

ФТИЗИАТРИЯ – ТУБЕРКУЛЕЗ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ***ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПНЕВМОПЕРИТОНЕУМА ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ
ТУБЕРКУЛЕЗА В XXI ВЕКЕ***

Козлов Н.В.¹, Лубягина О.В.¹, Щипунова Л.В.², Пирогова Н.Д.¹, Тюлькова Т.Е.²

1-ГБУЗ ТО Областной противотуберкулезный диспансер, opd@iris72.ru
г.Тюмень

2-Уральский НИИ фтизиопульмонологии, г.Екатеринбург

THIS IS EFFECTIV PNEUMOPERITONEUM FOR THE TREATMENT OF
TUBERCULOSIS IN XXI CENTURY

Kozlov N.V.¹, Lubyagina O.V.¹, Shchipunova L.V.², Pirogova N.D.¹,
Tyulkova T.E.²

SBHI TR «A Regional antitubercular clinic», Tyumen

Ural Research Institute for Phthisiopulmonology, Ekaterinburg

Цель исследования: оценить эффективность используемого с XX века метода наложения искусственного пневмоперитонеума в современных условиях у больных туберкулезом легких без лекарственной устойчивости возбудителя. Проанализированы истории болезни пациентов без ВИЧ-инфекции. Группы сравнения сформированы по наличию факта наложения пневмоперитонеума – 1-ая группа (n=15 человек) и без такового – 2-ая группа (n=21 человек). Отмечено, что в первые 3 месяца прекращение бактериовыделения отмечалось у большинства пациентов 1-ой группы (90%) и только у половины пациентов во 2-ой группе, но достоверных различий не получено ($p>0,05$). Во 2-ой группе закрытие деструкций в легком происходило лишь к 6-ти месяцам, тогда как в 1-ой группе происходило в более ранние сроки (к 4-м месяцам) у 9 человек (90%) из 21 ($p>0,05$). На фоне применения искусственного пневмоперитонеума было достигнуто существенное рассасывание очагов отсева в нижних отделах легких. Это приводило к уменьшению объема поражения и в последующем играло решающую роль в уменьшении объема оперативного вмешательства. Только 30% пациентам 1-й группы в последующем понадобилась лобэктомия, во второй группе лобэктомия была выполнена

60% пациентам, направленным на оперативное лечение. Наложение искусственного пневмоперитонеума в современных условиях имеет значение как этап подготовки к оперативному лечению у больных, страдающих туберкулезом с лекарственно – чувствительным возбудителем.

Ключевые слова: туберкулез, пневмоперитонеум, химиотерапия, оперативное лечение туберкулеза, лекарственно-чувствительный возбудитель туберкулеза

Research objective: to estimate efficiency of the method of imposing of an artificial pneumoperitoneum used since the 20th century in modern conditions at suffering from tuberculosis lungs without medicinal stability of the activator. Clinical records of patients without HIV infection are analysed. Groups of comparison are created on existence of the fact of imposing of a pneumoperitoneum – the 1st group (n=15 of people) and without that – the 2nd group (n=21 of people). It is noted that in the first 3 months the termination of a bakteriosecretion was noted at most of patients of the 1st group (90%) and only at a half of patients in the 2nd group, but reliable distinctions aren't received ($p>0,05$). Closing of destructions in a lung happened in the 2nd group only by 6 months whereas happened in the 1st group in earlier terms (by 4th months) at 9 people (90%) from 21 ($p> 0,05$). Against application of an artificial pneumoperitoneum the essential rassasyvaniye of the centers of elimination in the lower departments of lungs has been reached. It led to reduction of volume of defeat and in the subsequent played a crucial role in reduction of volume of surgery. Only 30% in the subsequent lobectomy was necessary for patients of the 1st group, in the second group lobectomy was performance of 60% to the patients directed to expeditious treatment. Imposing of an artificial pneumoperitoneum in modern conditions matters as a stage of preparation for expeditious treatment at the patients having tuberculosis with drug-sensitive mycobacteriae.

Keywords: tuberculosis, pneumoperitoneum, chemotherapy, expeditious treatment of tuberculosis, drug-sensitive mycobacteriae

Коллапсотерапевтические методы лечения для больных туберкулезом легких использовали в своей практике многие врачи с конца 19 века: Forlanini в 1882г., в 1883г. Murphy, Toussaint в 1880г. и Potain в 1888г. В России первые сообщения об использовании метода управляемого

коллапса во фтизиатрии сделаны А.П. Рубелем (1912г.) и А.Я. Штернбергом (1921г) [2]. Детально метод лечения с помощью наложения искусственного пневмоторакса был разработан Ф.А. Михайловым и соавт., В.А. Равич-Щербо. Более широкое распространение в связи с простотой получил метод наложения искусственного пневмоперитонеума. Известные более 100 лет инвазивные методы лечения туберкулеза в антибактериальную эпоху несколько уступили свои позиции. Но некоторые фтизиатры продолжали применять коллапсотерапевтические методы (наложение искусственного пневмоперитонеума и пневмоторакса) своим пациентам, добиваясь хороших результатов [1,3,4,6,8,9].

