

Таблица 2

**ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ
БОЛЬНЫХ ДЕСТРУКТИВНЫМ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ
ЧЕРЕЗ 5 ЛЕТ НАБЛЮДЕНИЯ**

Результаты лечения	Основная группа		Контрольная группа	
	абс.ч.	абс.ч.	абс.ч.	абс.ч.
Стабилизация	1	3,8	5	25
Клиническое	23	85,1	9	45
	3	11,1	6	30
Летальный исход	2	7,4	4	20
Всего:	27	100	20	100

тративная форма туберкулеза. Через 5 лет наблюдения структура клинических форм в обеих группах существенно отличалась. Так, в основной группе очаговая форма туберкулеза составила 80% случаев, в контрольной - лишь 47%, а фиброзно-кавернозный туберкулез, соответственно, 8 и 23,5%.

Результаты трудовой реабилитации больных представлены следующим образом. По окончании курса лечения в стационаре полное восстановление трудоспособности отмечено у половины больных обеих групп. Через 5 лет в основной группе полное восстановление трудоспособности наступило в 81,4% против 55% в контрольной. ($t=2$, $p<0,05$).

За период 5-летнего наблюдения в основной группе умерло от прогрессирования туберкулеза 7,4% больных, а в контрольной группе 20%.

Функциональные исследования легких пациентов основной группы показали следующее. Непосредственно после окончания ЛП у 55,5% больных нарушения ФВД не выявлено. У 44,5% определилась начальная степень обструктивного или рестриктивного типа вентиляционных нарушений. Через 5 лет наблюдения показатели ФВД сохранились на прежнем уровне.

Таким образом, изучение результатов комплексной терапии с краткосрочным наложением ЛП и ПП доказывает возможность существенного повышения (в 2 раза) эффективности излечения туберкулеза легких с осложненным течением с минимальными остаточными изменениями, сохранением дыхательной функции легких, восстановления трудоспособности в ближайшие и отдаленные сроки наблюдения. Напротив, неиспользование ЛП в аналогичных ситуациях не позволило добиться излечения практически у 50% больных.

Литература

1. Аминев Х.К., Анталинова И.Н., Гольянова К.И., Закирова Л.К. Диагностика и эффективность лечения остропрогрессирующих форм туберкулеза. Сб. Резюме III съезда научно-медицинской ассоциации фтизиатров. Екатеринбург; 1997. – с.29.

2. Андренко А.А., Грищенко Н.Г., Параскун В.Г., Баранчука А.А. Место искусственного пневмоторакса в комплексе лечения деструктивного туберкулеза легких // Пробл. туб. 1995. № 1. С. 43)

3. Репнищая З.Д., Кильдюшева Е.И. Применение лечебного пневмоторакса у больных с прогрессирующими туберкулезом легких // Пробл. туб. 1989. С.59-61.

4. Урсов И.Г., Краснов В.А., Нарышкина С.П., Боровинская Т.А. Эффективность стационарно-амбулаторного лечения больных с первыми выявленным деструктивным туберкулезом легких. Сб. Резюме III съезда научно-медицинской ассоциации фтизиатров. Екатеринбург; 1997. С.36.

5. Хоменко А.Г. Современные тенденции в эпидемиологии туберкулеза и пути уменьшения резервуара инфекции // Пробл. туб. 1997. № 1. С. 4-6.

134

О РОЛИ ЛЕГОЧНОЙ ХИРУРГИИ В ИЗЛЕЧЕНИИ ТУБЕРКУЛЕЗА

Мотус И.Я., Шулутко М.Л., Соколов В.Ю., Гапонюк П.Ф. Уральский НИИ фтизиопульмонологии, г. Екатеринбург

Положение на фронтах борьбы с легочным туберкулезом в последние годы уходящего столетия следует расценить как весьма напряженное. Основные причины этого следующие:

микобактерий, с наличием побочных реакций на препараты и тяжелых сопутствующих заболеваний, представляет значительные трудности. Повышение эффективности химиотерапии возможно лишь при использовании коллагенотерапии: лечебного пневмоторакса (ЛП) и пневмоперitoneума (ПП) [3].

