

*Кильдюшева Е.И., Скорняков С.Н., Медвинский И.Д.,
Мотус И.Я., Залетаева Г.Е., Савельев А.В.*

Пневмоперитонеум в комплексном лечении распространенных форм деструктивного туберкулеза легких

Федеральное государственное бюджетное учреждение «Уральский научно-исследовательский институт фтизиопульмонологии» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Екатеринбург

*Kildyusheva E.I., Skorniyakov S.N., Medvinsky I.D., Motus I.Y., Zaletayeva G. E.,
Savelyev A.V.*

Pneumoperitoneum in a complex treatment of widespread forms of destructive tuberculosis of lungs

Резюме

В статье отражены современные представления о применении коллапсотерапевтических методов в комплексном лечении пациентов с распространенными формами деструктивного туберкулеза легких на фоне различной степени лекарственной устойчивости *m. tuberculosis*. Авторами изложена технология выполнения пневмоперитонеума, его роль в повышении эффективности консервативного лечения и использование в пред- и послеоперационном периодах.

Ключевые слова: пневмоперитонеум, искусственный пневмоторакс, клапанная бронхоблокация, множественная лекарственная устойчивость, широкая лекарственная устойчивость

Summary

In the article there are modern ideas of application of collapsotherapeutic methods in complex treatment of patients with widespread forms of destructive tuberculosis of lungs against various degree of medicinal immunity of a *m. tuberculosis*. Authors presented the technology of performance of pneumoperitoneum, its role in increase of efficiency of conservative treatment and use in pre- and postoperative periods.

Keywords: pneumoperitoneum, artificial pneumothorax, valvate bronkhoblokation, multiple medicinal immunity, wide medicinal immunity

Введение

Возможность применения пневмоперитонеума (ПП) при туберкулезе легких впервые была выдвинута А.Вануй в 1931г. [1]. С 1946 г. ПП постепенно внедряется в практику противотуберкулезных учреждений Советского Союза. И.А. Шакленн детально разработал возможности использования этого метода в начальный период антибактериальной терапии [2]. Об эффективности ПП свидетельствовали снижение симптомов интоксикации, гемостатическое действие при легочных кровотечениях, стабилизация туберкулезного процесса.

В 50-е годы российский опыт применения коллапсотерапии при различных формах туберкулеза легких насчитывал тысячи наблюдений.

Открытие противотуберкулезных препаратов (ПТП) бактериостатического и бактерицидного действия на МЛУ, их широкое применение во фтизиатрической практике, начиная с 60-х годов, привело к снижению потребности в ПП. Хотя ряд авторов указывали на высокую

эффективность ПП в лечении больных деструктивным туберкулезом легких, предлагая использовать краткосрочный ПП (до 6 мес.) на фоне противотуберкулезной терапии [3]. В послеоперационном периоде ПП применялся для ускорения расправления легкого при резекциях [4].

Применение коллапсотерапии в современный период

Проблема туберкулеза в России является высокоактуальной. Удалось добиться стабилизации и снижения заболеваемости и смертности в течение последних пяти лет. В тоже время сохраняется высокая доля больных с бактериовыделением – 41,7% и деструкциями – 45,6%. Характерен рост доли МЛУ ТБ среди впервые выявленных больных до 17,3%, а среди всех больных с бактериовыделением до 30,3%. Эффективность лечения больных с туберкулезом легких с МЛУ низкая. В 2010 г. прекращение бактериовыделения составило 36% от всех исходов. В последнее десятилетие появилась новая опасная форма лекарственно – устойчивого туберкулеза

– с широким спектром устойчивости (ШЛУ). Вопрос о возможности излечения этих больных или прекращения бактериовыделения у них остается проблематичным [5].

Выявляемые побочные реакции осложняют проведение стандартных режимов химиотерапии. При лечении больных с лекарственно-устойчивым туберкулезом резервными препаратами наблюдается более высокий уровень побочных реакций [6]. Существенное влияние на эффективность лечения оказывают сопутствующие туберкулезу заболевания: сахарный диабет, заболевания желудочно-кишечного тракта и печени. Чаще всего имеет место сочетание нескольких неблагоприятных факторов: сопутствующие заболевания и побочные реакции на химиопрепараты.

