

## РЕЗУЛЬТАТЫ СТАЦИОНАРНОГО ЭТАПА ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ ИНФИЛЬТРАТИВНЫМ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ В ФАЗЕ РАСПАДА

**Степанов С.А., Барламов О.П., Пеленева И.М.**

ГОУ ВПО «Пермская государственная медицинская академия им. ак. Е.А.Вагнера Росздрава», кафедра фтизиопульмонологии. Краевой противотуберкулезный клинический диспансер №1. «Фтизиопульмонология», г. Пермь

Нами проанализированы результаты стандартной комплексной терапии 61 пациента с инфильтративным туберкулезом легких (ИТЛ) в фазе распада.

Мужчин было 40 (66%), женщин - 21, преобладали лица в возрастном диапазоне от 20 до 50 лет (86,8%). В момент обращения к врачу с жалобами, обусловленными специфическим процессом, заболевание было выявлено у 38 (62,3%) человек, при профилактическом осмотре у 20 (32,8%), а при обследовании по поводу сопутствующей патологии у 3 (4,9%).

Среди факторов, предрасполагающих к развитию специфического процесса, контакт с больными туберкулезом установлен в 22 (36,1%) случаях, нахождение в местах исполнения наказания - в 15 (24,6%), наличие сопутствующих заболеваний – в 34 (55,7%). Наиболее часто пациенты жаловались на кашель (83,6%), повышение температуры (42,6%) и одышку (37,7%).

Изучение данных общеклинических и биохимических анализов крови в 79,7% случаев позволило установить повышение показателей острой фазы воспаления.

Дыхательная недостаточность 1-й – 3-й степеней, подтвержденная методом спирографии, была установлена у 24 (39,3%) человек.

При рентгено-томографическом обследовании односторонняя локализация основного фокуса пневмонической инфильтрации отмечалась у 45 (73,8%), а двусторонняя у 16 пациентов. Очаговая диссеминация в легких в 45,5% случаев носила распространенный характер. В 25 (41%) наблюдениях выявлены 2 и более полостей деструкции в легких, причем их размеры колебались в пределах от 2 до 6 см у 14 (23%) человек. У всех больных в мокроте определялись лекарственно-чувствительные микобактерии туберкулеза, причем в 78,7% случаев бактериовыделение было массивным.

При фибробронхоскопии в 63,9% случаев был установлен диагноз диффузный катаральный эндобронхит 1 - 2-й степени. В 7 (11,5%) наблюдениях отмечалось осложненное течение ИТЛ в виде развития кровохарканья (4 случая) и экссудативного плеврита (3).

Продолжительность стационарного этапа химиотерапии по 1-му режиму (интенсивная фаза) составила  $176,0 \pm 6,4$  койко-дней. Патогенетическая терапия заключалась в назначении различных способов детоксикации (41%), антиоксидантов (93,4%), биостимуляторов (62,3%), туберкулина (31,0%), иммунокорректоров (27,6%), глюкокортикоидов (11,5%), дезагрегантов (13%). Из физиотерапевтических методов лечения наиболее часто использовались индуктотермия (45,9%), электрофорез (38%) и фонофорез (23%). Больным с кровохарканьем проводилась гемостатическая терапия лекарственными средствами.

Пациентам, которых ИТЛ был осложнен экссудативным плевритом, выполнялись пункции с аспирацией экссудата и санацией плевральной полости путем введения противотуберкулезных препаратов и глюкокортикоидных гормонов.

К моменту выписки из терапевтического отделения жалобы интоксикационного и (или) грудного характера перестали предъявлять 55 (90,2%) человек. Лишь у 6 (9,8%) пациентов пожилого возраста, страдающих сопутствующими заболеваниями, отмечалось сохранение симптомов интоксикации в виде общей слабости и пониженного аппетита. При общем и биохимическом анализах крови у всех больных наблюдалось достоверное снижение показателей неспецифического воспаления. Прекращение бактериовыделения, подтвержденное бактериологическим методом исследования мокроты, установлено у всех больных (100%), причем в 83,6% случаев оно было достигнуто спустя 2 месяца от начала лечения.

При контрольном рентгенологическом обследовании перед выпиской из терапевтического отделения у 42 (68,8%) больных изменения в легких расценивались как ИТЛ в фазе рассасывания и рубцевания. В 15 (24,6%) случаях отмечалась трансформация ИТЛ в кавернозный туберкулез, а в 4 (6,6%) в туберкулезу без распада.

Таким образом, на стационарном этапе терапевтических мероприятий полный клинический эффект (закрытие полостей деструкции, рассасывание инфильтрации и прекращение бактериовыделения) был достигнут у 46 (75,4%) пациентов.

### ЛИТЕРАТУРА

1. Сборник научных тезисов и статей «Здоровье и образование в XXI веке». 2009. Т. 11. № 4.
2. Сборник научных тезисов и статей «Здоровье и образование в XXI веке». 2008. Т. 10. № 4.
3. Сборник научных тезисов и статей «Здоровье и образование в XXI веке». 2007. Т. 9. № 4.
4. Сборник научных тезисов и статей «Здоровье и образование в XXI веке». 2006. Т. 8. № 4.
5. Сборник научных тезисов и статей «Здоровье и образование в XXI веке». 2005. Т. 7. № 4.
6. Сборник научных тезисов и статей «Здоровье и образование в XXI веке». 2004. Т. 6. № 4.
7. Сборник научных тезисов и статей «Здоровье и образование в XXI веке». 2003. Т. 5. № 4.
8. Сборник научных тезисов и статей «Здоровье и образование в XXI веке». 2002. Т. 4. № 1.

9. Сборник научных тезисов и статей «Здоровье и образование в XXI веке». 2001. Т. 3. № 1.
10. Сборник научных тезисов и статей «Здоровье и образование в XXI веке». 2000. Т. 2. № 1.
11. Электронный сборник научных трудов «Здоровье и образование в XXI веке». 2009. Т. 11. № 12.
12. Электронный сборник научных трудов «Здоровье и образование в XXI веке». 2008. Т. 10. № 12.
13. Электронный сборник научных трудов «Здоровье и образование в XXI веке». 2007. Т. 9. № 12.
14. Электронный сборник научных трудов «Здоровье и образование в XXI веке». 2006. Т. 8. № 12.
15. Электронный сборник научных трудов «Здоровье и образование в XXI веке». 2005. Т. 7. № 12.
16. Электронный сборник научных трудов «Здоровье и образование в XXI веке». 2004. Т. 6. № 12.
17. Электронный сборник научных трудов «Здоровье и образование в XXI веке». 2003. Т. 5. № 12.
18. Электронный сборник научных трудов «Здоровье и образование в XXI веке». 2002. Т. 4. № 1.
19. Электронный сборник научных трудов «Здоровье и образование в XXI веке». 2001. Т. 3. № 1.
20. Электронный сборник научных трудов «Здоровье и образование в XXI веке». 2000. Т. 2. № 1.