

ЛИТЕРАТУРА

1. Вольф С.Б. Осложнения полихимиотерапии туберкулеза: клинико-патогенетические аспекты, прогнозирование и профилактика дис. ... д-ра мед. наук: 14.00.26 / В.С. Вольф. – Гродно, 2010. – 268 л.
2. Мишин В.Ю. Актуальные вопросы туберкулеза органов дыхания / В.Ю. Мишин. – Москва : Триада, 2003. – 88 с.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИСКУССТВЕННОГО ПНЕВМОТОРАКСА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СРОКОВ ЕГО НАЛОЖЕНИЯ

Шейфер Ю.А., Гельберг И.С.

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

Во многих российских публикациях отмечено повышение эффективности лечения деструктивных форм туберкулеза, при использовании искусственного пневмоторакса (ИП) [2]. Особенно это отмечается при наличии множественной лекарственной устойчивости (МЛУ), когда эффективность химиотерапии (ХТ) значительно снижается [1]. Однако имеются различные мнения по вопросам о показаниях к наложению ИП. Неясно, какие сроки после начала химиотерапии (ХТ) являются оптимальными для наложения ИП. В начальном периоде лечения, когда еще вокруг полости распада и в ее стенке не развиваются фиброзные изменения, заживление полости при ИП будет быстрым и полноценным. Однако в части случаев полость может закрыться под влиянием ХТ и без ИП. Тенденция к сохранению полости становится очевидной только после нескольких месяцев ХТ.

Цель работы: оценить эффективность ИП в зависимости от сроков его наложения и предшествующего курса ХТ.

Материалы и методы: Под наблюдением находился 91 больной с деструктивными формами туберкулеза легких. Среди пациентов данной группы преобладали мужчины - 67% (61 человек), женщины составили 33% (30 человек). По возрасту пациенты были распределены следующим образом: 20 – 29 лет – 38 человек (41,7%), 30-39 лет – 29 (31,9%), 40-49 лет – 20 (22%), 50 и старше – 4 (4,4%).

У 47 (51,6%) пациентов туберкулез легких был выявлен впервые, 44 (48,4%) – повторно леченые пациенты (рецидив, неудача в лечении).

В результате обследования у пациентов были диагностированы следующие клинические формы туберкулеза легких: кавернозный – у 23 (25,3%) пациентов, инфильтративный туберкулез легких в фазе распада – у 66 (72,5%), очаговый в фазе распада – у 2 (2,2%).

Деструктивные изменения в виде сформированных каверн выявлены у 15 человек (16,4%), формирующаяся каверна – у 50 (55%), зона распада легочной ткани – у 26 (28,6%). У 15 человек (16,4%) наблюдалось две полости. У 43 (47,3%) пациентов размер полости был до 2 см, у 44 (48,4%) – 2-4 см и у 4 (4,4%) – более 4 см.

При исследований мокроты на *Mycobacterium tuberculosis* (МБТ) у 85 (93,4%) пациентов выявлено бактериовыделение. У 48 (52,7%) – выявлено МЛУ МБТ.

В процессе обследования у ряда пациентов были выявлены отя-

гощающие факторы: заболевания желудочно-кишечного тракта - у 9 (9,9%), сахарный диабет – у 3(3,3%), хронические неспецифические заболевания органов дыхания – у 15 (16,4%), беременность и роды – у 7 пациенток (7,7%), контакт с туберкулезными больными – у 31 (34%) прибыли из мест лишения свободы - 8 человек (8,8%), злоупотребление алкоголем – у 42 человек (46,1%), два и более фактора риска одновременно наблюдались - у 24 (26,49%) пациентов, не работало -28 (30,8 %) пациентов.

Показанием к наложению ИП являлось сохранение полости распада в легких без четкой тенденции к ее обратному развитию.

Химиотерапия (ХТ) проводилась согласно существующим стандартам с учетом чувствительности МБТ к противотуберкулезным препаратам.

В зависимости от длительности ХТ до наложения ИП пациенты были разделены на две группы: первая - 69 пациентов (75.8%), у которых курс ХТ до наложения ИП составил до 6 месяцев; вторая группа – 22 пациента (24,2%) у которых курс ХТ до наложения ИП составил 6 и более месяцев.

Результаты и обсуждение: Длительность курса лечения ИП в первой группе составила: до 3 месяцев – 10 (14,9%); 3 - 4 месяцев – 19 (28,4%); 5-6 месяцев –28 (41,8%); 7 - 9 месяцев – 9 (13,4); более 12 месяцев – 1 (1,5%) пациентов. У двух пациентов в настоящее время ИП продолжается. Длительность курса лечения ИП во второй группе составила: до 3 месяцев –2 (9%); 3 - 4 месяцев – 7 (31,8%); 5-6 месяцев – 10 (45,6%); 7 - 9 месяцев – 1 (4,6%); более 12 месяцев – 2 (9%) пациентов. Существенное различие между группами по этому показателю отсутствует.