Низкая эффективность терапии деструктивного туберкулеза легких, особенно при МЛУ туберкулезе, отсутствие резервов химиотерапии при ШЛУ, определяет необходимость использования всех арсеналов терапии, в т.ч. сочетания ПТП с коллапсотерапией и хирургическим лечением [8, 9].

Пневмоперитонеум используется при распространенном туберкулезе легких с наличием очаговой диссеминации в базальных отделах легких, как самостоятельный метод коллапсотерапии или в сочетании с ИП [7, 10]. Наложение ПП в самом начале лечения больных казеозной пневмонией должно быть обязательной мерой, чтобы предотвратить бронхогенное обсеменение и поддерживается до осуществления хирургического вмешательства. Продолжение ПП на санаторном этапе лечения, начатого в стационарных условиях, существенно повышает эффективность основного курса химиотерапии и позволяет добиться клинического излечения с малыми остаточными изменениями.

Цель настоящего исследования состояла в повышении эффективности лечения больных с распространенными формами деструктивного туберкулеза легких на основе применения ПП, ПП и искусственного пневмоторакса (ИП), ПП и клапанной бронхоблокации (КББ)

Материалы и методы

Пневмоперитонеум – введение газа в брюшную полость с целью терапии легочного туберкулеза.

ПП применялся при консервативном лечении инфильтративного туберкулеза легких (полисегментарного, двустороннего), подострого диссеминированного туберкулеза легких, казеозной пневмонии, очаговой диссеминации в базальных сегментах легких как осложнение других форм туберкулеза легких.

ПП сочетался с ИП при верхнедолевой локализации каверн и базальной очаговой диссеминации.

ПП сочетался с КББ с целью уменьшения объема перерастяжения неколлабированных участков легкого.

ПП также использовался в предоперационном и в раннем послеоперационном периоде для профилактики остаточной полости при долевыми и комбинированными резекциями легкого путем временного уменьшения объема гемиторакса.

При неотложных показаниях – кровохарканьи и ле-

гочном кровотечении с гемостатической целью при нижнедолевой локализации туберкулеза легких.

До наложения ПП проводили контрольное исследование ФВД, ЭКГ для исключения дыхательной недостаточности III степени, бронхообструктивного синдрома, патологин сердечно – сосудистой системы в фазе декомпенсации. ФБС проводили по показаниям для исключения специфического поражения нижнедолевых бронхов.

При пальпации живота исключали паховую грыжу, грыжу белой линии живота, обострения заболеваний желудочно-кишечного тракта. При УЗИ органов брюшной полости исключали поражение печени и желчевыводящих путей, амилоидоз внутренних органов.

ПП формировали при введении трех – четырех инсультационной смеси в брюшную полость. При первой инсультации вводили 400 мл воздуха. Через день – 400-500 мл воздуха, еще через 2-3 дня – 600-700 мл воздуха. В дальнейшем, инсультацию проводили один раз в 7 дней объемом 700-1000 мл.

Для определения точного количества газа, необходимого для формирования оптимального объема ПП у больного использовалась методика расчета объема коллапса ПП. Объем ПП определяли как 17-19% для мужчин и 21-23% для женщин от должной жизненной емкости легких [11].

Эффективность ведения ПП оценивали 1 раз в 2 месяца при обзорной рентгенографии грудной клетки: при постоянном подъеме диафрагмы до уровня 4-5 передних ребер лечебный эффект ПП оптимальный.

Для выявления свободной жидкости в брюшной полости проводили УЗИ брюшной полости.

Роспуск ПП проводили после стойкого прекращения бактериовыделения, регрессии очагов базальной диссеминации и рубцевания каверн. Полное расправление легкого подтверждалось обзорной рентгенограммой грудной клетки.

Метод наложения ПП отличается высокой степенью безопасности. Осложнения развиваются при грубом нарушении техники наложения ПП.

Самое частое осложнение – возникновение подкожной эмфиземы. Клинически проявляется крепитацией при пальпации живота. Регрессирует в течение двух – семи дней и не является показанием для прекращения ПП.

Осложнение при ведении ПП: пневмоплеврит, возникающий при длительном ПП – более 6 месяцев. Протекает бессимптомно, реже с болями, формированием спаек, главным образом, под куполом диафрагмы. При пункции брюшной полости из просвета иглы выделяется экссудат. Устраняется уменьшением частоты и объема инсультаций.

