

в активацию Т-клеток, процессов пролиферации и продукции цитокинов. Низкий уровень ДПП IV/CD26 сыворотки и иммунокомпетентных клеток при отсутствии связи их с активностью АДА характерен для больных с прогрессированием заболевания и отражают свойственную в целом больным

ФКТ недостаточность клеточного звена иммунитета. Сделано предположение, что возможность формирования комплекса ДПП IV/CD26 с АДА при ИТЛ обеспечивает внутриклеточный баланс АДА/аденозин и тем самым адекватный метаболизм иммунокомпетентных клеток.

ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ТУБЕРКУЛЕЗА ЛЕГКИХ С ШИРОКОЙ ЛЕКАРСТВЕННОЙ УСТОЙЧИВОСТЬЮ ВОЗБУДИТЕЛЯ

ЕЛЬКИН А. В., БАСЕК Т. С., КАЛЕЧЕНКОВ М. К., ЛЬВОВ И. В.

POSTPONED OUTCOMES OF SURGERY TREATMENT OF EXTENSIVE DRUG RESISTANT PULMONARY TUBERCULOSIS PATIENTS

YELKIN A. V., BASEK T. S., KALECHENKOV M. K., LVOV I. V.

ФГБОУ ВПО «Северо-Западный медицинский университет им. И. И. Мечникова» МЗ РФ, г. Санкт-Петербург

I. I. Mechnikov Northern-Western Medical University, St. Petersburg, RF

Цель: изучить отдаленные результаты операций у больных туберкулезом легких с широкой лекарственной устойчивостью (ШЛУ) возбудителя, определить факторы, влияющие на развитие послеоперационных рецидивов, и условия, способствующие благоприятному течению болезни.

Материалы и методы. Прослежены отдаленные результаты хирургического лечения 187 пациентов из 216 больных, оперированных по поводу туберкулеза легких с ШЛУ микобактерий туберкулеза (МБТ) в 2008-2011 гг. по истечении 4-летнего периода. В структуре всех выполненных за этот период операций эти вмешательства составили 18,4%. Анализу подверглись материалы истории болезни и данные диспансерного наблюдения. Критерием включения в исследование служили данные об обнаружении ШЛУ МБТ на момент выявления туберкулеза, полученные в процессе лечения или перед операцией, посев операционного материала. Изучали результаты посевов на МБТ с определением лекарственной устойчивости МБТ, данные рентгенологического и КТ-обследования, протоколы операций и результаты патоморфологического исследования.

Результаты. Подавляющее большинство больных (56,3%) оперировано по поводу фиброзно-кавернозного туберкулеза, 20% – в связи с формированием кавернозного туберкулеза. Операции по поводу туберкулем составили 14,1%, по поводу казеозной пневмонии – 9,6%. Бактериовыделение к моменту операции сохранялось у всех больных фиброзно-кавернозным туберкулезом и казеозной пневмонией, 77,5% больных кавернозным туберкулезом и 71,7% больных туберкулемой. Суммарная

частота послеоперационных рецидивов составила 10,6%, с колебаниями от 8,3% при туберкулемах до 18,9-21,0% у больных фиброзно-кавернозным туберкулезом и казеозной пневмонией. Установлено отрицательное влияние остаточных очагов на развитие послеоперационных рецидивов: минимальный уровень рецидивов выявлен у больных без определявшихся на момент операции очагов (6,3%) с нарастанием до 11,5% у больных с единичными рассеянными очагами и 20,3% у больных с массивным обсеменением. Подтверждено также негативное влияние сохраняющегося к моменту операции бактериовыделения. У пациентов с массивным бактериовыделением частота рецидивов достигала 22,5%, при его отсутствии – в 5 раз меньше (5,3%), с колебаниями от 2,3-3,5-6,3% при туберкулемах и кавернозном туберкулезе до 10,3-16,5-24,3% у больных фиброзно-кавернозным туберкулезом и казеозной пневмонией (% рецидивов указан при МБТ-, олигобациллярности и массивном бактериовыделении). Влияние объема операции на развитие рецидивов оказалось следующим. Минимальный их уровень отмечен после сегментарных и атипичных резекций (4,5%), незначительно возрастая в группе лоб- и билобэктомий (6,1%), достигая максимального уровня после полисегментарных резекций легкого (19,3). После удаления легкого рецидивы возникли у 14,3% оперированных и после экстраплевральной торакопластики в сочетании с клапанной бронхоблокацией у 12,6%. Закономерным оказалось отрицательное влияние на частоту рецидивов остаточной очаговой диссеминации при резекциях легких различного объема с минимальным значением (2,3%) после сегментэктомии и интактном

