

Прекращение бактериовыделения в основной группе было достигнуто у 40 (90,1%) пациентов и наблюдалось в следующие сроки: до 4 мес. – у 12 (30%) человек, на 5-6 мес. – у 17 (42,5%), на 6-8 мес. – у 6 (15%), более 8 мес. – у 5 (12,5%).

В группе сравнения данный показатель составил 66,7% (54 человека) ($p < 0,05$). До 4 мес. – 8 (14,8%) человек, на 5-6 мес. – 14 (25,9%), на 6-8 мес. – 24 (44,5%), более 8 мес. – (14,8%).

В целом закрытие полостей распада у пациентов первой группы наблюдалось в 88% случаев (39 человек). В группе сравнения данный показатель составил 51,8% (42 человека) ($p < 0,05$).

Средняя длительность наблюдения за пациентами составила в основной группе 3,45 года, в группе сравнения – 3,78 года. Таким образом, по срокам наблюдения после выписки из стационара группы вполне сопоставимы.

За период наблюдения у 18 (40,9%) пациентов основной группы и у 31 (38,3%) – группы сравнения наблюдались рецидивы туберкулезного процесса и неудача в лечении ($p > 0,05$).

При повторном лечении пациентов основной группы у 5 (27,8%) был повторно наложен ИП, с эффектом у 3 из них. У 5 (27,8%) пациентов выполнены оперативные вмешательства: пульмонэктомия – у 3, верхнедолевая лобэктомия – у 1, экстраплевральная торакопластика – у 1. Повторное лечение эффективно у 11 (61,1%) пациентов.

При повторном лечении пациентов группы сравнения у 3 (9,7%) выполнены оперативные вмешательства: 2 сегментэктомии и 1 торакопластика.

Исход лечения основной группы по данным отдаленных результатов может быть оценен как успешный у 37 из 44 (84,1%) пациентов. Умерли 6 (13,6%) человек: в том числе 4 (67%) с излеченным туберкулезом от других причин, 2 (33%) – от туберкулеза. Успешное лечение в группе сравнения наблюдается у 42 (51,8%) пациентов ($p < 0,05$). У 34 (41,9%) пациентов процесс перешел в фиброзно-кавернозный, умерло 18 (22,2%) ($p < 0,05$) человек: от туберкулеза – 14 (77,8%) человек ($p < 0,05$), от других причин – 4 (22,2%) человека.

Выводы.

1. У пациентов с туберкулезом с МЛУ МБТ с сохранившейся полостью распада эффективность лечения снижается (51,8%) при высокой частоте развития фиброзно-кавернозного туберкулеза (41,9%) и летальности (22,2%).

2. Частота прекращения бактериовыделения и закрытия полостей распада в стационаре у пациентов с деструктивным туберкулезом с МЛУ МБТ значительно повышается при комплексном лечении с применением ИП.

3. Применение ИП благоприятно влияет на отдаленные результаты лечения, позволяя добиться высокого клинического эффекта в отношении туберкулезного процесса.

СОВРЕМЕННАЯ ТАКТИКА РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ ДЕТЕЙ НА ТУБЕРКУЛЕЗ

ШЕПЕЛЕВА Л. П., КРАВЧЕНКО А. Ф.

CURRENT TACTICS FOR X-RAY EXAMINATION OF CHILDREN FOR TUBERCULOSIS

SHEPELEVA L. P., KRAVCHENKO A. F.

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

Scientific Practical Phthisiology Center, Yakutsk, RF

Цель: оптимизация рентгенологического обследования детей и подростков на туберкулез для повышения точности диагностики и сокращения сроков обследования.

Материалы и методы. Для изучения эффективности использования рентгенологических методов (традиционных методов и компьютерной томографии – КТ) использованы результаты клинико-рентгенологических обследований 1 925 детей. В целях изучения целесообразности комплексного использования вышеперечисленных методов проведена оценка показателей информативности каждого из них: диагностической чувствительности

(ДЧ), специфичности (ДС), эффективности (ДЭ), предсказательной ценности положительного результата (ПЦПР), предсказательной ценности отрицательного результата (ПЦОР). Материалом для исследования послужили результаты рентгенологических обследований 595 детей, проведенных в диспансерном отделении Детского центра ГБУ РС (Я) «НПЦ "Фтизиатрия"» и Республиканском детском туберкулезном санатории им. Т. П. Дмитриевой. Проведена оценка лучевых дозовых нагрузок при использовании рентгенологических методов у 200 детей, обследуемых на первичный туберкулез.