Проанализированы результаты использования ЛП у 56 больных, лечившихся в период с 1987 по 1993 г. ЛП применен у вновь выявленных больных с наличием отягощающих факторов: высокой лекарственной устойчивостью МБТ, сопутствующими заболеваниями, непереносимостью противотуберкулезных препаратов, прогрессирующим течением деструктивного туберкулеза легких на фоне стандартной терапии давностью не более двух лет. Продолжительность ЛП составила 4-6 мес. У 31 больного (55,3%) с двусторонним деструктивным поражением легких наложению ЛП предшествовало лечение пневмоперitoneумом, который у 26 чел. (46,4%) был продолжен одновременно с ЛП.

Отдаленные результаты лечения изучены у 27 чел. основной группы и 20 чел. контрольной. Обе группы были сопоставимы по возрастно-половому, социальному составу, структуре клинических форм туберкулеза. В обеих группах преобладали мужчины – 62,9 и 65% соответственно. Средний возраст больных основной группы составил 33,8 лет, контрольной – 36,9 лет. Социальный состав групп был также однороден. Работающих было 69,6 и 68% соответственно. Инвалидов по туберкулезу 13 и 10%. Факторы, отягощающие течение заболевания, представлены в табл.1.

Таблица 1

ФАКТОРЫ, ОТЯГОЩАЮЩИЕ ТЕЧЕНИЕ И ЛЕЧЕНИЕ ДЕСТРУКТИВНОГО ТУБЕРКУЛЕЗА ЛЕГКИХ

Группа наблюдения	Устойчивость АБП		Непереносимость АБП		Сопутствующие заболевания	
	абс. ч.	%	абс.ч.	%	абс.ч.	%
Основная	13	48,1	17	62,9	16	59,2
Контрольная	6	30,1	10	50,0	13	65,0

Как видно из таблицы, устойчивость МБТ к двум и более АБП, в том числе первичная устойчивость, отмечена в обеих группах. Непереносимость АБП носила выраженный токсический характер и требовала длительной отмены АБП у 1/3 больных. Наиболее частыми сопутствующими заболеваниями были: тяжелая форма сахарного диабета, гепатит смешанной этиологии, эпизиндром, хронический алкоголизм. Прогрессирующее течение туберкулеза легких на фоне стандартной химиотерапии наблюдалось с одинаковой частотой.

В результате комплексного лечения больных основной группы бактериовыделение прекратилось у 91,6% в сроках от 1 до 6 мес. лечения в стационаре. Закрытие полостей распада наступило у 88% больных в сроках от 4 до 9 мес. В контрольной группе прекращение бактериовыделения наблюдалось у 60% больных, закрытие полостей распада у 40%. Статистически достоверна разница прекращения бактериовыделения в основной и контрольной группах ($t=25$, $p<0,05$) и закрытия полостей распада ($t=3,8$, $p<0,05$).

Остаточные изменения в легочной ткани в ближайшие сроки наблюдения представлены следующим образом. В основной группе характерны были малые остаточные изменения в виде рубцов и небольших плевральных наложений – 48%. Большие остаточные изменения отмечены в 33% случаев, а в контрольной группе – в 25%. У 11,9% пациентов основной группы и 60% контрольной сохранялись деструкции к окончанию основного курса в стационаре.

Отдаленные результаты лечения больных деструктивным туберкулезом легких через 5 лет наблюдения представлены в табл. 2.

В основной группе клиническое излечение наступило в 85,1%, а в контрольной - лишь в 45% случаев ($t=2,9$, $p<0,05$), а прогрессирование и летальный исход при прогрессировании туберкулеза отмечены место в 11,1 и 30% наблюдений соответственно.

Динамика клинических форм туберкулеза через 5 лет наблюдения была различной в обеих группах.

