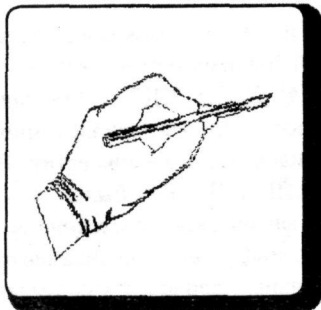




П.Ю. Харитонов

РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ТУБЕРКУЛЕЗА ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ У ПРЕДСТАВИТЕЛЕЙ КОРЕННОГО НАСЕЛЕНИЯ ХАБАРОВСКОГО КРАЯ

ГУЗ «Противотуберкулезный диспансер», г. Хабаровск

Ситуация по туберкулезу в Российской Федерации, несмотря на некоторую стабилизацию, остается напряженной [2, 5]. Наиболее неблагоприятная эпидемиологическая ситуация сложилась в Сибирском и Дальневосточном федеральных округах [1, 3]. Эта закономерность объясняется совокупностью социально-экономических, климатогеографических, бытовых и некоторых других факторов [3, 4]. Значительная распространенность туберкулеза свойственна коренным малочисленным народам Севера, Сибири и Дальнего Востока [1, 4].

Заболеваемость туберкулезом среди коренного населения Хабаровского края в 2006 г. составила 217,1; болезненность — 776,8; смертность — 110,9 в расчете на 100 тыс. населения. Эти цифры значительно превышают общекраевые показатели того же года, которые имеют следующие значения: заболеваемость — 121,9; болезненность — 230,6; смертность — 23,6.

Тяжелая клиническая структура туберкулеза у коренного населения Хабаровского края (хроническое течение специфического процесса со склонностью к рецидивам, распространенность поражения в легких, выраженность фиброзных изменений, склонность к распаду и бактериовыделению с высоким уровнем устойчивости к химиопрепаратам, наличие сопутствующей патологии) затрудняет проведение консервативного лечения. Низкая эффективность химиотерапии подтверждает положение о высокой значимости хирургических методов в излечении этого сложного контингента больных. Оценка эффективности оперативного лечения на территории Хабаровского края до настоящего времени не проводилась. Вместе с тем отсутствие таких данных не позволяет предложить достаточно эффективные методы комплексного лечения (терапевтического и хирургического) туберкулеза органов дыхания (ТОД) среди указанной категории населения.

Материалы и методы

В период с 1998 по 2006 г. нами произведено хирургическое лечение ТОД у 83 больных из числа коренного населения края (нанайцы, ульчи, эвенки, эвены, чивхи, удэгейцы). Эти пациенты составили основную (или первую) группу. Контрольная (или вторая) группа (120 чел.) представлена оперированными по поводу ТОД больными из числа пришлого, в основном славянского, населения, проживающего преимущественно в сельской местности Хабаровского края в течение семи лет и более. Непосредственно после госпитализации и обследования больным назначалась комплексная антибактериальная терапия с учетом чувствительности микобактерий туберкулеза. Сроки предоперационной антибактериальной подготовки у каждого больного определялись индивидуально, в

Резюме

Проведено исследование эффективности оперативного лечения больных с туберкулезом легких из числа коренного населения Хабаровского края. Установлено, что для данной группы больных характерна тяжелая клиническая структура туберкулеза. Несмотря на это, предложенная тактика оперативного лечения позволяет добиться хороших непосредственных и отдаленных результатов.

P.Y. Kharitonov

RESULTS OF SURGICAL TREATMENT OF PULMONARY TUBERCULOSIS IN INDIGENOUS POPULATION OF THE KHABAROVSK TERRITORY

Antituberculosis clinic, Khabarovsk

Summary

We have carried out the research studying efficiency of operative treatment of patients with tuberculosis of the lungs in indigenous population of the Khabarovsk territory. It is established, that for the given group of patients a severe clinical structure of tuberculosis is characteristic. Despite of it, offered tactics of operative treatment, allows achieving good post operative and remote results.