Результаты исследования. Все 1 925 детей по направленным диагнозам на КТ распределены на четыре группы: первая группа – дети из групп риска по заболеванию туберкулезом, направленные для диагностики туберкулеза, – 1 840 (95,6%) детей, состоящих на учете по VIA, VIB, VIB, IV группам диспансерного учета. Из них 972 (52,8%) детей наблюдались по 0-й группе с подозрением на туберкулез; вторая группа – дети, направленные с неспецифическими заболеваниями легких и поствоспалительными изменениями, – 72 (3,7%); третья группа – дети, направленные с подозрением на новообразования легких и средостения, – 10 (0,5%); четвертая группа – дети, направленные с врожденными аномалиями развития бронхолегочной системы, – 3 (0,2%).

После проведения КТ-исследования процентные соотношения вышеперечисленных групп значительно изменились. Из 1 925 детей у 1 377 (71,5%) на КТ патологические изменения в легких и средостении не выявлены. У 972 (52,8%) детей из групп риска, у которых по результатам клинических исследований и по заключениям традиционных рентгенологических исследований был заподозрен локальный туберкулезный процесс, после КТ-исследования процент локального туберкулезного процесса составил всего 10,7% (206 детей). Это указало на недостаточно объективную диагностику туберкулеза традиционными рентгенологическими методами исследования (обзорной рентгенографией и линейной томографией), а именно гипердиагностику в 78,8% случаях.

После проведения КТ-исследований отмечены значительный рост числа неспецифических воспалительных изменений (от 72 до 180 детей, или от 3,7 до 9,4%) на фоне снижения количества специфических туберкулезных изменений, а также снижение числа новообразований легких и средостения на фоне достаточно большого количества рентгенологически выявленных гиперплазий вилочковой железы, аномалий развития.

В действующей инструкции по организации диспансерного наблюдения и учета контингентов противотуберкулезных учреждений Приказа МЗ РФ № 109 от 21 марта 2003 г. «О совершенствовании противотуберкулезных мероприятий в Российской Федерации» объем и кратность рентгенологического обследования детей и подростков основаны

на использовании комплекса стандартного обследования, включающего рентгенографию и линейную томографию средостения. В настоящее время КТ применяется как дополнительный метод при подозрении на малую форму туберкулеза внутригрудных лимфатических узлов.

В результате сравнительного анализа диагностической значимости рентгенологических методов установлено, что наиболее информативным методом в диагностике первичного туберкулеза органов дыхания является КТ (ДЧ – 97%, ДС – 94%, ДЭ – 95%, ПЦПР – 80%, ПЦОР – 99%). Показатели диагностической значимости традиционных рентгенологических методов: ДЧ – 48%, ДС – 38%, ДЭ – 43%, ПЦПР – 43%, ПЦОР – 43%, что в 2-2,5 раза ниже, чем показатели КТ.

Изучение лучевой нагрузки при рентгенологических исследованиях показало, что эффективные дозы зависят от вида применяемого метода исследования: при обзорной рентгенографии в среднем дети получают дозу, равную 0,035 мЗв, при линейной томографии – 0,16 мЗв, при КТ – 1,28 мЗв. При комплексном поэтапном рентгенологическом обследовании дети получают достаточно высокую лучевую нагрузку: от 1 до 2,3 мЗв.

Полученные результаты указали на необходимость оптимизации объема рентгенологических исследований и нецелесообразность поэтапного рентгенологического обследования на туберкулез.

Выводы.

1. Информативность КТ в диагностике специфических изменений во внутригрудных лимфатических узлах и легочной ткани в 2-2,5 раза превышает диагностическую значимость традиционных рентгенологических методов.

2. При поэтапном рентгенологическом обследовании (обзорная рентгенограмма, линейная томография и КТ) дети получают достаточно высокую лучевую нагрузку, что указало на необходимость отказа от линейной томографии при обследовании детей и подростков на первичный туберкулез в пользу метода КТ.

3. В целях повышения эффективности диагностики, сокращения сроков обследования КТ легких и средостения необходимо включить в обязательный диагностический минимум обследования детей и подростков с различными проявлениями туберкулезной инфекции.