Клинические структуры больных основной и контрольной групп на начало наблюдения идентичны. Преобладала инфильт-

- возросшая до 30 на 100 тыс. заболеваемость, снижения которой в ближайшее десятилетие ожидать не приходится; так, в период с 1993 по 1997 гг. только по городу Екатеринбургу на учет бралось в среднем ежегодно около 500 чел., при этом частота деструктивных форм достигала более 60%, а бациллы выделение - более 50%!

- тяжелая социальная, демографическая и экономическая ситуация, препятствующая организации надлежащего терапевтического лечения больных, что ведет к хронизации заболевания, нарастанию частоты лекарственно-устойчивой микрофлоры;

- отсутствие новых высокоеффективных поколений туберкулостатических препаратов.

В связи с вышеизложенным представляется весьма важным подвести некоторые итоги, касающиеся, в частности, роли хирургического метода в лечении легочного туберкулеза, и подумать о задачах и перспективах.

За последние годы показания к операции при туберкулезе легких не претерпели изменений и заключаются в следующем:

1. Туберкулома, силикотуберкулома.

2. Ограниченный кавернозный и фиброзно-кавернозный туберкулез при отсутствии положительной динамики от лечения в течение 2-2,5 мес.

3. Односторонний распространенный деструктивный туберкулез, в том числе и при наличии контрлатеральных ограниченных изменений.

4. Сочетание ограниченного туберкулеза и рака легких.

5. Сочетание туберкулеза и эмпиемы плевры.

6. Осложнение туберкулезного процесса легочным кровотечением.

Противопоказаниями к хирургическому лечению являются:

1. Возраст больного старше 60 лет.

2. Двухстороннее распространение специфических изменений, превышающих долю с каждой стороны.

3. Признаки активности процесса, сохраняющиеся на фоне интенсивной комплексной терапии.

4. Сопутствующий обструктивный бронхит при отсутствии стойкой ремиссии под влиянием лечения.

5. Сопутствующая выраженная дыхательная, гемодинамическая, церебральная, почечная, печеночная недостаточность.

6. Декомпенсированный сахарный диабет.

Каким и сколь продолжительным должно быть лечение до операции?

Учитывая довольно высокую частоту хронического алкоголизма, бытового пьянства (до 35-40%), наркомании, быстрого развития бактериальной устойчивости, аллергических и токсических реакций, а отсюда - тенденции к прогрессированию на фоне лечения, сроки предоперационной подготовки должны быть сокращены:

1. При туберкуломе и ограниченном фиброзно-кавернозном туберкулезе - до 1,5-2 мес.

2. При ограниченных фокусах казеозной пневмонии - до 5-6 мес.

3. При распространенном фиброзно-кавернозном туберкулезе - индивидуально (до рассасывания свежих очагов обсеменения).

4. При эмпиеме - индивидуально (до санации полости эмпиемы).

5. При легочном кровотечении предоперационная подготовка ограничивается 1-1,5 часами.

Возможность применения того или иного вида операции зависит не только от характера исходного процесса, но и от прочих условий: возможность продолжительной послеоперационной противотуберкулезной терапии (наличие набора препаратов, дисциплинированность пациента, переносимость и бактериальная устойчивость применительно к основным препаратам, возможность санаторного лечения), материально-бытовые условия жизни оперируемого.

1. Применение пневмонэктомии должно ограничиваться строго односторонними поражениями; ограниченные резекции легких (одно и двусторонние) - поражениями, не превышающими суммарно объема 8 сегментов и при отсутствии активных изменений в остающихся отделах легкого.

2. У больных с ограниченным деструктивным процессом и очагами-отсевами в этом же легком - резекция части легкого должна сочтаться с ограниченной корригирующей торакопластикой.

3. При распространенном одностороннем деструктивном туберкулезе методом выбора может стать экстраплевральная торакопластика, объем которой определяется протяженностью деструктивного процесса.