Особенности использования ПП в лечении больных
Ведение ПП при МЛУ туберкулезе длительное: 8-12 мес. – до стойкого прекращения бактериовыделения и рубцевания каверн.

Сочетание ПП и ИП применяют в лечении распространенных форм туберкулеза легких. Первоначально накладывают ПП на 1-2 месяца. После снижения симпто-

мов интоксикации и начала стабилизации туберкулезного процесса (регрессия очагов обсеменения, уменьшение в диаметре больших каверн) накладывают ИП.

Тактика применения ПП в хирургическом лечении туберкулеза зависит от распространенности туберкулеза легких.

При ограниченном туберкулезе и отсутствии очагового обсеменения базальных сегментов легких ПП накладывается за одну неделю до операции для профилактики остаточной полости при долевых резекциях легкого. В послеоперационном периоде его продолжают 1-2 месяца.

При распространенном деструктивном туберкулезе с очаговым обсеменением базальных отделов легких сроки предоперационного лечения, включая ПП, варьируют от 2 до 4 месяцев, в зависимости от клинкорентгенологической динамики заболевания. При планируемых больших резекционных вмешательствах его сроки увеличивают. Стабилизация и ограничение туберкулезного процесса перед резекционным и коллапсохирургическим вмешательством позволяют избежать реактивации туберкулеза в оперированном легком. Временное уменьшение объема гемоторакса в раннем послеоперационном периоде способствует быстрому расправлению легкого.

При больших резекциях и МЛУ туберкулезе ПП сохраняют на период интенсивной фазы.

Обязательно использование ПП в послеоперационном периоде, когда операция проведена в неотложном порядке, и угроза реактивации туберкулеза велика. Сроки ведения ПП длительные. Решение о роспуске ПП принимают индивидуально, с учетом исходной формы туберкулеза, состояния противоположного легкого.

Применение коллапсотерапии позволяет повысить клиническую и экономическую эффективность лечения. Коэффициент «затраты-эффективность» в группе с ПП на 47,2% меньше, чем в контрольной [12].

Результаты и обсуждение

В исследование включены 247 больных распространенным (объем поражения превышает три сегмента) деструктивным туберкулезом легких в возрасте от 18 до 60 лет, в лечении которых применялся ПП. Ведение ПП дополняли ИП при наличии деструкций в верхних долях легких и свободной плевральной полости и КББ при невозможности формирования ИП. Для оценки эффективности ПП изучали три группы больных. Первую группу составили 74 больных, выделявших чувствительную культуру МБТ, а также моно- или полирезистентную. Больные второй группы в количестве 115 человек имели МЛУ к основным и резервным препаратам. Больные третьей группы имели ШЛУ к ПТП и составили 58 человек. ПП применен у 36 больных первой группы, 45 больных второй группы и 32 больных третьей группы. ПП в сочетании с ИП использован у 32, 61 и 26 больных соответственно. ПП дополнял КББ у шести больных первой группы и девяти второй. Контрольную группу, лечившуюся только химиопрепаратами составили 35 больных с чувствительной культурой МБТ, моно- или полирези-

стентной, 32 больных с МЛУ к основным и резервным препаратам и 15 больных с ШЛУ. Группы рандомизированы и стандартизованы по полу, возрасту и формам туберкулеза.

Среди больных преобладали мужчины – 215 больных (65,3%), из них более 60% – самого работоспособного возраста от 20 до 40 лет.

У 100 больных (91,7%) из 109 первой группы туберкулез был выявлен впервые. Ранее неэффективно лечились от одного года до двух лет 9 (8,3%) больных.

Клинические проявления туберкулеза представлены инфильтративной – 78 (71,5%), диссеминированной – 10 (9,2%), казеозной пневмонией – 12 (11%), фиброзно-кавернозной – 9 (8,3%) формами. Чувствительная культура МБТ выделена у 49 (44,9%) больных, монорезистентность МБТ диагностирована у 17 (15,6%) больных, полирезистентность – у 43 (39,5%) больных.

Во второй группе из 147 больных впервые выявленных было 50 (34,0%). Ранее неэффективно лечились от одного года до двух лет 97 (66,0%) больных. Инфильтративный туберкулез в структуре заболевших составили 70 (47,6%) больных. Казеозная пневмония отмечена у 12 (8,2%) больных, диссеминированный туберкулез – у 27 (18,4%) больных, фиброзно-кавернозный – у 38 (25,8%) больных. Все больные выделяли культуру МБТ с высокой степенью лекарственной устойчивости к основным и резервным препаратам.

