

ХИРУРГИЧЕСКАЯ АКТИВНОСТЬ В ЛЕЧЕНИИ ДЕСТРУКТИВНОГО ЛЕКАРСТВЕННО-УСТОЙЧИВОГО ТУБЕРКУЛЕЗА ЛЕГКИХ

Дмитрий Артурович Ребров

студент, кафедра клинической иммунологии, аллергологии и фтизиопульмонологии, Курский государственный медицинский университет, РФ, г. Курск

Костанов Даниил Романович

студент, кафедра клинической иммунологии, аллергологии и фтизиопульмонологии, Курский государственный медицинский университет, РФ, г. Курск

Лебедев Юрий Иванович

научный руководитель, канд. мед. наук, доц., Курский государственный медицинский университет, РФ, г. Курск

Актуальность. В прошлом, в отсутствие противотуберкулезных препаратов только хирургическое лечение могло спасти жизнь больного туберкулезом. В эру антибактериальной терапии хирургическая активность среди туберкулезных больных резко снизилась [4]. Сегодня с появлением лекарственно устойчивых форм туберкулеза легких на хирургическое лечение вновь возлагаются большие надежды [2]. В то же время хирургическая активность остается невысокой. Так, в 2008 г. в России среди всех впервые выявленных больных туберкулезом легких хирургическому лечению было подвергнуто всего 6,7%, хотя оно позволяет повысить эффективность лечения до 98% [1,3].

Цель исследования - повышение хирургической активности среди пациентов с деструктивным лекарственно-устойчивым туберкулезом легких с использованием разработанного на кафедре оригинального способа повышения эффективности лечения туберкулезных больных (патент России № RU2015135174A). Разработанная методика позволяет назначить комплексную терапию с учетом приверженности больных к лечению.

Материал и методы исследования. Обследовано 64 больных в возрасте от 21 до 60 лет (60% мужчин и 40% женщин) с разными формами деструктивного лекарственно-устойчивого туберкулеза легких, получающих стандартную химиотерапию, из которых у 32 чел. (1-я группа) проводился комплекс мер повышающих эффективность лечения согласно авторской методике. У остальных лечение проводилось традиционно. Возрастно-половой состав пациентов в группах наблюдения был примерно одинаковым. Соотношение форм заболевания существенно не различалось. Так, туберкулемы были выявлены у 6 и 8 чел., инфильтративный туберкулез – у 17 и 19 чел., фиброзно-кавернозный - у 9 и 5 чел. соответственно. У всех пациентов обнаружены лекарственно - устойчивые формы микобактерий туберкулеза (МБТ). Лекарственная устойчивость определялась молекулярно-генетическим методом и обязательно подтверждалась культуральным. Степень лекарственной устойчивости МБТ исследовали с помощью как минимум двух повторных анализов, и только те пациенты, у которых устойчивость подтверждалась дважды, были включены в исследование. У всех пациентов диагностирована фаза распада. Индивидуализированная многокомпонентная терапия основывалась на результатах тестов лекарственной чувствительности МБТ и проводилась в соответствии с нормативными документами. Обследование проводилось при поступлении и после 3-х мес лечения. Статистическая обработка полученных результатов проводилась при помощи программ MicrosoftExcel 2010.

Результаты исследования. В ходе проведенного исследования к 3-м мес лечения эффективность химиотерапии в группах наблюдения существенно различалась. Так в 1-й группе прекращение бактериовыделения и уменьшение размеров каверн установлена в 65,6% случаев, во 2-й - всего у 25% пациентов. В связи с сохраняющимися кавернами всем больным обеих групп было предложено оперативное вмешательство. Количество пациентов, согласившихся на операцию в группах наблюдения, также различалось. Так в 1-й группе было оперировано 12 чел. (37,5%), а во второй - всего 5 чел. (15,6%). В 1-й группе были произведены следующие виды операций: сегментарные резекции - у 7 (21,8%), лобэктомии - у 2 (6,2%), торакопластика - у 2 (6,2%) больных. Во 2-й группе сегментарные резекции выполнены у 4 чел. (12,2%), торакопластика - у 1 чел. (3,1%). Следовательно, разработанная методика повышения эффективности лечения туберкулеза легких привела к тому, что сегментарные резекции были выполнены в два раза чаще благодаря лучшему рассасыванию туберкулезных изменений в легких. Об этом же свидетельствуют данные о том, что в ходе операции такие признаки активного туберкулезного процесса, как казеозные очаги, инфильтрация и свежие очаги в 1-й группе встречались в 2 раза реже, чем во 2-й. Послеоперационные осложнения в обеих группах не наблюдались.

Выводы. На фоне применения разработанного способа повышения эффективности лечения положительная динамика стандартной терапии больных лекарственно-устойчивым туберкулезом наблюдается в 65,6%, а без него - всего у одной четверти больных. При наличии показаний к операции хирургическое вмешательство у пациентов с лекарственно-устойчивым деструктивным туберкулезом может быть выполнено в 15,6%, а при использовании разработанного способа - в 37,5%. Способ повышения эффективности лечения больных туберкулезом легких может быть рекомендован для широкого использования в практике торакальных фтизиохирургических отделений.

Список литературы:

1. Грищенко, Н. Г. Анализ хирургической активности по поводу туберкулеза легких в Сибирском и Дальневосточном федеральных округах / Н. Г. Грищенко, Д. В. Краснов, Т. В. Алексеева [и др.] // Туберкулез и болезни лёгких. - 2017. - Т. 95, № 8. - С. 41-48.
2. Зетов А. Ш. Эффективность хирургического лечения больных туберкулезом легких с множественной лекарственной устойчивостью // Вестник хирургии Казахстана. - 2010. - №3 (23). URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/effektivnost-hirurgicheskogo-lecheniya-bolnyh-tuberkulezom-legkih-s-mnozhestvennoy-lekarstvennoy-ustoychivostyu>
3. Скорняков, С. Н. Хирургия деструктивного лекарственно-устойчивого туберкулеза легких / С. Н. Скорняков, И. Я. Мотус, Е. И. Кильдюшева [и др.] // Туберкулез и болезни легких. - 2015. - №3. - С. 15-21.
4. Яблонский, П. К. Роль торакальной хирургии в лечении туберкулеза легких (обзор литературы и собственные наблюдения) / П. К. Яблонский, Е.Г. Соколов, А.О.Аветисян, И. В.Васильев // Медицинский альянс. - 2014. - №3. - С. 4-10.