

72

### ЗНАЧЕНИЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО МЕТОДА В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ЛЕКАРСТВЕННО-УСТОЙЧИВОГО ТУБЕРКУЛЕЗА ЛЕГКИХ

Темирбаев А.А.<sup>1</sup>, Дюсенов А.К.<sup>2</sup>,  
Шоланова Л.М.<sup>1</sup>, Мещеряков С.А.<sup>1</sup>.  
КГУ «Областной противотуберкулезный  
диспансер»<sup>1</sup>, г. Караганда, Казахстан  
Управление здравоохранения Карагандинской  
области<sup>2</sup>, г. Караганда, Казахстан

В Республики Казахстан при комплексном лечении лекарственно-устойчивого туберкулеза легких имеются условия, обуславливающие необходимость хирургического лечения: это сохранение эпидемической ситуации по туберкулезу, нарастание остро прогрессирующих и лекарственно-устойчивых форм, агрессивность и малоэффективность противотуберкулезной полихимиотерапии, затруднение проведения длительной и полноценной медикаментозной терапии при низком социальном уровне жизни населения.

В КГУ «Областной противотуберкулезный диспансер» с 2001 года в лечении лекарственно-устойчивого туберкулеза легких начато применение препаратов второго ряда. С этого периода по настоящее время оперированы 295 больных с множественной лекарственной устойчивостью, из них 90 больных (30,5%) оперированы с 2001 по 2009 годы, а с 2010 года в связи с увеличением финансирования за счет республиканского бюджета и международных фондов за 2010 – 2012 годы выполнены операции у 205 больных (69,5%). В процентном соотношении с 2001 по 2009 годы число больных, оперированных по поводу лекарственно-устойчивого туберкулеза, колебалось от 2,2 до 16,8% к общему числу оперированных, а в 2010 году это соотношение составило 38,3%, в 2011 году – 43,4%, в 2012 году – 38,4%. С учетом того, что основная масса оперированных приходится на 2010-2012 годы, аспекты хирургической помощи этой категории больных рассмотрены в данной работе за эти годы. Эти аспекты рассмотрены со следующих позиций: соотношение деструктивных форм, наличие или отсутствие бактериовыделения до операции, на какой фазе лечения проводилось хирургическое вмешательство, характер оперативного пособия, наличие послеоперационных осложнений. Что отмечено: 1. снижение доли фиброзно-кавернозного туберкулеза с 50% до 37,3%; 2. увеличение доли туберкулом с 24,2 до 39%; 3. уменьшение сохранения бацилловыделения до операции с 21 до 6 больных; 4. нарастание числа абациллированных больных до операции с 38 до 75; 5. увеличение соотношения больных, оперированных на поддерживающей фазе с 30,5 до 54%; 6. уменьшение операций резекционно-го характера с 81,4% до 65,6%; 7. сохранение

или даже нарастание паллиативных операций (в основном, торакопластика) с 18,6 до 23%; 8. послеоперационных осложнений у этой категории больных не отмечено. Снижение доли фиброзно-кавернозного туберкулеза легких обусловлено увеличением распространенности туберкулезного процесса. Это обстоятельство определяет невозможность выполнения резекции легкого и с этим связано увеличение паллиативных операций, в основном за счет торакопластики. Достаточное лекарственное обеспечение на дооперационном этапе определяет достижение состояния ремиссии, одной из характеристик которой является абациллирование. Увеличение числа больных, оперированных на поддерживающей фазе, обусловлено стремлением достижения хорошего операционного фона, позволяющего произвести радикальную операцию. Для этого использовались такие методы комплексного лечения, как искусственный пневмоторакс, пневмоперитонеум. Для повышения эффективности коллапсохирургических операций использовался метод клапанной бронхоблокации у 2 больных.

Таким образом, хирургическое лечение лекарственно-устойчивого туберкулеза является действенным методом лечения в комплексе противотуберкулезных мероприятий.

73

### МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ У БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ И ВИЧ

Садыков А.С., Турдалиев Б.Б.  
Кафедра фтизиатрии Ташкентского педиатрического  
медицинского института,  
г. Ташкент, Узбекистан

Цель: изучить некоторые медико-социальные факторы у больных туберкулезом легких (ТЛ) сочетанной с ВИЧ инфекцией.

Материал и методы: Проанализированы факторы медико-социального характера у 403 больных ТЛ+ВИЧ.

Результаты: Среди больных мужчины составили 71,2%, женщин – 28,8%. Преобладали лица в возрасте от 21 до 39 лет (59%) и жители села (73,4%).

Большинство (72%) больных не работали. Инвалиды составили 9,2%, пенсионеры – 4,7%. Среди вредных привычек преобладало курение – 82%, употребление алкоголя и наркотиков установлено у 59% и 69% соответственно. 52,3% пациентов имели низкие семейные доходы. У 77% больных установлено незаконченное среднее образование.

ТЛ выявлен при профилактическом осмотре у 34,7%, при обращаемости у 59% и при обследовании в центрах СПИД у 23% больных. В основном у больных отмечены 3 стадия ВИЧ (22%) и 4 стадия ВИЧ инфекции (40,4%).