Третья группа с ШЛУ составила 73 больных. Ранее неэффективно лечившиеся составили 51 (69,9%) больной. У больных второй и третьей групп преобладали множественные деструкции, двустороннее поражение, массивное обсеменение.

Химиотерапия у впервые выявленных больных при чувствительной культуре МБТ проводилась по I или II Б режиму. Индивидуализированный режим химиотерапии применен при наличии устойчивости у 60 (55,0%) больных. Во второй и третьей группах использовался индивидуализированный режим ХТ.

Сроки ведения ПП в первой группе составили от трех до шести месяцев. Во второй группе – от шести до восьми месяцев. В третьей группе – от восьми до 12 месяцев

Эффективность использования усовершенствованной медицинской технологии определялась по скорости регрессии очагового обсеменения в базальных отделах легких, критериям прекращения бактериовыделения, закрытия полости распада. Скорость регрессии очагового обсеменения в базальных отделах легких в первой группе с использованием ПП, ПП+ИП составила $4,2 \pm 1,1$ мес. В группе с использованием только химиотерапии – у 25 (71,4%) в срок $6,1 \pm 1,7$ мес.

Регрессия очагового обсеменения во второй группе с использованием ПП, ПП+ИП наступала медленнее, что было обусловлено большой распространенностью и массивностью обсеменения и составила $6,3 \pm 1,4$ мес.

В группе с использованием только химиотерапии регрессия очагового обсеменения отмечена у 17 (53,1%) в срок $8,4 \pm 1,8$ мес.

Таблица 1. Эффективность лечения больных деструктивным туберкулезом легких в основной и контрольной группах

Группа наблюдения	Технология лечения							
	ПП + ХТ		ПП+ИП+ХТ		ПП+КББ		ХТ	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Больные с чувствительной культурой МБТ, монополирезистентностью	n=36		n=32		n=6		n=35	
Прекращение бактериовыделения	31	86,1	28	87,5	5	83,3	23	65,7
Закрытие полости распада	28	77,8	27	84,4			20	57,1
Больные с МЛУ культурой МБТ	n=45		n=61		n=9		n=32	
Прекращение бактериовыделения	39	86,7	52	85,2	6	66,7	13	40,6
Закрытие полости распада	30	66,7	48	78,7			7	21,8
Больные с ШЛУ культурой МБТ	n= 32		n = 26		-		n = 15	
Прекращение бактериовыделения	15	46,9	20	76,9	-	-	4	26,6
Закрытие полости распада	8	25,0	17	65,1				

В третьей группе при использовании ПП, ПП и ИП регрессия очагового обсеменения наступила в срок 6,9±1,5 мес. У больных контрольной группы наблюдалась у 4 (26,6%) больных в срок 8,5±1,9 мес.

Эффективность лечения по критерию прекращения бактериовыделения и закрытию полостей распада представлена в табл. 1.

В первой группе к 12 мес. лечения ПП прекращение бактериовыделения наступило в 86,1% случаев. При использовании ПП и ИП – в 87,5%. При использовании только химиотерапии прекращение бактериовыделения отмечено у 65,7% больных. Наименьшие сроки прекращения бактериовыделения были в группе ПП+ИП – 3,2±1,3 мес., а в группе с использованием ПП – 4,2± мес. 1,4 мес. Больные, лечившиеся только химиопрепаратами, прекратили выделять МБТ в срок 5,4±1,5 мес. Рубцевание каверн имело место у 77,8%, 84,4% и 57,5%, соответственно. При использовании ПП в сочетании с КББ прекращение бактериовыделения и формирование зоны цирроза наступило в 83,3%.

Значительные различия эффективности лечения в зависимости от технологии выявлены во второй группе.

Так, к 12 мес. лечения с использованием ПП прекращение бактериовыделения наступило в 86,7%, с использованием ПП+ИП – 85,2% случаев. В группе, где применена только химиотерапия, результат значительно хуже – 40,6%. Сроки прекращения бактериовыделения в группе с ПП составили 6,8 мес., в группе ПП+ИП – 6,4 мес. У больных с использованием только химиопрепаратов – 11,8 мес. К 12 мес. лечения рубцевание каверн имело место в 66,7%, 78,7% и 21,8% соответственно.