зависимости от активности процесса и предшествующего лечения. Общая оценка непосредственных и отдаленных результатов лечения больных обеих групп проводилась в одни и те же сроки на основании клинико-рентгенологических и лабораторных исследований. Результаты оценивались следующим образом: значительное улучшение — полное исчезновение симптомов интоксикации, рассасывание инфильтративных изменений и свежих очагов, стойкое абациллирование, полная ликвидация деструктивных изменений в легких; улучшение — исчезновение или уменьшение симптомов интоксикации, рассасывание инфильтративных изменений, прекращение бациллового выделения или олигобациллярность, сохранение деструктивных изменений в легких; без перемен; ухудшение — прогрессирование туберкулезного процесса; смерть.

Результаты и обсуждение

Средний возраст ($M \pm m$) больных основной группы составил $27,95 \pm 1,6$ лет, группы сравнения — $36,53 \pm 1,5$ лет. В первой группе мужчин было 41 (49,4%); женщин — 42 (50,6%); во второй группе мужчин было 83 (69,2%); женщин — 37 (30,8%). В основной группе фиброзно-ка-

вернозный туберкулез был у 45 (54,2%) больных. Эта форма туберкулеза в группе сравнения составила лишь 34,2% (41 пациент); $p < 0,05$. Распространенный туберкулез был у 40 (48,2%) больных основной группы и только у 37 (33,3%) из группы сравнения ($p < 0,05$). Характерным для коренного населения осложнением туберкулеза был экссудативный плеврит — у 11 (13,3%) больных; в группе сравнения это осложнение встречалось достоверно реже — в 5 (4,2%) случаях ($p < 0,05$). Бактериовыделение чаще выявлялось у больных основной группы — 51 (61,4%) случаев, в группе сравнения — 55 (45,8%) случаев; $p < 0,05$. У 20 (24,1%) больных основной группы была устойчивость микобактерий туберкулеза к антибактериальным препаратам (чаще к стрептомицину — 21,7%, изониазиду — 15,7%, рифампицину — 12%), хотя характерных особенностей в спектре и частоте лекарственной устойчивости у коренного населения не выявлено. Для коренного населения являлась характерной фаза относительной стабилизации туберкулезного процесса — 41 (49,4%) больной ($p < 0,05$), в отличие от группы сравнения, где чаще диагностировалась фаза стабилизации — 69 (57,5%) больных ($p < 0,001$).

На основании данных инструментального исследования функции внешнего дыхания установлено, что среди коренного населения было достоверно меньше ($p < 0,001$) больных с нормальными показателями индекса вентиляции (ИВ) и больше пациентов с вентиляционной недостаточностью (ВН) первой степени ($p < 0,01$). Гнойный эндобронхит достоверно чаще ($p < 0,05$) диагностирован у пациентов первой группы — 26 (33,3%) случаев.

Таким образом, в основной группе констатирована более тяжелая клиническая структура больных, что создавало большие сложности в проведении оперативного лечения.

Для представителей коренного населения края нами была разработана тактика хирургического лечения ТОД: определены показания и противопоказания к хирургическому лечению при различных клинических формах туберкулеза; установлены роль и место основных видов оперативных вмешательств. Ключевыми моментами нового тактического подхода являются:

1. Увеличение периода пред- и послеоперационного лечения с одновременной его интенсификацией за счет парентерального (внутривенного) и ингаляционного введения противотуберкулезных химиопрепаратов.

2. Применение различных вариантов торакопластических операций (верхнезадняя экстраплевральная торакопластика, остеопластическая торакопластика).

3. Использование этапных и комбинированных операций (резекция легкого с предварительной торакопластикой, торакопластика после резекции легкого, резекция легкого с одномоментной торакопластикой).

4. Расширение показаний к выполнению сегментарных резекций в типичном варианте.