Цель работы: оценить эффективность искусственного пневмоперитонеума в современных условиях у больных туберкулезом с сохраненной лекарственной чувствительностью возбудителя.

Материалы и методы: Проанализированы истории болезни пациентов, получавших лечение в 4-м отделении для больных туберкулезом органов дыхания ГБУЗ ТО Областной противотуберкулезный диспансер г. Тюмени, в 2013-2014 г.г. Диагноз туберкулеза легких выставлялся на основании стандартных методов обследования [5], наличие лекарственной устойчивости определялось методом абсолютных концентраций.

Группы сформированы по наличию факта наложения пневмоперитонеума – 1-ая группа (n=15 человек) и без такового – 2-ая группа (n=21 человек). Из исследования исключены пациенты с ВИЧ-инфекцией. Средний возраст пациентов в 1-й группе составлял $36,5 \pm 14,2$ лет, во второй – $29,5 \pm 10,4$ лет, но в изучаемых группах средний возраст не имел достоверных отличий (95%ДИ -1,35;15,32, $p=0,096$). Несмотря на то, что в 1-ой группе преобладали мужчины (67% против 33%), а во 2-ой группе отмечалось равное распределение между полами (48% мужчин, 52% женщины), достоверных отличий в половом составе не отмечено ($\chi^2=0,058$; $p=0,810$).

Среднее время пребывания пациента на койке в 1-ой группе составило $127 \pm 45,2$ дня, во 2-ой группе – $121,2 \pm 41,3$ дня ($p=0,692$). Такие показатели свидетельствовали об отсутствии существенной разницы между группами. Переносимость процедур наложения искусственного пневмоперитонеума в первой группе оценивалась как удовлетворительная, побочные нежелательные явления на фоне приема химиопрепаратов не отмечены. Во второй группе у 5 пациентов зарегистрированы побочные нежелательные эффекты со стороны печени (у двух из 5-ти пациентов был выявлен хронический вирусный гепатит С), но достоверности не достигнуто

($p=0,139$). Длительность курса наложения искусственного пневмоперитонеума у пациентов первой группы составила $2,8\pm 1,17$ месяцев. Наложение искусственного пневмоперитонеума от начала химиотерапии начиналось у пациентов 1-й группы через $2,3\pm 0,8$ месяцев после начала специфической химиотерапии туберкулеза.

Проанализированы клинические формы, которые регистрировались у пациентов в обеих группах, отмечена идентичность между ними (табл.1). По данным таблицы 1, выявлено, что в 1-ой группе отмечалось некоторое разнообразие клинических форм, но без достоверных различий между группами ($p>0,05$).

Известно, что пневмоперитонеум в доантибактериальную эру рассматривался как способ лечения любых форм туберкулеза [2,3,6,8]. При этом не требовалось в показаниях для этого метода иметь деструкцию и/или лекарственную устойчивость возбудителя. При появлении противотуберкулезных препаратов показания для применения пневмоперитонеума стали более ограниченными.

В нашем исследовании деструктивных форм в 1-ой группе выявлено 10 из 15 (67%), во 2-ой группе их число было аналогичным (14 из 21 = 67%), $p=1,000$. Наличие деструктивных форм не всегда являлось критерием для проведения пневмоперитонеума. Отсутствие наложения пневмоперитонеума в терапии пациентов 2-ой группы объяснялось расположением патологического процесса (самые верхние отделы легких) и наличием отказов пациентов. Декомпенсация хронической патологии регистрировалась почти в трети случаев (у 6 человек, 29%) во 2-ой группе. По данным табл.2, существенных различий в группах учета среди сравниваемых пациентов не отмечено. Во фтизиатрии критерием эффективности являются показатели абациллирования и закрытия полостей деструкции. Изучены показатели в данных группах сравнения (табл. 3 и табл.4).

Исходя из данных таблицы 3 отмечено, что в первые 3 месяца прекращение бактериовыделения отмечалось у большинства пациентов 1-ой группы и только у половины пациентов во 2-ой группе, но достоверных различий не получено из-за малого количества наблюдений ($p=0,592$).

По данным таблицы 4 отмечено, что в обеих группах существовал предел закрытия полостей деструкции в виде $1/3$ от числа пролеченных, у которых к концу лечения сохранялась полость, но была санированной (по данным табл.1). Если в 1-ой группе закрытие деструкции отмечено через 4-6 мес,

то во 2-ой группе 2\3 пациентов имели рубцевание к окончанию основного курса химиотерапии. Но достоверных отличий не зафиксировано.