При использовании ПП в сочетании с КББ прекращение бактериовыделения и формирование зоны цирроза наступило в 66,7%.

В третьей группе эффективность лечение высокая при использовании комбинации ПП, ИП и ХТ – прекра-

шение бактериовыделения и рубцевание полостей распада наступило в 76,9% и 65,1%. При использовании только ПП, соответственно, 46,9% и 25%. В контрольной группе при ШЛУ удалось достичь прекращения бактериовыделения в 26,6%, рубцевание полостей распада не достигнуто.

Для определения эффективности применения ПП при резекциях легких мы сравнили ряд показателей, характеризующих течение послеоперационного периода в группах больных, оперированных на фоне сформированного ПП (n=34) и без ПП (n=37). Так, средний срок продолжающегося сброса воздуха по дренажу после операции составил в 1 группе 1,7 суток, а во 2 группе- 3,9 суток. Соответственно сроки дренирования плевральной полости после операции составили 2,8 и 4,2 суток. Различия статистически достоверно (p > 0,05).

Сочетание ХТ и ПП при распространенном туберкулезе легких является эффективным и представлено следующим наблюдением:

Больной В., 25 лет. Выявлен впервые при обращении с выраженным интоксикационным синдромом: лихорадка гектического типа, снижение массы тела (индекс массы тела 17,6), кашель со слизисто – гнойной мокротой, одышка при минимальной физической нагрузке. Установлен диагноз двусторонней казеозной пневмонии с массивным обсеменением. МБТ+ бактериоскопически. Лечение в ПТД по месту жительства по II Б режиму ХТ. После 30 доз R и K у больного развился токсический гепатит с синдромом цитолиза и двусторонняя острая сенсоневральная тугоухость IV степени. Инъекционные препараты и Cs исключены из комбинации ХТ. Течение туберкулеза осложнилось спонтанным пневмотораксом. Легкое расправлено при дренировании. После получения ТЛЧ с МЛУ к H, R, S, Ofx больной направлен в УНИИФ. Дополнительно проведена ФБС: выявлен двусторонний неспецифический эндобронхит ВДБ I ст.воспаления. На

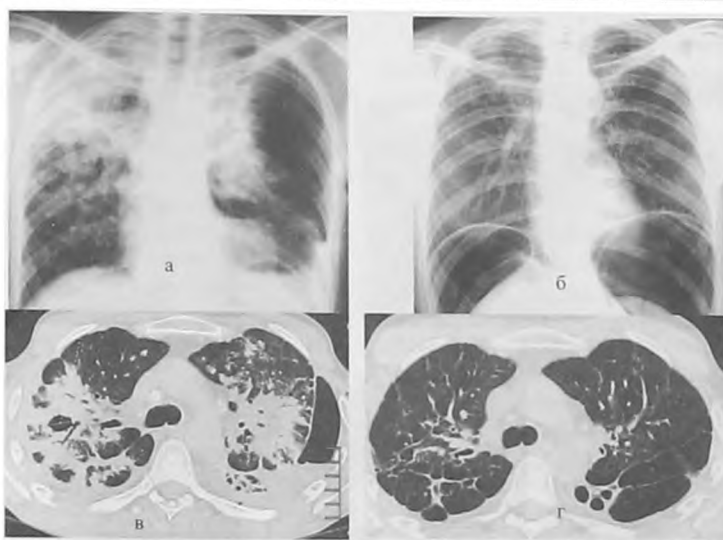


Рис. 1. ПП в фазе интенсивной терапии больного с двусторонним инфильтративным туберкулезом легких в фазе распада и обсеменения. МБТ+. Первичная МЛУ

а, в Обзорная рентгенограмма и компьютерная томограмма

Субтотальная инфильтрация верхних долей легких и S6 с обеих сторон с большими многокамерными полостями диаметром от 20 до 60 мм, очаговое обсеменение нижних долей. Спонтанный пневмоторакс слева.

б, г Обзорная рентгенограмма и компьютерная томограмма

Регрессия инфильтрации в верхних долях и S6 и очагового обсеменения с обеих сторон, цирроз верхних долей через 8 мес. интенсивной фазы. ПП.

компьютерной томографии выявлена субтотальная инфильтрация верхних долей легких и S6 с обеих сторон с большими многокамерными полостями, очаговое обсеменение нижних долей (рис. 1, а, в.).