4. При хронической эмпиеме плевры традиционная операция плевроэктомия (плевролобэктомия или плевропневмонэктомия - при наличии специфических изменений в легком) целесообразна только при удовлетворительном общем состоянии пациента, отсутствии алкогольной или наркотической зависимости, лекарственной устойчивости возбудителя или непереносимости больным антибактериальных препаратов. Во всех остальных случаях приходится ограничиваться санацией эмпиемы путем дренирования и (или) формирования губовидного свища.

За последние 5 лет (1993-1997 годы) в Клиниках легочной хирургии ГМУНПО «Фтизиопульмология» г. Екатеринбурга (руков. проф. М.Л. Шулутко) и Уральского НИИ фтизиопульмонологии (дир. проф. В.А. Соколов) выполнено 895 хирургических вмешательств по поводу туберкулеза легких (таблица).

ХИРУРГИЧЕСКИЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПО ПОВОДУ ЛЕГОЧНОГО ТУБЕРКУЛЕЗА ЗА 1993-1998 ГГ.

Форма туберкулезного процесса в легком	Количество операций
Кавернозный	35
Фиброзно-кавернозный	110
Туберкулома	634
Очаговый	47
Инфильтративный	33
Плеврит	24
Эмпиема	12
Всего:	895

Как видно из приведенной таблицы, у 70,8% больных показанием к вмешательству явились туберкуломы, в 16,2% - кавернозный и фиброзно-кавернозный туберкулез легких и у 13,0% оперированных - прочие формы легочного туберкулеза. Последоперационные осложнения отмечены в 13,3% случаев, а послеперационная летальность составила 1,3%. Причем наиболее часто летальные исходы зафиксированы после пневмонэктомий, выполненных при распространенном фиброзно-кавернозном туберкулезе, что заставляет с предельной осторожностью ставить показания к этой операции. Значительно безопаснее при данной форме туберкулеза колапсохирургические вмешательства - торакопластика. И, наконец, в структуре послеоперационных осложнений преобладают бронхоплевральные осложнения. Отдаленные результаты - 92,5% стойкого излечения; следует подчеркнуть, что рецидивы заболевания возникали, как правило, у больных, не соблюдавших режим лечения, либо у лиц, страдающих таким сопутствующим заболеванием, как сахарный диабет. Жители города Екатеринбурга составили 24,4% больных, Свердловской области - 73,5% и значительно меньше было среди оперированных жителей других регионов.

Роль хирургического метода в лечении легочного туберкулеза, как следует из представленных цифр, увы, невелика. Так, число лиц, состоящих на диспансерном учете по I и II группам (активный туберкулез), только по городу Екатеринбургу за последние 5 лет возросло с 1700 до 2250, отсюда выходит, что средняя хирургическая активность за рассматриваемый период едва превысила 2,3%, а по области она еще ниже, причем количество пациентов из области среди оперирующихся с каждым годом снижается. За этот же период нами выполнено 304 диагностических хирургических вмешательств (медиастиноскопия, медиастиноплевропроксимия, торакоскопия) для выяснения этиологии внутргрудных лимфаденопатий, легочных диссеминаций и заболеваний плевры. Общая результативность численных методов составила 95,7%. Заметим, что в клиниках Екатеринбурга хирургические диагностические методы многие годы традиционно составляли одно из приоритетных научных направлений, и можно констатировать весьма высокий уровень развития данных методов. В связи с патоморфозом туберкулеза в последние годы роль биопсийных методов диагностики значительно возросла; более того, торакоскопия с видеоспоможением применяется как эффективный метод лечения больных с туберкулезным плевритом, эмпиемой, а также при послеперационных осложнениях (гемоторакс, эмпиема). В свете вышеизложенного главные научные и практические направления во фтизиохирургии представляются нам следующими:

1. Необходимо возобновить консультативную работу фтизиохирургов в Свердловской области, сосредоточив основные усилия в наиболее крупных городах и группах городов с целью

уменьшения накладных расходов (Нижний Тагил, Каменский Уральский, северный «куст», Первоуральск-Ревда, Полевской, Ирбит, Алапаевск и др.).