У 83 больных основной группы выполнено 100 операций. Сегментарная резекция сделана у 29 (34,9%) больных; комбинированная сегментарная резекция — у 10 (12,1%); лобэктомия, билобэктомия и комбинированная лобэктомия — у 10 (12,1%); пульмонэктомия — у 5 (6%); двусторонние этапные операции выполнены у 8 (9,7%) пациентов. Различные варианты коллапсохирургических вмешательств (торакопластика, остеопластическая тора-

копластика), в том числе в сочетании с резекциями легких, произведены 21 (25,3%) больному. Больным группы сравнения (120 чел.) выполнено 128 операций. У 64 (53,3%) пациентов произведена сегментарная резекция. Комбинированная сегментарная резекция выполнена у 16 (13,3%) больных; лобэктомия, билобэктомия и комбинированная лобэктомия — у 14 (11,7%); пульмонэктомия — у 5 (4,2%). Двусторонние резекции легких сделаны 9 (7,5%) пациентам. Коллапсохирургические вмешательства произведены 9 (7,5%) больным. Плеврэктомия по поводу туберкулеза плевры выполнена в 3 (2,5%) случаях.

Таким образом, в основной группе значительно чаще возникали показания к коллапсохирургическим вмешательствам (торакопластики, в том числе и в различных сочетаниях с резекциями легких), различие достоверно ($p < 0,001$). Напротив, оперативные вмешательства резекционного плана и относительно небольшого объема (сегментарные резекции) чаще производились больным группы сравнения ($p < 0,01$).

Операционные осложнения (надрывы легочной ткани в результате сложного пневмолиза, кровотечение, травматический пневмоторакс) встречались с примерно одинаковой частотой и имели сходный характер в обеих группах. Все осложнения были успешно ликвидированы в ходе операции и не оказали существенного влияния на результаты хирургического лечения.

Послеоперационные осложнения развились у 7 (8,4%) больных основной группы и у 10 (8,3%) из группы сравнения ($p > 0,05$). Осложнения в обеих группах были аналогичны (внутриплевральное кровотечение, замедленное расправление легкого, остаточная полость, эмпиема с бронхоплевральным свищем, обострение туберкулеза). Наиболее типичным для всех наблюдаемых пациентов осложнением было послеоперационное обострение туберкулеза. В основной группе консервативным и оперативным путем осложнения ликвидированы у 4 (57,1%) больных, в группе сравнения — у 5 (50%); ($p > 0,05$).

Непосредственные результаты оперативного лечения в основной группе были следующими: улучшение и значительное улучшение — у 80 (96,4%) больных, ухудшение — у 2 (2,4%), летальный исход — 1 (1,2%) больной. В группе сравнения: улучшение и значительное улучшение — у 115 (95,8%), ухудшение — у 5 (4,2%) больных. Статистически достоверного различия между группами нет ($p > 0,05$). Отдаленные результаты оперативного лечения в сроки от 2 до 8 лет изучены у 71 (85,5%) пациента основной группы и у 106 (88,3%) пациентов из группы сравнения. Клиническое излечение констатировано у 65 (91,6%) больных из первой группы и у 98 (92,5%) из второй ($p > 0,05$).

Выводы

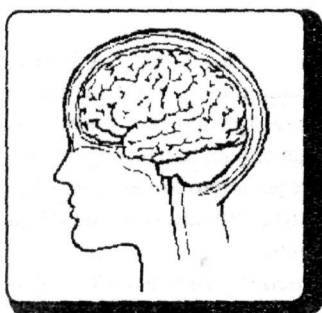
1. У больных из числа коренного населения Хабаровского края имеются характерные особенности в течении туберкулеза органов дыхания. Констатировано преобладание распространенных и деструктивных форм с бактериовыделением, зачастую в фазе обострения заболевания, что создает серьезные сложности при проведении хирургического лечения.

