

Результаты. Установлено, что в подгруппе 1А клиническое абациллирование произошло после 1-го мес. лечения, тогда как во 2А – только ко 2-4-му мес. Пациенты подгруппы 1Б и 1В абациллированы (по результатам посева) через 2-3 мес., а в подгруппах 2Б и 2В приходилось удлинять схему ХТ до 240-270 доз и более, так как абациллирование наблюдалось только к 6-8-му мес., в некоторых случаях – после 9 мес. У пациентов 1А подгруппы отмечалось рубцевание полостей через 2 мес. от начала терапии, у пациентов 2А и 2Б к этому времени отмечены лишь уменьшение полостей распада и рассасывание инфильтрации, а рубцевание каверн

происходило к 6-8-му мес. приема ПТП. При этом в подгруппе 2А рентгенологическая картина сохранялась без какой-либо динамики до 2-4 мес. лечения, а во 2Б – более 8 мес. Достоверных различий в исследуемых подгруппах и группах не получено из-за малой выборки, что обусловлено материальными трудностями при приобретении препарата бедаквилин.

Заключение. Небольшой опыт использования нового ПТП бедаквилин показал обнадеживающие результаты у пациентов, больных туберкулезом с ШЛУ МБТ, сократив сроки абациллирования и рубцевания полостей.

КЛАПАННАЯ БРОНХОБЛОКАЦИЯ В ЛЕЧЕНИИ ТУБЕРКУЛЕЗА У БОЛЬНЫХ С РЕЗЕКЦИЕЙ ЛЕГКОГО

ЛОВACHEVA O. V., SHUMSKAYA I. YU., BAGDASARYAN T. R., AMANSKHETOV R. B., SIVOKOZOV I. V., TUROVTSEVA YU. V.

VALVE BRONCHIAL BLOCK FOR THE TREATMENT OF TUBERCULOSIS PATIENTS WITH PULMONARY RESECTION

LOVACHEVA O. V., SHUMSKAYA I. YU., BAGDASARYAN T. R., AMANSKHETOV R. B., SIVOKOZOV I. V., TUROVTSEVA YU. V.

ФГБНУ «Центральный НИИ туберкулеза», г. Москва

Central Tuberculosis Research Institute, Moscow, RF

Одним из самых сложных разделов фтизиатрии является лечение каверн, возникших в результате рецидива (обострения) туберкулеза в резецированном легком. В основном эта проблема решается хирургически – после предоперационной подготовки выполняется чаще всего пневмонэктомия.

Цель: установить эффективность применения клапанной бронхоблокации (КББ) при лечении каверн в резецированном легком.

Материалы и методы. В исследование включены 15 пациентов, поступивших на лечение во фтизиатрические отделения института, у которых до настоящего рецидива (обострения) туберкулеза с образованием каверн(ы) выполнены резекция легкого и торакопластика на стороне резекции. Это были пациенты, которые отказались от очередного хирургического вмешательства и, таким образом, могли пополнить ряды больных с хроническим течением туберкулеза. В исследование не включали пациентов: с прогрессированием туберкулеза на фоне правильно подобранной химиотерапии (ХТ); с поражением бронхов специфической и/или неспецифической природы или выраженной послеоперационной деформацией; с декомпенсацией любой системы организма больного; с наличием бронхоплеврального свища и эмпиемы плевры, с наличием ВИЧ-инфекции.

Все пациенты были трудоспособного возраста, им проводили ХТ по принципам и схемам, изложенным в Федеральных рекомендациях по лечению туберкулеза 2014 г. У всех пациентов поддерживался пневмоперитонеум. Посегментарную локализацию каверн(ы) в оперированном легком устанавливали при анализе компьютерной томограммы, записанной на диск. Установка эндобронхиального клапана (ЭК) осуществлялась в доле, зональные, сегментарные бронхи во время фибробронхоскопии под местной анестезией или седацией, при ригидной бронхоскопии под наркозом.