2. При ограниченных формах туберкулеза, в частности, туберкуломах внедрять в практику методы малоинвазивной хирургии, что позволило бы уменьшить травматичность вмешательства, шире практиковать оперативные вмешательства при двусторонних поражениях.

3. Развивать и внедрять методики интенсивной подготовки больных ограниченными формами туберкулеза в активной фазе процесса (внутрикавернозное, внутрилегочное введение антибактериальных препаратов и др.) с целью расширения показаний к хирургическому лечению и улучшения его результатов в этой группе больных.

4. Внедрять современные методики санации плевральной полости у больных туберкулезным плевритом, эмпиемой плевры и пионевмотораксом (рационализированные системы дренажирования и промывки, разрабатывающиеся в клинике легочной хирургии УрНИИФП, торакоскопия с видеоспоможением и др.). Подобные осложнения отмечаются более, чем в 20% случаев распространенного деструктивного туберкулеза. В связи с этим возникает необходимость создания отделения гнойной фтизиохирургии, поскольку эти, весьма тяжелые (но не всегда инкурабельные!) больные, как правило, прозябают в районных диспансерах, лишенные систематической квалифицированной помощи.

Указанные мероприятия позволили бы расширить объем хирургической помощи больным туберкулезом легких и повысить хирургическую активность до 5-6%, что принято считать оптимальным.

Далее необходимо упомянуть и о хирургии нетуберкулезных заболеваний легких, средостения и плевры, поскольку эта хирургия в нашем городе возникла на базе фтизиохирургии и дала развитие в единстве с ней. Основные задачи таковы:

1. Развитие и внедрение современных хирургических технологий при нетуберкулезных заболеваниях органов грудной полости:

а) рак легкого и опухоли средостения - уточняющая диагностика местной распространенности («стадирование») процесса, оценка факторов риска и прогноза при хирургическом лечении, передовые методики подготовки к хирургическому лечению;

б) опухоли и кисты средостения - внедрение методик малоинвазивной хирургии;

в) спонтанный пневмоторакс - малоинвазивная хирургия, совершенствование ее методов;

г) гемоторакс, эмпиема плевры - внедрение методов торакоскопической санации.

2. Дальнейшее развитие хирургических методов диагностики при внутригрудных лимфаденопатиях, диффузных поражениях легких, плевральном синдроме.

3. Консультативная и лечебная работа с больными с последствиями торакальной травмы - область хирургии, где практически отсутствует помощь торакальных хирургов.

В заключение мы считаем возможным утверждать, что кадровый состав легочно-хирургических клиник в Екатеринбурге, клинический и научный опыт, накопленный за многие годы, позволяет справиться с задачей оказания специализированной хирургической помощи. Однако необходимо принять решение на уровне руководства здравоохранения об объеме оказания этой помощи и финансировании всех ее технологий и разделов.

135

МЕТОДИКА ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ПРОГРЕССИРУЮЩИМ ДЕСТРУКТИВНЫМ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ В СОЧЕТАНИИ С РЕЗИСТЕНТНОСТЬЮ МИКОБАКТЕРИЙ ТУБЕРКУЛЕЗА К РИФАМПИЦИНУ

Пастухов В.Н., Соколов В.Ю., Олин Б.Г.

Уральский НИИ фтизиопульмонологии, г. Екатеринбург

Проблема лечения больных с первичной или развившейся резистентностью микобактерий к противотуберкулезным препаратам в последние годы приобретает все большую актуальность (Хоменко А.Г., 1987, Урсов И.Г., 1996). Так, устойчивость

к рифампицину у вновь выявленных больных достигает 20%, а полирезистентность составляет от 20 до 63% случаев (Бялик И.Б. с соавт., 1991, Стрелик А.К. с соавт., 1996). Это в значительной степени ограничивает возможности врача в выборе тактики лечения.