остающимся легким, увеличиваясь до 5,5% после лоб- и билобэктомий с массивными остаточными очагами и 15% после полисегментарных резекций с массивным обсеменением в остающихся отделах легкого у оперированных по поводу туберкулема и кавернозного туберкулеза, достигая максимального уровня в 19,8% в группе комбинированных полисегментарных резекций по поводу фиброно-кавернозного туберкулеза. Установлено, что на уровень послеоперационных рецидивов туберкулеза влияет течение послеоперационного периода. При неосложненном течении их частота минимальна – 6,3%, увеличивается в 2,8 раза при развитии гемоторакса и в 4 раза в случае травматического пневмонита. Показана протективная роль корригирующей торакопластики, которая позволяет уменьшить более чем в 2 раза уровень рецидивов в группе сложных полисегментарных резекций легкого. Закономерным оказалось негативное влияние сопутствующих заболеваний, на фоне которых проводили операцию. Наибольший уровень послеоперационных рецидивов туберкулеза оказался у страдавших язвенной болезнью (9,1%), хроническими гепатитами (14,3%) и сахарным диабетом (25,3%). На частоте послеоперационных рецидивов туберкулеза сказалось и качество лечения. Выделили 4 основных

критерия адекватного послеоперационного лечения: 1 – полностью закончен предписанный курс стационарного лечения, 2 – обеспечено лечение 3 и более специфическими препаратами, к которым сохранена чувствительность МБТ, 3 – выполнены рекомендации по продолжительности непрерывного лечения и противорецидивных курсов, 4 – проведено санаторное лечение. При выполнении всех 4 условий частота послеоперационных рецидивов была минимальной (2,1%), постепенно увеличиваясь при исполнении только трех условий (2,8%) и достигая 40,1% при уклонении от лечения.

Заключение. Представленные данные свидетельствуют о том, что оптимальные отдаленные результаты после различных операций по поводу туберкулеза легких, вызванного МБТ с ШЛУ, достигаются только в случае адекватной предоперационной химиотерапии, коррекции сопутствующих заболеваний, при тактически и технически грамотном выполнении операции, своевременном и полноценном лечении послеоперационных осложнений и обеспечении полноценного послеоперационного лечения. Полученные результаты свидетельствуют о необходимости широкого внедрения хирургических методов лечения у больных туберкулезом легких с ШЛУ возбудителя.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ВЫЯВЛЕНИЯ БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ С БАКТЕРИОВЫДЕЛЕНИЕМ В КЛИНИКО-ДИАГНОСТИЧЕСКИХ ЛАБОРАТОРИЯХ УЧРЕЖДЕНИЙ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ УРАЛА В 2010-2012 гг.

ЕРЕМЕЕВА Н. И., ВАХРУШЕВА Д. В.

EFFICIENCY OF INFECTIOUS TUBERCULOSIS PATIENTS' DETECTION IN CLINICAL DIAGNOSTIC LABORATORIES OF PRIMARY MEDICAL CARE IN URALS FOR 2010-2012

YEREMEEVA N. I., VAKHRUSHEVA D. V.

ФГБУ «Уральский НИИ фтизиопульмонологии» МЗ РФ, г. Екатеринбург

Ural Phthisiopulmonology Research Institute, Yekaterinburg, RF

Метод бактериоскопического исследования мокроты по Цилю – Нельсену во всем мире признан быстрым, простым, относительно недорогим и доступным способом выявления наиболее эпидемически опасных больных туберкулезом с бактериовыделением. Данный метод входит в схемы обследования пациентов с целью выявления туберкулезной инфекции и на первом этапе диагностики осуществляется в клинико-диагностических лабораториях (КДЛ) учреждений первичной медико-санитарной помощи (ПМСП).

В связи с тем, что ситуация по туберкулезу на территориях Урала, подведомственных ФГБУ «Уральский НИИ фтизиопульмонологии» Минздрава России, на протяжении ряда лет расценивается как напряженная, близкая к эпидемии, можно было бы ожидать высокую чувствительность (до 65% и выше) прямого метода микроскопии мокроты по Цилю – Нельсену.

Цель: анализ выявляемости туберкулеза при проведении бактериоскопического исследования в 2010-2012 гг. в учреждениях ПМСП на террито-