

стойкий просвет трахеи, а ишемический некроз пищевода в зоне степлерной эзофаграфии потребовал постановки в его просвет Т-образного стента, на котором сформирована эзофагостома. В раннем послеоперационном периоде умерли 2 пациента (14%) от нарастающей сердечно-сосудистой недостаточности и респиратор-опосредованной пневмонии.

Выводы:

1. Причиной развития ТПС у 93% пациентов стала длительная респираторная поддержка.
2. Инструментальная диагностика параметров ТПС должна основываться на данных комплексного КТ-эндоскопического обследования.
3. Радикальное хирургическое лечение пациентов с ТПС, направленное на выполнение после предоперационной подготовки разобщения фистулы с восстановлением просвета и функции трахеи и пищевода, было эффективно у 86% соматически тяжелых пациентов.

ДИАГНОСТИКА ТУБЕРКУЛЕЗА ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ В УСЛОВИЯХ ХИРУРГИЧЕСКОГО ТОРАКАЛЬНОГО ОТДЕЛЕНИЯ

Кондерский Н. М.¹, Петухов В. И.², Карташова Е. С.³,
Ермашкевич С. Н.², Янковский А. И.¹, Клишо Е. В.⁴,
Михневич Д. В.⁴

¹ УЗ «Витебская областная клиническая больница»,

² УЗ «Витебский государственный ордена Дружбы народов медицинский университет», г. Витебск, Республика Беларусь

³ УЗ «Новополоцкая центральная городская больница»,
г. Новополоцк, Республика Беларусь

⁴ УЗ «Витебский областной клинический противотуберкулезный диспансер», г. Витебск, Республика Беларусь

Введение. Несмотря на успехи в диагностике и лечении, уровень заболеваемости туберкулезом в РБ, по данным ВОЗ, за 2016 г. составляет 52 чел. на 100 тыс. населения, при этом формы заболевания с множественной лекарственной устойчивостью возбудителя встречаются в 35 случаях на 100 тыс. населения.

В настоящее время для верификации диагноза туберкулеза используют бактериоскопический и бактериологический методы, автоматизированные системы – ВАСТЕС, молекулярно-генетические методы – HAIN-тест, GenExpert и др. Данные литературы о чувствительности разных методов противоречивы. Разработка рационального алгоритма диагностики туберкулеза органов дыхания имеет важное практическое значение.

Цель: провести анализ результатов использования разных методов диагностики туберкулеза органов дыхания в условиях хирургического торакального отделения.

Материал и методы. В хирургическом торакальном гнойном отделении УЗ «Витебская областная клиническая больница» в период с 2013 г. по 2017 г. находились на обследовании и лечении 98 пациентов с разными формами туберкулеза органов дыхания. Из них мужчин было 65, женщин – 33, в возрасте от 19 до 59 лет, средний возраст пациентов составил 37 лет.

Пациенты были направлены из разных ЛПУ Витебской области, в том числе 35 человек (35%) – из УЗ «Витебский областной клинический противотуберкулезный диспансер» («ВОКПТД»).

До поступления в отделение туберкулез уже был установлен у 4 пациентов. Эти пациенты на момент поступления были абацилярны (по данным исследования мокроты), поводом для госпитализации послужило: легочное кровотечение в 1 случае, пневмоторакс – в 3. Этим пациентам с учетом выявленных характера и локализации процесса выполнены операции в объеме лобэктомии с гистологическим и бактериологическим исследованием операционного материала.

Еще у 3 пациентов, поступивших в отделение, микобактерии выявлены при исследовании мокроты, что послужило поводом для перевода их в УЗ «ВОКПТД» и, соответственно, они не оперированы.