Установлен диагноз двусторонней казеозной пневмонии верхних долей и S6 с обеих сторон с массивным обсеменением нижних долей. МБТ+. Первичная МЛУ.

Интенсивная фаза индивидуализированной ХТ проводилась комбинацией Lfx, PAS, Pto, Z. Из комбинации исключены инъекционные препараты, CS. Методом небулайзерных ингаляций вводили раствор диоксида, беродуала. Сформирован ПП с подъемом куполов диафрагмы до 5 ребер. Через два месяца регрессировали симптомы интоксикации, прекратилось бактериовыделение методом бактериоскопии и посева. Нормализация гемограммы к тем месяцам лечения.

Через 8 месяцев интенсивной фазы отмечается регрессия инфильтрации в верхних долях и S6 и очагового обсеменения с обеих сторон, с исходом в цирроз верхних долей (рис. 1, б, г.) Фаза продолжения ХТ в условиях санатория с ПП.

Эффективность применения сочетания ХТ, ПП и ИП демонстрирует следующее наблюдение:

Больной Д, 26 лет. Выявлен впервые при обращении с выраженными симптомами интоксикации: лихорадка, снижение массы тела (индекс массы тела 18,2), сухой кашель, одышка при физической нагрузке. Установлен диагноз инфильтративного туберкулеза верхней доли и S6 левого легкого в фазе распада и обсеменения верхней и нижней долей левого легкого. МБТ+ при бактериоско-

пии. Лечение в ПТД по месту жительства по I режиму ХТ три месяца без эффекта: сохранялись симптомы интоксикации, бактериовыделение методом бактериоскопии и посева. После получения теста лекарственной чувствительности (ТЛЧ) с МЛУ культуры МБТ к Н, R, E, S, K, Eta переведен в УНИИФ. Проведено дополнительное обследование: ФБС, где был выявлен локальный эндобронхит ЛВДБ I степени воспаления. При УЗИ брюшной полости доступные осмотру структуры без патологии. На компьютерной томографии легких инфильтрация верхней доли и S6 левого легкого с множественными полостями распада диаметром от 20 до 40 мм. Множественные очаги в верхней и нижней долях слева (рис. 2, а, в).

Установлен диагноз инфильтративного туберкулеза левого легкого в фазе распада и обсеменения левого легкого. МБТ+. Первичная МЛУ.

Интенсивная фаза индивидуализированной ХТ проводилась комбинацией Cm, Lfx, Cs, PAS, Z. Сформирован ПП с подъемом куполов диафрагмы до 5 ребер. После уменьшения симптомов интоксикации через один месяц от начала лечения наложен ИП слева с широкой спайкой в области купола легкого. Произведена видеоторакоскопия с торакокаустикой, достигнут оптимальный коллапс ИП.

ПТП и коллапсотерапия продолжались 8 месяцев. Через два месяца от начала комбинированной терапии наступила регрессия симптомов интоксикации, нормализация гемограммы, прекращение бактериовыделения методом бактериоскопии и посева, частичная регрессия инфильтрации в верхней доли и S6 слева и очагового об-

