

УДК 616.25—002—085.724.8

Э. Т. КАРАПЕТЯН, Дж. К. ГОРЦУНЯН, Э. А. АПРЕСЯН, Н. Я. АКОПОВА

ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ  
ЭКССУДАТИВНЫМ ПЛЕВРИТОМ  
ТУБЕРКУЛЕЗНОЙ ЭТИОЛОГИИ

Прослежены отдаленные результаты лечения больных, перенесших экссудативный плеврит туберкулезной этиологии. Установлено, что за последние годы возросла продолжительность сроков диспансерного наблюдения и амбулаторного лечения, благодаря чему процент рецидивов и обострений у больных, перенесших туберкулезный экссудативный плеврит, в настоящее время довольно низкий.

В предупреждении рецидивов и дальнейшего прогрессирования легочного туберкулеза у лиц, перенесших экссудативный плеврит, большое значение имеет диспансерное наблюдение в ближайшие 3—4 года. Клинический опыт показывает, что по сравнению с больными, успешно излеченными от легочного туберкулеза, рецидивы у них наблюдаются сравнительно чаще. По данным антибактериального периода, развитие легочного туберкулеза у лиц, перенесших 1—3 года назад экссудативный плеврит, наблюдается в 7—20% случаев [1, 3, 6]. По данным противотуберкулезных учреждений Арм. ССР за 1959—1965 гг., развитие легочных форм туберкулеза после перенесенного экссудативного плеврита наблюдалось в 20% случаев [2]. Причину этого следует искать в плохой организации длительного противотуберкулезного лечения.

В связи с этим определенный интерес представляет вопрос о длительной антибактериальной терапии и диспансерном наблюдении больных.

В предыдущем сообщении [4] нами приведены наблюдения, касающиеся эффективности стационарного лечения 197 больных с впервые выявленным экссудативным плевритом, из коих 114 (73%) выписались со значительным улучшением, 52 (26,5%) — с улучшением и лишь у одного больного изменений не было.

Мы задались целью в диспансерных условиях проследить отдаленные результаты лечения у лиц, перенесших 1—8 лет назад экссудативный плеврит туберкулезной этиологии. Несмотря на значительные успехи в постановке противотуберкулезной службы в Арм. ССР за последние 10—15 лет, в системе организации борьбы с туберкулезом все еще наблюдаются существенные недостатки, в частности отсутствует координация в работе стационаров и диспансеров. Больные, направляемые в стационар через диспансер, в дальнейшем находились под строгим диспансерным наблюдением, чего нельзя сказать о лицах, нап-

руемых в противотуберкулезный стационар лечебными учреждениями общей сети. Поэтому в первую очередь необходимо координировать действия диспансера и противотуберкулезного стационара, а имеющие место расхождения выяснять в ближайшие сроки.

В диспансерном наблюдении важное место должно отводиться амбулаторной химиотерапии, в частности ее длительности. По данным М. Я. Бабицкого с соавт. [1], среди лиц с экссудативным плевритом, получавших амбулаторную химиотерапию длительностью до 6 месяцев, обострения наблюдались всего в 0,8% случаев, а при менее длительном лечении—в 14%. В наших наблюдениях у больных, прошедших курс лечения сроком 6 и более месяцев, обострений и рецидивов не наблюдалось. Длительная амбулаторная химиотерапия проводилась в основном у больных, имевших одновременно изменения в легких очагового характера, туберкулез внутригрудных лимфоузлов или подвергшихся операции по поводу эмпиемы (21 чел.). Амбулаторная химиотерапия осуществлялась преимущественно тубазидом и ПАСК, реже тубазидом-этоксидом или этамбутолом.

Увеличение продолжительности амбулаторного лечения за последние 10—15 лет привело к положительным сдвигам в работе противотуберкулезной службы. Относительное неблагополучие наблюдалось в организации противорецидивных профилактических курсов лечения. У больных, получивших противорецидивное лечение, в дальнейшем рецидивов не наблюдалось, тогда как из 36 больных, не получавших указанного лечения, рецидивы развились у трех.

