связана с неблагоприятным прогнозом дальнейшего его распространения, что обусловлено высокой инфицированностью населения микобактериями туберкулеза и продолжающимся распространением ВИЧ-инфекции.

Цель: изучить социальный статус, структуру клинических форм туберкулеза и характер туберкулезного процесса у больных ВИЧ-инфекцией по материалам противотуберкулезного стационара.

Материалы и методы. Изучены истории болезни больных туберкулезом органов дыхания, наблюдавшихся в ГБУЗ НСО «ГОНКТБ» в 2013 г. Про-

ведены изучение эпидемиологического анамнеза, анализ клинко-рентгенологических, лабораторных данных и их статистическая обработка.

Результаты. В 2013 г. в стационаре лечились 286 пациентов с сочетанной патологией. Это составило 32,5% от общего числа лечившихся в стационаре больных туберкулезом. Возраст пациентов составил от 18 до 63 лет, в среднем – $35,0 \pm 7,8$ года. Среди 286 больных с сочетанием туберкулеза и ВИЧ-инфекции преобладали мужчины трудоспособного возраста (80%), неработающие – 91%, потребители инъекционных наркотиков – 65%, алкоголя – 62%, курильщики – 77%, ранее находившиеся в пени-тенциарных учреждениях – 55%. У значительного большинства больных (91%) туберкулез был выявлен при обращении за медицинской помощью. Местом первичного обследования у 75% больных были поликлиники и стационары общей лечебной сети. У 85% больных туберкулез был выявлен впервые, у 13% пациентов наблюдали рецидив туберкулеза, у 2% – хронические формы.