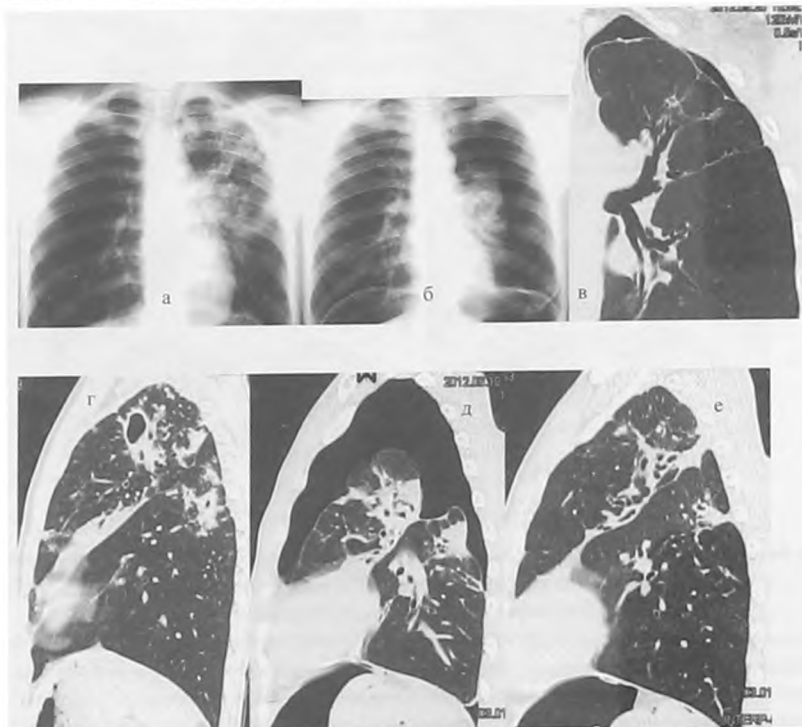


Рис. 2. ПП в сочетании с ИПС у больного с инфильтративным туберкулезом левого легкого с распадом и обсеменением. МБТ+. Первичная МЛУ. Интенсивная фаза терапии

а, в Обзорная рентгенограмма и компьютерная томограмма

Инфильтрация верхней доли и S6 левого легкого с множественными полостями распада диаметром от 20 до 40 мм.

Множественные очаги в верхней и нижней долях. б, г Обзорная рентгенограмма и компьютерная томограмма

Частичная регрессия инфильтрации в верхней доли и S6 слева и очагового обсеменения, спадение полостей распада. Через 2 мес. ПП, ИПС. д, е Компьютерная томограмма Через 8 мес. ПП и ИПС: S 1 – 3, 5, 6 слева уменьшены в объеме за счет цирроза. Немногочисленные очаги и рубцы.

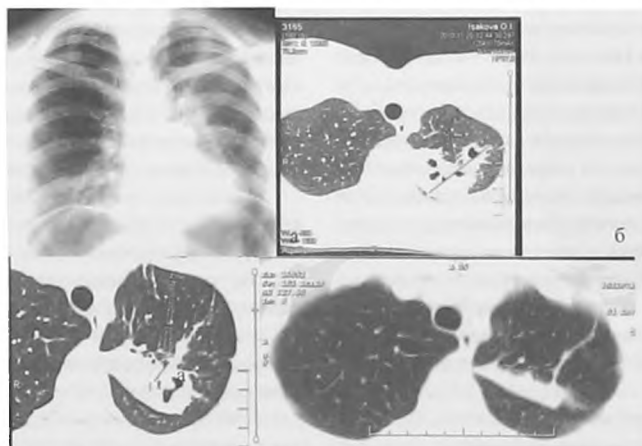


Рис. 3. Сочетание пневмоперитонеума и КББ у больной с инфильтративным туберкулезом левого легкого с распадом и обсеменением. МБТ+. МЛУ. Повторный курс

а, б Обзорная рентгенограмма и компьютерная томограмма. Инфильтрация верхней зоны левого легкого с множественными полостями распада диаметром от 10 до 30 мм. Очаги обсеменения в верхней доле. в, г Обзорная и боковая рентгенограммы, компьютерная томограмма. в, г, д ПП с подъемом куполов диафрагмы до 4-5 ребер. КББ левого ВДБ с ателектазом верхней доли левого легкого. е Компьютерная томограмма. Через 4 мес. КББ регрессия инфильтрации, рубцевание полостей распада в верхней зоне левого легкого с исходом в локальный цирроз.

семенения, спадение полостей распада (рис. 2, б, г).

Через 8 мес. отмечалось полная регрессия инфильтрации, стойкое рубцевание полостей распада с исходом в цирроз 1 – 3, 5, 6 S левого легкого. Сохраняются немногочисленные очаги и рубцы (рис. 2, д, е). Фаза продолжения ХТ в условиях санатория.

На рис.3 представлена технология пневмоперитонеума и КББ у больной с инфильтративным туберкулезом левого легкого с распадом и обсеменением. МБТ+. МЛУ. Повторный курс. Через 4 мес. КББ в сочетании с ПП наступила регрессия инфильтрации, рубцевание полостей распада в верхней зоне левого легкого с исходом в локальный цирроз.

Выводы

1. Соблюдение техники наложения и ведения ПП обеспечивает высокую безопасность метода. Разработанная технология ведения и расчета объема коллапса пневмоперитонеума позволяет повысить точность предварительного определения оптимального объема ПП и сократить количество контрольных рентгенологических исследований и повысить экономическую эффективность лечения.