Дополнительным положительным эффектом наложения искусственного пневмоперитонеума было существенное рассасывание очагов отсева в нижних отделах пораженного и\или контралатерального легкого. Это, в свою очередь, приводило к уменьшению объема поражения и в последующем играло решающую роль в уменьшении объема оперативного вмешательства. Только трети пациентов 1-й группы в последующем понадобилась лобэктомия, тогда как во 2-ой группе этот вид оперативного вмешательства выполнен двум третям пациентов, направленным на оперативное лечение. В 1-й группе двум третям больных выполнена резекция доли легкого.

Таким образом, прекращение бактериовыделения и закрытие полости деструкции у пациентов 1-ой группы наступало несколько раньше, но достоверных отличий не получено ($p > 0,05$). Наложение искусственного пневмоперитонеума пациентам, страдающим туберкулезом с сохраненной чувствительностью возбудителя в современных условиях может расцениваться как этап при подготовке к оперативному вмешательству.

Литература:

Васильева И.А., Кузьмина Н.В., Ерохин В.В. Коллапсотерапия в комплексном лечении больных деструктивным туберкулезом легких с лекарственной устойчивостью возбудителя; М. ГЭОТАР: 2014: с.237

Картозия Л.С. Роль коллапсотерапии в сочетании с антибактериальными препаратами при туберкулезе лёгких: Автореф. дис. д-ра мед. наук. – Тбилиси; 1965; с. 65.

Левин А.В, Цеймах Е.А., Краснов Д.В. Применение эндобронхиального клапана в комплексном лечении больных инфильтративным туберкулезом легких (пособие для врачей); 2008: 68.

Приказ Министерства здравоохранения 109 от 20.03.2003 г. «О совершенствовании противотуберкулезной помощи в Российской Федерации».

Рабухин А.Е. К проблеме искусственного пневмоторакса в комплексном лечении больных туберкулезом легких. -Л., 1961.

Степанова Ю.А., Бурджанадзе В.Г. Пневмоперитонеум в лечении распространенных деструктивных форм туберкулеза легких с

лекарственной устойчивостью // Сборник научных трудов: Актуальные проблемы туберкулеза на современном этапе / М.: 2004: с.247.

Тачев О.Т. Результаты лечения туберкулеза легких пневмоперитонеумом. В кн. Труды II съезда мед. работн. Туркм. ССР. Ашхабад; 1960; 249-252.

Васильева И.А., Аксёнова В.А., Эргешов А.Э., Марьяндышев О.А., Самойлова А.Г., Клевно Н.И. [15 авторов.]. Федеральные клинические рекомендации по диагностике и лечению туберкулёза органов дыхания: М; Тверь: ООО «Издательство «Триада» 2014: 56.

Яичников В.П. Опыт применения клапанной бронхоблокации в комплексном лечении больных фиброзно-кавернозным туберкулезом легких в условиях пенитенциарных учреждений; Барнаул; 2010.

Ответственный за переписку:

Козлов Николай Владимирович

8-904-4-94-41-78 nickozlov.tmn@mail.ru

Таблица 1

Структура клинических форм в группах

Клинические формы туберкулеза	1-я группа, n=15		2-я группа, n=21		P
	n	%	n	%	
диссеминированная \ т.ч. распад	4 / 3	26,6	4 / 4	19	0,710
инфильтративная \ т.ч. распад	6 / 4	40	15 / 9	71,4	0,400
туберкулёма \ т.ч. распад	4 / 2	26,6	1 / 1	4,8	0,164
ФКТ	1	6,6	0	0	0,432
туберкулез бронхов	0	0	1	4,8	1,000
итого \с распадом	15 / 10	100	21 / 14	100	

Таблица 2

Распределение пациентов по группам учета

Группы диспансерного учета	1-я группа, n=15		2-я группа, n=21		P
	n	%	n	%	
I А группа	14	93	21	100	1,000
I Б группа	1	7	0	0	0,432
Итого	15	100	21	100	-

Таблица 3

Абациллирование (суммирующий эффект с данными за предыдущий месяц)

Срок	1-я группа, n=15		2-я группа, n=21		χ^2	P
	n	%	n	%		
Через 2 мес	9	60	6	28,5	0,787	0,375
Через 3 мес	13	87	12	57	0,287	0,592
Через 4 мес	15	100	16	76	0,093	0,768
Через 6 мес	-	-	21	100		

Таблица 4

Закрытие полостей распада в легком

Срок	1-я группа, n=15		2-я группа, n=21		χ^2	P
	n	%	n	%		
Через 2 мес	0	0	0	0	-	-
Через 4 мес	9	90	7	50	0,452	0,501
Через 6 мес	10	100	7	100	0,762	0,384
К концу лечения	10	100	14	100	0,071	0,789