Нами была предпринята попытка преодолеть устойчивость микобактерий путем создания высокой концентрации рифампицина в очаге поражения с помощью постоянного внутриаортального (ВА) введения препарата. Методика заключается в катетеризации нижнодиафрагмического отдела дуги аорты и непрерывном, на протяжении 16-20 суток, введении раствора антибиотика в суточной дозе 0,9-1,35 г. Концентрация рифампицина в артериальной крови поддерживается при этом на уровне 4,5-5,5 мкг/мл.

Курс ВА терапии проведен 24 больным с деструктивным туберкулезом легких с доказанной резистентностью к рифампицину. Продолжительность лечения до поступления в отделение составляла от 6 до 18 мес. К моменту начала ВА терапии у всех больных отмечено прогрессирование процесса с выраженным симптомами туберкулезной интоксикации.

В результате лечения у всех пациентов достигнуто улучшение общего состояния в виде исчезновения симптомов интоксикации, нормализации лабораторных показателей. В различной степени отмечена положительная динамика при рентгенологическом контроле: уменьшение перифокальной и перибронхиальной инфильтрации в 100%, рассасывание свежих очагов обсеменения в 47%, уменьшение размеров распада и каверн в 20% случаев. Осложнений при проведении лечения не было. У 8 больных отмечено транзиторное повышение уровня трансамигнат, что не потребовало проведения специфической терапии.

При наблюдении на протяжении 3-6 мес. у 67% пациентов отмечен дальнейший регресс туберкулезного процесса на фоне стандартной терапии. При бактериологических исследованиях в этот период резистентности микобактерий к рифампицину не выявлено.

Таким образом, создание постоянной высокой концентрации антибиотика путем внутриаортального его введения, по нашему заключению, приводят к изменению чувствительности микобактерий туберкулеза, а ВА химиотерапия может явиться методом выбора в лечении больных с прогрессирующими туберкулезом и резистентностью к основным противотуберкулезным препаратам.

136

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ВНУТРИВЕННОГО ЛАЗЕРНОГО ОБЛУЧЕНИЯ КРОВИ У БОЛЬНЫХ С ВПЕРВЫЕ ВЫЯВЛЕННЫМ СИЛИКОТУБЕРКУЛЕЗОМ

Науменко Е.С., Гольдельман А.Г., Жовтяк Е.П., Орлова Т.А., Веселов В.Н.

Свердловское областное НПО "Фтизиопульмонология"

Екатеринбургский медицинский научный центр профилактики и охраны здоровья рабочих промпредприятий г. Екатеринбурга

Под нашим наблюдением находилось 96 больных с впервые выявленным силикотуберкулезом. Все они получали специфическую антибактериальную терапию в соответствии с методическими рекомендациями Центрального научно-исследовательского института туберкулеза РАМН (1992 г.). В терапевтический комплекс у 62 больных было включено внутривенное лазерное облучение крови. С этой целью использовалась гелий-неоновая лазерная установка ЛГ-120 с длиной волны 630 нм. Облучение проводилось через кубитальную вену по гибкому моноволоконному кварцевому световоду, мощность на конце световода - 1,5 мвт. Курс лечения - 5 сеансов длительностью 30 мин., ежедневно. Лазеротерапия применялась через 10-15 дней после начала специфической антибактериальной терапии.

Эффективность лечения оценивалась по срокам исчезновения жалоб и симптомов интоксикации, рентгенологической динамике легочных изменений, а также по показателям крови и иммунологической реактивности.

Полученные результаты сравнивали с данными у 32 двух больных, которым в комплексном лечении силикотуберкулеза внутривенная лазеротерапия не проводилась.

После 4-месячного лечения у 92,4% пациентов, получавших лазеротерапию, исчезли симптомы интоксикации. У 93,1% нормализовались показатели крови. В контрольной группе симпто-