2. Регрессия очагового обсеменения наступила у всех больных при использовании ПП независимо от устойчивости МБТ, у больных групп сравнения в 71,4% (первая группа), 53,1% (вторая группа), в 26,6% (третья группа).

3. Использование ПП в сочетании с ИП и КББ позволяет значительно повысить эффективность лечения больных с распространенным деструктивным туберкулезом легких.

4. Применение ПП в сочетании с ИП у больных с ШЛУ является методом выбора.■

Кильдюшева Е.И., к.м.н., ст.н.с., заведующая отделением лечения туберкулеза легких с МЛУ ФГБУ «УНИИФ» Минздрава России, г. Екатеринбург; Скорняков С.Н., д.м.н., директор ФГБУ «УНИИФ» Минздрава России, г. Екатеринбург, зав. кафедрой фтизиатрии и пульмонологии ГБОУ ВПО «УГМА» Минздрава России, г. Екатеринбург; Медвинский И.Д., д.м.н., заместитель директора по научной работе ФГБУ «УНИИФ» Минздрава России, г. Екатеринбург; Мотус И.Я., д.м.н., заведующий лабораторией консервативных и хирургических технологий лечения туберкулеза ФГБУ «УНИИФ» Минздрава России, профессор кафедры фтизиатрии и пульмонологии ГБОУ ВПО УГМА г. Екатеринбург; Залетаева Г.Е., заведующая отделением лечения туберкулеза легких ФГБУ «УНИИФ» Минздрава России, г. Екатеринбург; Савельев А.В., к.м.н., ст.н.с., заведующий отделением лучевой диагностики ФГБУ «УНИИФ» Минздрава России, г. Екатеринбург; Автор, ответственный за переписку: Кильдюшева Елена Ивановна, 620039, г. Екатеринбург, ул. XXII Партсъезда, 50, тел. (343)333-44-49, e-mail: urniif@urniif.ru

Литература:

1. Banyai A., Pneumoperitoneum, Review of 220 cases. M. rev. 1938; 31-148.
2. Шаклеин И.А. Пневмоперитонеум при туберкулезе легких. М.: Медицина. 1956; 167.
3. Урсов И.Г., Рейхруд В.М. Эффективность химиотерапии и кратковременного ПП при лечении больных деструктивным туберкулезом легких. Проблемы туберкулеза 1976; 11: 27-30.
4. Вядро Г.А. Пневмоперитонеум и его модификации в современной клинике туберкулеза. Проблемы туберкулеза 1977; 4: 84-86.
5. Туберкулез в Российской Федерации 2010г. Аналитический обзор статистических показателей по туберкулезу, используемых в Российской Федерации. М. 2011.
6. Мишин В.Ю., Чуканов В.И., Григорьев Ю.Г. Побочное действие противотуберкулезных препаратов при стандартных и индивидуальных режимах химиотерапии. М.: 2004; 207.
7. Соколов В.А., Кильдюшева Е.И., Егоров Е.А. и др. Возможности коллапсотерапии при лечении деструктивного туберкулеза легких. Проблемы туберкулеза 2002; 5: 16-19.
8. S. Skorniyakov, I. Motus, E. Kildyusheva Peculiarities and results of treatment in XDR pulmonary tuberculosis. European Respiratory Journal. 2012; V.40: 56.
9. I. Motus, E. Kildyusheva, A. Bazhenov Pneumonectomy in pulmonary tuberculosis. To do or not to do? European Respiratory Journal. 2012; V.40: 56.
10. Кильдюшева Е.И., Скорняков С.Н., Медвинский И.Д., Мотус И.Я. Искусственный пневмоторакс: новая роль в новых условиях. Материалы I Конгресса Национальной Ассоциации фтизиатров. С-Петербург, 18-20.10.2012; 123-124, 246.
11. Способ Определения оптимального объема искусственного лечебного пневмоперитонеума. А.с. 1482659. Межебовский В.Р., Кильдюшева Е.И.-публ.Б.И. 1989; 20: 28.
12. Егоров Е.А., Кильдюшева Е.И. Клинико – экономический анализ применения методов коллапсотерапии для лечения больных деструктивным туберкулезом легких с лекарственной устойчивостью. Всероссийская научно – практическая конференция «Совешествование медицинской помощи больным туберкулезом». С.-Петербург. 2011: 170-171.