Просмотр рентгенограмм показал, что после выписки из стационара в течение 1—2 лет наблюдалась положительная динамика рентгенологических изменений на пораженной стороне—восстановление прозрачности легочных полей, исчезновение плевральных наслоений, ограничение спаечных изменений и пр. Следует отдать должное проводимой в стационаре комплексной терапии, включающей гормоно-химиотерапию в комбинации с пункционно-аспирационным методом, благодаря которой не возникали осумкованные плевриты, распространенные кальцинаты и прочие осложнения. У 12 больных с изменениями в легких очагового характера наблюдалось рассасывание и уплотнение очагов.

Так как стойкость полученных результатов в сроки отдаленного наблюдения в конечном итоге характеризует эффективность проводимых лечебно-профилактических мероприятий, мы проанализировали данные о 127 больных, наблюдавшихся в сроки 2—8 лет. Из указанного числа больных в сроки от 2 до 5 лет рецидивы туберкулезного процесса наблюдались у трех (2,3%) в виде очагового туберкулеза, периферического шейного лимфаденита (инфильтративная форма) и экссудативного плеврита на противоположной стороне. Один из них погиб от фиброзно-кавернозного туберкулеза легких, осложненного легочным кровотечением, у остальных двух было организовано эффек-

տիվное лечение. К настоящему времени 53 человека сняты с диспансерного учета, а остальные 73 наблюдаются в III «б» группе учета.

Сравнительно низкий процент рецидивов мы объясняем улучшением диагностики, лечения, а также диспансерного наблюдения у больных экссудативным плевритом туберкулезного характера. Необходимо отметить, что рецидивы туберкулезного процесса наблюдались именно в случаях, когда больной уклонялся от длительной химиотерапии, а также противорецидивных профилактических курсов лечения.

Таким образом, применение активной тактики лечения в начальной стадии заболевания в виде гормоно-химиотерапии, пунктирно-аспирационного метода и последующей амбулаторной химиотерапии намного улучшает рентгеноморфологическую структуру легких (по данным отдаленных наблюдений).

Кафедра туберкулеза Ереванского  
медицинского института

Поступила 24/1 1977 г.

Յ. Թ. ԿԱՐԱՊԵՏՅԱՆ, Ժ. Կ. ԳՈՐԾՈՒՅԱՆ, Չ. Ա. ԱՊՐԵՍՅԱՆ,  
և Յ. ԱՎՈՊՈՎՍ

ՏՈՒԲԵՐԿՈՒԼԵԶՈՋԱՅԻՆ ԷՔՍՊԵՐԻՄԵՆՏԻ ԷՔՍՈՒԴԱՏԻՎ ՊԼԵՎՐԻՏՈՎ  
ՀԻՎԱՆԴՆԵՐԻ ԲՈՒԺՄԱՆ ՀԵՌԱՎՈՐ ԱՐԴՅՈՒՆՔՆԵՐԸ

Ա մ փ ո փ ո լ մ

Բուժման հետավոր արդյունքների քննարկման ժամանակ պարզվել է, որ 127 հիվանդներից միայն 3% -ի (2,3%) մոտ 2—5 տարի անց նկատվել է տուրբերկոլյոզային պրոցեսի կրկնում:

Հիշյալ դրական ցուցանիշը վկայում է հակատուբերկոլյոզային ժառանգյուրթյան աշխատանքի վերականգնման մասին, որի հիմքում ընկած է էքսուդատիվ պլերիտով հիվանդների երկարատև բուժումը և օրինակելի հսկողութունը ամբողջատոր պայմաններում:

#### Л И Т Е Р А Т У Р А

1. Бабицкий М. Я., Гаганова Е. П., Гинзбург З. И. и др. В кн.: Руководство по туберкулезу органов дыхания. Л., 1972, стр. 179.
2. Գործույան Ժ. Կ. Ժ. էքսպ. և կլինիկ. մեդիցինայի ԱՆ Արմ. ՍՍՐ, 1968, 1, ժր. 88.
3. Գուրյան Ի. Ե. Պրոբլեմայ տուբերկուլեզայ, 1961, 2, ժր. 47.
4. Կարապետյան Չ. Թ. Պրոբլեմայ տուբերկուլեզայ, 1976, 10, ժր. 31.
5. Սուրբախանյան Չ. Գ., Գեորգիադե Ա. Ս., Գիվիշվիլի Ս. Ա., Գաբունյան Ն. Ս. Պրոբլեմայ տուբերկուլեզայ, 1973, 5, ժր. 19.
6. Telejko Z. Grzlica, 1971, 3, ժր. 212.