

даются очаги с плотными компонентами против 7,5% при ДТЛ ($p < 0,01$). При ДТЛ в 80,0% случаев в очагах плотные компоненты отсутствуют, при ЭАА – только в 23,4% ($p < 0,01$). При исследовании лимфатических узлов обнаружено, что по их структуре и размерам сравниваемые группы достоверно не различались. Однако при ЭАА признаки аденопатии отмечались у 20% больных. В рентгенологической практике у здоровых при КТ-исследовании просветы бронхов не достигают 3 см до висцеральной плевры. При ЭАА воздушный просвет бронхов расширяется и чаще определяется на расстоянии до 1,5 см от висцеральной плевры (ЭАА – 60,0% и ДТЛ – 25,0%, $p < 0,01$). При исследовании хода (направления) бронхов различного порядка определено, что при ЭАА, в отличие от ДТЛ, чаще наблюдаются тракционные бронхоэктазы (соответственно 73,3 и 32,5%, $p < 0,01$). Известно, что при диссеминированных процессах происходит перераспределение васкуляризации в легких, меняя плотность паренхимы легкого. При КТ-исследовании эти изменения визуализируются в виде «мозаичной перфузии» легочной ткани вследствие чередования участков повышенной и пониженной

плотности. Сравнительный анализ показал, что мозаичная перфузия чаще наблюдалась при ЭАА, чем при ДТЛ (соответственно 76,7 и 17,5%, $p < 0,01$). Сформированные бронхогенные и пневмониогенные полости распада чаще наблюдались при ДТЛ, тогда как кисты и буллы в окружении неизменной легочной ткани чаще наблюдались при ЭАА. Установлено, что при ДТЛ чаще наблюдалось вовлечение в процесс как висцеральной, так и париетальной плевры. При этом процесс затрагивал также экстраплевральную жировую клетчатку. При ЭАА чаще в процесс вовлекалась висцеральная плевра.

Заключение. Результаты исследования показали, что для ДТЛ характерными КТ-признаками являлись: преобладание интрабронхиальной и септальной локализации очагов, их апикокаудальное убывание, наличие КТ-синдрома «дерево в почках», а также утолщение эпиплевральной жировой клетчатки.

При ЭАА чаще преобладали ассиметрично расположенные очаги с центрилобулярной локализацией, с вовлечением в процесс висцеральной плевры, с наличием КТ-синдромов «матового стекла» и «мозаичной перфузии».

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ОГРАНИЧЕННЫМ ФИБРОЗНО-КАВЕРНОЗНЫМ ТУБЕРКУЛЕЗОМ С ПРИМЕНЕНИЕМ КЛАПАННОЙ БРОНХОБЛОКАЦИИ

АСКАЛОНОВА О. Ю.¹, ЛЕВИН А. В.², ЦЕЙМАХ Е. А.³, ЗИМОНИН П. Е.¹, КРАСНОВ Д. В.², СКЛЮЕВ С. В.², ПЕТРОВА Я. К.²,
ЗИМОНИНА Н. А.⁴

EFFICIENCY EVALUATION OF COMPLEX TREATMENT OF PATIENTS SUFFERING FROM LIMITED FIBROUS CAVERNOUS TUBERCULOSIS WITH USE OF VALVE BRONCHIAL BLOCK

ASKALONOVA O. YU.¹, LEVIN A. V.², TSEYMAKH E. A.³, ZIMONIN P. E.¹, KRASNOV D. V.², SKLYUEV S. V.², PETROVA YA. K.²,
ZIMONINA N. A.⁴

¹КГКУЗ «Алтайский краевой противотуберкулезный диспансер», г. Барнаул

²ФГБУ «Новосибирский НИИ туберкулеза», г. Новосибирск

³ГБОУ ВПО «Алтайский государственный медицинский университет», г. Барнаул

⁴КГБУЗ «Алтайский краевой наркологический диспансер», г. Барнаул

¹Altai Kray TB Dispensary, Barnaul, RF

²Novosibirsk Tuberculosis Research Institute, Novosibirsk, RF

³Altai State Medical University, Barnaul, RF

⁴Altai Regional Narcological Dispensary, Barnaul, RF

Цель: повышение эффективности комплексного лечения больных ограниченным фиброзно-кавернозным туберкулезом легких путем применения клапанной бронхоблокации.