Всего прооперированы 95 пациентов. Выполнены: видеоторакоскопия с биопсией легкого, плевры и/или внутригрудных лимфатических узлов (ВГЛУ) – у 50 пациентов, торакотомия с атипичной резекцией легкого – у 9, торакотомия с анатомической полисегментарной резекцией легкого – у 4,

торакотомия с лобэктомией – у 17, торакотомия с лобэктомией и резекцией сегмента легкого – у 1, двухсторонняя комбинированная резекция легкого – у 1, торакотомия с пневмоэктомией – у 1, торакотомия, декорткация легкого – у 10, биопсия легких и плевры при выполнении торакопластик по поводу эмпием плевры с легочно-плевральными свищами – у 2. Полученный операционный материал подвергался патогистологическому исследованию, исследованию на туберкулез с использованием методов ВАСТЕС и GenExpert.

Результаты и обсуждение. Гистологически в операционном материале туберкулёз верифицирован у 95 пациентов. Туберкулез легких выявлен у 61 человека (64%), туберкулез плевры – у 21 (22%), туберкулез легких и плевры – у 12 (13%), туберкулез ВГЛУ – у 1 (1%).

Бактериологически в операционном материале туберкулез верифицирован у 56 (66%) пациентов. Устойчивая к противотуберкулёзным препаратам форма заболевания выявлена у 34 (61% от бактериологически верифицированных) пациентов, из них МЛУ – в 30 наблюдениях, ШЛУ – в 4. Дальнейшее лечение проводилось с учетом полученных данных о чувствительности. У 26 пациентов с бактериологически неподтвержденным в операционном материале туберкулезом стекла препаратов были пересмотрены в УЗ «ВОКПТД» и НИИ «ПиФ». При повторном пересмотре туберкулез подтвержден у 22 из 26 пациентов. В этих случаях лечение проводилось противотуберкулезными препаратами 1 ряда. У 13 пациентов, операционный материал которых бактериологически не исследовался, туберкулез был исключен другими специальными методами. После дообследования в УЗ «ВОКПТД» туберкулез окончательно установлен у 78 (82%) оперированных пациентов.

Таким образом, представленные данные демонстрируют, что гистологическое исследование операционного материала, несмотря на высокую специфичность бактериологического анализа, показывает лучшие результаты, по сравнению с бактериологическими методами, хотя при этом иногда дает ложноположительный результат. Гистологическое исследование не может представить также сведений об устойчивости возбудителя. Анализ полученных данных позволяет сделать

вывод, что несмотря на существование большого арсенала современных методов диагностики туберкулеза, в настоящее время нельзя говорить о наличии «эталонного» метода. Рациональный алгоритм диагностики туберкулеза может быть создан на основании динамического наблюдения за пациентами, в том числе с использованием повторных инвазивных методов диагностики.

Выводы:

1. Бактериологическое исследование операционного материала на туберкулез независимо от установленного предоперационного диагноза должно проводиться у всех оперированных пациентов, что позволяет в том числе выявлять лиц с устойчивыми видами возбудителя.

2. Требуется постоянная координация диагностических мероприятий между хирургическим торакальным отделением, патологоанатомической службой и противотуберкулезным диспансером для снижения числа как ложноположительных, так и ложноотрицательных результатов.

ЛИКВИДАЦИЯ ВОРОНКООБРАЗНОЙ ДЕФОРМАЦИИ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ ПРИ МНОГОКЛАПАННОЙ КОРРЕКЦИИ В УСЛОВИЯХ ИСКУССТВЕННОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ

Кондерский Н. М.¹, Петухов В. И.², Ермашкевич С. Н.²,
Янковский А. И.¹, Зеньков А. А.^{1,2}, Карташова Е. С.³,
Корнилов А. В.²

¹ УЗ «Витебская областная клиническая больница»,

² УО «Витебский государственный ордена Дружбы народов медицинский университет», г. Витебск, Республика Беларусь

³ УЗ «Новополоцкая центральная городская больница»,
г. Новополоцк, Республика Беларусь

Введение. Воронкообразная деформация грудной клетки (ВДГК) представляет собой порок развития соединительной ткани и составляет более 90% всех деформаций грудной клетки. Частота встречаемости данного заболевания варьирует от 0,06 до