2. Эффективность избранной тактики хирургического лечения подтверждается непосредственными и отдаленными результатами произведенных операций.

Л и т е р а т у р а

1. Краснов В.А., Колпакова Т.А., Свистельник А.В. // XIII Междун. конгр. по приполярной медицине. Новосибирск, 2006. С. 37-39.
2. Приймак А.А. // Пульмонология. 2005. №5. С. 35-38.

3. Сазыкин В.Л., Сон И.М. // Проблемы туберкулеза и болезней легких. 2006. №10. С. 65-69.
4. Томашевский А.Ф. // Проблемы туберкулеза и болезней легких. 2005. №7. С. 9-13.
5. Шилова М.В., Хрулева Т.С., Цыбикова Э.Б. // Проблемы туберкулеза и болезней легких. 2005. №5. С.31-36.



УДК 616.853 - 053.3

Н.Б. Сердюк, В.В. Говзман

АБСАНСЫ ВО СНЕ ПРИ ЮНОШЕСКОЙ МИОКЛОНИЧЕСКОЙ ЭПИЛЕПСИИ

НУЗ «Дорожная клиническая больница ст. Хабаровск-1» ОАО «РЖД»; Дальневосточный государственный медицинский университет, г. Хабаровск

Абсансные эпилепсии относятся к идиопатическим генерализованным формам заболевания. Известны абсансные эпилепсии детского и юношеского возраста. Кроме того, абсансы входят в структуру юношеской миоклонической эпилепсии, эпилепсии с миоклоническими абсансами и миоклонии век с абсансами. С клинических позиций эти нозологические варианты эпилепсии объединяет наличие в структуре заболевания простых или сложных абсансов с патогномичным электроэнцефалографическим паттерном приступа в виде генерализованного, синхронного, симметричного разряда спайк-волны частотой 3 в 1 с и выше [1]. Идиопатические генерализованные эпилепсии являются потенциально наиболее доброкачественными формами заболевания с частотой ремиссии около 75%. Однако, по данным М.Б. Миронова и соавт. [2], до 34% пациентов находятся в состоянии «псевдоремиссии». При миним клиническом благополучии и отсутствии эпилептиформных нарушений при рутинной электроэнцефалографии, продолженный видео-ЭЭГ-мониторинг (ВЭМ) регистрирует сохраняющуюся эпилептическую активность и эпилептические приступы [2]. Одной из причин «псевдоремиссии» является существование кратковременных выключений сознания, визуализируемых только при проведении ВЭМ. Особенный интерес представляет диагностика клинических коррелятов абсансов в состоянии сна. Согласно Международной классификации эпилептических пароксизмов (1981), абсансы — это генерализованные приступы, сопровождающиеся кратковременной потерей сознания, остановкой взгляда и наличием на ЭЭГ специфических паттернов [4]. Верификация приступов, не имеющих моторного сопровождения, в состоянии сна

Резюме

Проведение видео-ЭЭГ-мониторинга у больных с абсансными формами идиопатической эпилепсии выявило отсутствие электрофизиологической ремиссии у пациентов и позволило зарегистрировать эпилептические припадки у ряда больных. У пациентки с юношеской миоклонической эпилепсией диагностирована персистенция сложных типичных абсансов во сне с сохранением визуальной картины приступа.

N.B. Serdyuk, V.V. Govzman

ABSENCES DURING SLEEPING IN PATIENT WITH JUVENILE MYOCLONIC EPILEPSY

Khabarovsk Railroad Hospital;
Far Eastern State Medical University, Khabarovsk

Summary

Prolonged video-EEG monitoring revealed the absence of electrophysiological remission in patients with idiopathic generalized epilepsy and made possible to register epileptic seizures. The retention of complex typical absence with visual characteristics of seizure has been diagnosed in patient with juvenile myoclonic epilepsy.

в настоящее время является вопросом недостаточно изученным. В литературе встречаются единичные описания клинических проявлений абсансов во сне.