

Коррекция терапии в послеоперационном периоде у больных, оперированных по поводу туберкулеза легких

Е.В. Зайцева^{1,2}, А.О. Аветисян¹, Н.С. Соловьева¹, П.К. Яблонский¹

¹ Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт фтизиопульмонологии;

² Противотуберкулезный диспансер № 5, г. Санкт-Петербург

Введение. В последние годы особенно остро стоит проблема лечения лекарственно-устойчивого туберкулеза, и консервативная терапия не всегда обеспечивает высокие показатели излечения. Кроме того, не всегда удается определить чувствительность микобактерий туберкулеза на этом этапе. При сохранении деструкции в легких, бактериовыделения возникает необходимость хирургического лечения больных. Коррекция терапии на основе анализа лекарственной устойчивости МБТ в операционном материале у больных, оперированных по поводу туберкулеза легких, является актуальной темой.

Материалы и методы. Работа выполнена на базе хирургического отделения ФГБУ «СПб НИИ фтизиопульмонологии» МЗ РФ. Для выполнения данного исследования обследовано 117 пациентов в период с ноября 2012 по декабрь 2013 г. включительно. Пациенты мужского пола составляли 69% (81 человек), женского — 31% (36 человек). Все пациенты находились в трудоспособном возрасте от 17 до 65 лет, в среднем — $36,61 \pm 10,86$ года. Почти две трети (64,96%) были жителями нашего региона (58 человек из Ленинградской области и 18 — из Санкт-Петербурга). Остальные пациенты 35,04% (41 человек) — жители других регионов России. Использовались данные, полученные при микроскопии и посеве операционного материала и мокроты на твердые и жидкие питательные среды с оценкой чувствительности. Больные были разделены на две группы. В первую группу вошли 65 (55,6%) больных, длительность заболевания которых составила не более 2 лет. Во вторую группу вошли 52 (44,4%) пациента с рецидивами туберкулезного процесса в легких после консервативного лечения.

Среди больных первой группы преобладали пациенты с диагнозом «туберкулема легких», а среди пациентов с рецидивами — «фиброзно-кавернозный туберкулез легких». В первой группе достоверно чаще были выполнены анатомические резекции легких (87,7 и 32,8%), тогда как во второй группе — пневмонэктомии (12,3 и 46,2% соответственно).

Структура клинических форм туберкулеза у больных, оперированных по поводу туберкулеза легких

Диагноз	Туберкулемы		Кавернозный туберкулез		Фиброзно-кавернозный туберкулез	
	п	%	п	%	п	%
1-я группа	35	53,8	15	23,1	15	23,1
2-я группа	14	26,9	5	9,6	33	63,5

Результаты. Среди пациентов, оперированных по поводу туберкулем, в коррекции терапии нуждались 8 пациентов (16,3%), из них в первой группе — 14,3%, во второй — 21,4. В группе больных кавернозным туберкулезом терапия после операции была изменена у 7 пациентов из 20, то есть у 35% (в первой группе — 40,0%, во второй — 20%). Среди больных фиброзно-кавернозным туберкулезом после получения данных посева операционного материала терапия была откорректирована у 6 пациентов, что составляет 13,0% (13,3% в первой группе и 12,1% — во второй). Достоверной разницы между этими группами получено не было. Во всех случаях корректируемой терапии в операционном материале были выявлены лекарственно-устойчивые МБТ, в 22,7% — с МЛУ и в 77,3% случаев — с ШЛУ МБТ.

Выводы. Итак, необходимая коррекция терапии зависит не от длительности лечения, а от формы заболевания, бактериовыделения и спектра чувствительности выделенного штамма МБТ. При олигобациллярности или при отсутствии бактериовыделения у больных может возникнуть необходимость в коррекции терапии в послеоперационном периоде. Во всех случаях необходимо выполнять бактериологические исследования операционного материала с определением лекарственной чувствительности МБТ к противотуберкулезным препаратам. Таким образом, проведенные исследования операционного материала позволили обоснованно и точно скорректировать проводимую специфическую терапию.