

У 69 больных с ЛУ туберкулезом легких применения данной схемы профилактики и устранения ЛО от химиопрепаратов способствовало к уменьшению частоты ЛО в 2 раза, ускорению сроков исчезновения клинико-лабораторных проявления ЛО со стороны ЖКТ и печени, нервной системы.

Заключение: Частота ЛО у больных с ЛУ составляет 57,3%. Разработан метод прогноза риска развития ЛО у больных с ЛУ туберкулезом. Установлено что 56% больных имеют риск развития в динамике ЛО от химиопрепаратов. Разработанные схемы профилактики и устранения ЛО в 2 раза сокращают частоту ЛО, ускоряют купирование клинико-лабораторных проявлений.

99

### ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ТУБЕРКУЛЕЗА ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ И ЭФФЕКТИВНОСТЬ ХИМИОТЕРАПИИ У ПОДРОСТКОВ

Агзамова Р.А.<sup>1</sup>, Искакова А.Ш.<sup>1</sup>,  
Бугаков А.А.<sup>1</sup>, Нашенова Г.Б.<sup>1</sup>, Байжанова С.Т.<sup>2</sup>  
АО «Медицинский университет Астана»<sup>1</sup>,  
г.Астана, Казахстан  
Городской противотуберкулезный диспансер<sup>2</sup>,  
г. Астана, Казахстан

Цель исследования: Изучить клинические особенности туберкулеза органов дыхания и эффективность химиотерапии у подростков.

Материал и методы: Изучены истории болезни 57 больных туберкулезом органов дыхания подростков в возрасте 15-17 лет, находившихся на стационарном лечении в городском противотуберкулезном диспансере г. Астаны в 2010г. По полу 42,1% было мальчиков, 57,9% – девочек. По роду занятий 87,7% были учащимися средних учебных заведений, 8,8% – учащимися колледжей, 3,5% – студентами высших учебных заведений.

Результаты исследования: По методам выявления 61,4% подростков были выявлены методом флюорографии, 22,8% – выявлены при обследовании как контактных из очагов туберкулезной инфекции, 15,8% – при обращении в лечебно-профилактические учреждения с подозрительными на туберкулез клиническими симптомами.

По клиническим формам туберкулеза органов дыхания больные распределялись следующим образом: в 43,9% случаях был установлен первичный туберкулез, в т.ч. у 42,1% – первичный туберкулезный комплекс, у 1,8% – туберкулез внутригрудных лимфатических узлов; у 23(40,4%) – инфильтративный туберкулез легких, у 10,5% – очаговый туберкулез легких, у 5,2%) – экссудативный плеврит туберкулезной этиологии.

У мальчиков по сравнению с девочками чаще отмечалось осложненное течение заболевания: так, бактериовыделение у них встречалось чаще

почти в 5 раз, чем у девочек (29,2% и 6,1%), деструкции в легочной ткани чаще в 1,3 раза (45,8% и 36,4%).

К новым случаям были отнесены 89,5% больных, в связи с чем им был назначен стандартный курс химиотерапии по 1-й категории.

С повторными случаями по 2-й категории получали лечение 5,3% подростка. По 4-й категории с лекарственно-устойчивыми формами туберкулеза на лечение препаратами резервного ряда получали лечение также 5,3% больных. Эффективность лечения была достигнута у всех 37 больных, закончивших полный курс лечения в стационаре: у 6 из 10 бактериовыделителей с исходом «вылечен» и у 30 абациллярных больных с исходом «лечение завершено». У 4 подростков излечение было достигнуто оперативным путем по поводу сформировавшихся в процессе лечения туберкулом (3), деструктивного процесса в легком (1).

Заключение: Среди заболевших туберкулезом подростков девочек было больше (57,9%) по сравнению с мальчиками (42,1%). В 61,4% случаев заболевание было выявлено при профилактическом обследовании методом флюорографии, 22,8% подростков выявлены из очагов туберкулезной инфекции, 15,8% – по обращаемости в лечебно-профилактические учреждения. По клиническим формам первое место занимали первичные формы туберкулеза – 43,9%, на втором месте – инфильтративный туберкулез легких – 40,4%.

В 40,4% туберкулез органов дыхания у подростков был осложнен деструкцией легочной ткани, в 22,8% – очагами обсеменения в легких, в 15,8% – бактериовыделением (у мальчиков в 5 раз чаще, чем у девочек), в 1,8% экссудативным плевритом.

Высокой эффективности лечения позволили добиться своевременная адекватная коррекция этиотропной химиотерапии у больных туберкулезом подростков с клинической резистентностью к противотуберкулезным препаратам 1-й линии, а также применение хирургических методов при деструктивных процессах и туберкуломах легкого.

100

### 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 со-

хранение 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 резекционного 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.