Использование ИП в сочетании с химиотерапией у пациентов 1-ой группы позволило добиться прекращения бактериовыделения от начала использования ХТ в 98,4% случаев (у 63 из 64): до 3 месяцев лечения - у 10 пациентов (15,9%); на 3-4 месяце - у 23 пациентов (36,5%); на 5- 6 месяце - у 22 пациентов (34,9%); на 7 - 9 месяце – у 7 (11,1%) пациентов. Один пациент не абациллирован (1,6%) и продолжает лечение.

Во 2-ой группе прекращение бактериовыделения от начала использования ХТ произошло в 86,3% случаев ($p<0,05$): на 3 -4месяце - у 1 пациента (4,6%); на 5- 6 месяце - у 8 пациентов (36,3%); на 7 - 9 месяце – у 4 (18,2%) пациентов, на 10 -12 месяце -у 4 (18,2%) пациентов, более 12 месяцев – у 2(9,1%) пациентов, не абациллировано - 3 (13,6%)человека.

Заживление полостей распада наблюдается у 65 пациентов (97%) 1-ой группы в следующие сроки от момента наложения ИП: до 3 месяцев -17(26,2%) пациентов, на 3 -4месяце – у 33(50,8%), на 5-6 месяце – у 13 пациента (20%); на 7 - 9месяце – у 1 (1,5%),на 10-12 месяце – у 1 (1,5%);. Во 2-ой группе данный показатель составил 77,3% ($p<0,05$): до 3 месяцев -3(17,6%) пациентов, на 3-4месяце – у 5(29,4%), на 5-6 – у 9 пациентов (53%).

Вывод. Более позднее применение ИП ведет к достоверному увеличению времени абациллирования и закрытия полостей распада. Целесообразно решать вопрос о наложении ИП в более ранние сроки от начала ХТ.

ЛИТЕРАТУРА

1. Мотус И.Я. Искусственный пневмоторакс в лечении деструктивного туберкулеза легких, осложненного лекарственной устойчивостью возбудителя / И.Я. Мотус, С.Н. Скорняков, Е.И. Кильдюшева // Проблемы туберкулеза и болезней легких. - 2005. - № 12. - С. 22-26.
2. Роль и значение искусственного пневмоторакса у больных деструктивным туберкулезом легких с лекарственной устойчивостью возбудителя / В.Ю. Мишин [и др.] // Пульмонология. - 2010. - № 5. - С. 41-45.

АНАЛИЗ СПОСОБОВ МОДЕЛИРОВАНИЯ ГНОЙНОГО ХОЛАНГИТА

Шило Р.С., Кулага А.В.

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

Актуальность. Послеоперационная летальность больных с острым холангитом колеблется от 12 до 60%. В связи с этим большое значение имеет моделирование данной патологии с дренированием желчных протоков для изучения новых способов лечения, таких как лазерная и фотодинамическая терапия (ФДТ).

Цель работы: определить наиболее рациональный способ дренирования холедоха при моделировании острого гнойного холангита для изучения эффективности применения ФДТ.

Методы исследования. Изучены предложенные ранее различными авторами способы моделирования острого гнойного холангита с анализом возможности введения в просвет холедоха лекарственных средств и световодов для лазерного его облучения. Нами разработано 3 метода воспроизведения острого гнойного холангита с различными вариантами дренирования общего желчного протока.

Эксперимент проводился на пятнадцати беспородных кроликах массой тела от 4-х до 5-ти кг. Они были разделены на 3 опытные группы по 5 в каждой, среди них самцов было 7, самок – 8.

Опытным животным первой группы катетер Фогарти (диаметром 0,75 мм с обрезанным баллоном в его дистальной части) проводился через дуоденотомическое отверстие в нисходящей части двенадцатиперстной кишки. Вторая дуоденотомия производилась в продольном направлении в проекции большого дуоденального сосочка (БДС), через нее катетер фиксировался в общем желчном протоке. Первый дефект в кишке ушивался двумя кисетными швами с погружением дренажа в просвет кишки по Штамму. Второй дефект ушивался поперечно двухрядным швом.

Животным второй группы дренаж в холедох вводился через гастротомическое отверстие в двенадцатиперстную кишку и, далее, в желчный проток. Катетер погружался тремя кисетными швами в просвет желудка по Штамму.

Герметизация дистального отдела холедоха у двух групп произ-