Материалы и методы. Фиброзно-кавернозный туберкулез с распространенностью не более 1 доли легкого относили к ограниченным процессам. Проведен анализ лечения 92 пациентов с ограниченным фиброзно-кавернозным туберкулезом легких. Муж-

чин было 69, женщин – 23. Возраст колебался от 20 до 59 лет. В основную группу включены 32 пациента, в комплексном лечении которых использовали лечебную гиповентиляцию пораженной части легкого с помощью клапанной бронхоблокации, а также искусственный пневмоперитонеум. В группу сравнения – 60 пациентов, в лечении которых применяли искусственный пневмоперитонеум. Всем пациентам проводили химиотерапию согласно категории

и с учетом лекарственной чувствительности микобактерий туберкулеза. Сопутствующая патология в виде сахарного диабета 2-го типа имела у 4 (12,5%) пациентов основной группы и у 6 (10,0%) – группы сравнения. Злоупотребляли алкоголем 11 (34,4%) пациентов основной группы и 18 (30,0%) – группы сравнения ($p > 0,5$). Наркомания была у 2 (6,3%) пациентов основной группы и у 4 (6,7%) – группы сравнения ($p > 0,5$). Бактериовыделение – у всех пациентов. Полирезистентность микобактерий туберкулеза выявлена у 21 (65,6%) пациента основной группы и у 41 (68,3%) – группы сравнения. Множественная лекарственная устойчивость микобактерий туберкулеза выявлена у 12 (37,5%) пациентов основной группы, у 24 (40,0%) – группы сравнения ($p > 0,5$). Туберкулез бронхов был у 4 (12,5%) пациентов основной группы и у 7 (11,6%) – группы сравнения ($p > 0,5$). Дренажный гнойный бронхит – у 5 (15,6%) пациентов в основной группе и у 12 (20,0%) – группы сравнения ($p > 0,5$). Рентгенологическая картина соответствовала фиброзно-кавернозному туберкулезу легких. У 20 (62,5%) пациентов основной группы и 40 (66,6%) – группы сравнения преобладали крупные полости; средние обнаружены в основной группе у 7 (21,8%), в группе сравнения у 10 (16,6%) пациентов по классификации Д. Д. Асеева (1952). В остальных случаях отмечалось поликавернозное поражение (сочетание средних и крупных полостей): у 4 (12,5%) и 5 (8,3%) пациентов соответственно. Перикавитальная инфильтрация, очаги отсева в пределах доли или на стороне пораженного легкого наблюдались у всех пациентов.

Результаты. Первоначально оценка результатов эффективности лечения проведена через 1 мес. В основной группе отмечено уменьшение размеров полостей у 17 (68,0%) пациентов из 25 и до полостей менее 2 см у 5 (45,5%) пациентов из 11. Ателектатические изменения в зоне поражения легочной тка-

ни появились у 17 (53,1%) пациентов, уменьшение перикавитальной инфильтрации отмечалось у 15 (46,8%), прекращение бактериовыделения – у 10 (31,2%). У пациентов в группе сравнения положительной динамики через 1 мес. лечения не обнаружено. Длительность применения клапанной бронхоблокации в основной группе составляла в среднем $434,3 \pm 19,4$ дня. Длительность курса химиотерапии варьировала от 247 до 546 дней, в основной группе – $342,4 \pm 18,3$, а в группе сравнения – $354,4 \pm 17,3$ ($p > 0,5$). Эффективность лечения оценивали через 6 и 12 мес. лечения по клинко-рентгенологической динамике туберкулезного процесса, данным люминесцентной микроскопии мокроты. Положительную клинко-рентгенологическую динамику (уменьшение полостей распада, уменьшение перикавитальной инфильтрации, уменьшение очагов в легких) через 6 мес. лечения наблюдали у 23 (71,9%) больных основной группы и у 22 (36,7%) – группы сравнения ($p < 0,01$). Прекращение бактериовыделения, по данным люминесцентной микроскопии, достигнуто в основной группе у 25 (78,1%) пациентов, а в группе сравнения – у 24 (40,0%) ($p < 0,01$). Положительная клинко-рентгенологическая динамика через 12 мес. лечения наблюдалась у 30 (88,2%) больных основной группы и у 33 (55,0%) – группы сравнения ($p < 0,01$). Прекращение бактериовыделения, по данным люминесцентной микроскопии, достигнуто в основной группе у 31 (96,9%) пациента, а в группе сравнения – у 41 (68,3%) ($p < 0,02$).

Заключение. Применение клапанной бронхоблокации в комплексном лечении больных ограниченным фиброзно-кавернозным туберкулезом легких позволяет улучшить результаты лечения, добиться положительной рентгенологической динамики в 1,6 раза чаще, прекращения бактериовыделения в 1,4 раза чаще, чем в группе сравнения.

ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ ТУБЕРКУЛЕЗА У ДЕТЕЙ С БАКТЕРИОВЫДЕЛЕНИЕМ

АХМЕРОВА Т. Е., БОРОДУЛИНА Е. А., ЧИЖОНКОВА Е. Б.

SPECIFICS OF TUBERCULOSIS DIAGNOSTICS IN CHILDREN WITH BACILLARY EXCRETION

AKHMEROVA T. E., BORODULINA E. A., CHIZHONKOVA E. B.

ГБОУ ВПО «Самарский государственный медицинский университет» МЗ РФ, г. Самара

Samara State Medical University, Samara, RF

У детей обнаружение микобактерий туберкулеза (МБТ) встречается крайне редко. Диагноз чаще

ставится по совокупности диагностических критериев, где в последние годы ведущее значение при-