Результаты. Этапом оценки эффективности КББ выбран срок 2 мес., после прекращения положительной рентгенологической динамики. При этом сроки извлечения ЭК определялись индивидуально. Большую часть (50-70%) времени пациенты проводили не в стационаре, а на амбулаторном лечении в институте или по месту жительства. Рентгенологически ни в одном случае гиповентиляция при КББ не наблюдалась в виде ателектаза, что объясняется наличием выраженного спаечного процесса в плевральной полости после хирургического вмешательства. Заживление крупных каверн иногда происходило путем заполнения, при этом в полости какое-то время четко определялся уровень жидкости. Это не являлось показанием для удаления ЭК,

так как самочувствие пациента оставалось хорошим и температурной реакции не отмечалось. Показателями эффективности лечения служили абациллирование всеми методами и закрытие всех полостей распада в оперированном легком.

Длительность КББ колебалась от 8 до 28 мес. Применяли 1-2 ЭК. Длительность нахождения каждого ЭК в бронхе не превышала 18 мес. Абациллирование достигнуто у всех 15 ($100 \pm 5,55\%$)

пациентов. У 9 ($58,8 \pm 11,6\%$ формула ван дер Вардена; 95%-ный ДИ 35,8-80,2% метод Вильсона) достигнуто закрытие всех полостей распада в оперированном легком.

Заключение. КББ может быть успешно использована для лечения рецидива туберкулеза с полостями распада в ранее оперированном легком.

ЭПИДЕМИЧЕСКАЯ СИТУАЦИЯ ПО ТУБЕРКУЛЕЗУ В г. ЯКУТСКЕ

ЛУКИНА А. М., КОНДАКОВ С. Н., ВИНОКУРОВА М. К.

TUBERCULOSIS EPIDEMIC SITUATION IN YAKUTSK

LUKINA A. M., KONDAKOV S. N., VINOKUROVA M. K.

ГБУ РС (Я) «НПЦ «Фтизиатрия», г. Якутск

Scientific Practical Phthisiology Center, Yakutsk, RF

Распространенность туберкулезной инфекции остается актуальной медико-социальной проблемой г. Якутска. По итогам 2014 г. основные эпидемиологические показатели туберкулеза по г. Якутску значительно превышают средние показатели Республики Саха (Якутия): общая заболеваемость – в 1,4 раза; бактериовыделение – в 1,5 раза; распространенность – в 1,6 раза; смертность – в 1,4 раза.

При этом необходимо отметить, что за последние три года все основные эпидемиологические показатели по туберкулезу в столице республики имеют тенденцию к снижению (табл.). Показатель заболеваемости туберкулезом населения г. Якутска в 2014 г. по сравнению с 2012 г. снизился на 14,8% – с 104,2 до 88,8 на 100 тыс. населения, в 1,7 раза снизился также показатель детской заболеваемости – с 49,6 до 28,1 на 100 тыс. детского населения. Показатель распространенности в 2014 г. по сравнению с 2012 г. снизился на 12% (с 306,4 до 269,6 на 100 тыс. населения), бактериовыделения – на 9,9% (с 149,9 до 135,0 на 100 тыс. населения), смертности – в 2 раза (с 13,9 до 7,6 на 100 тыс. населения). Намечившаяся положительная тенденция к улучшению эпидемической ситуации является результатом повышения активности проводимых комплексных противотуберкулезных мероприятий в столице при поддержке администрации муниципального образования и всех заинтересованных ведомств и структур.

Вызывает определенную тревогу рост частоты первичной множественной лекарственной устойчивости микобактерий туберкулеза (МЛУ МБТ). В 2014 г. МЛУ МБТ зарегистрирована у 30,4% впервые выявленных больных туберкулезом ор-

ганов дыхания с бактериовыделением (в 2012 г. – 22,5%, 2013 г. – 30,7%), в Республике Саха (Якутия) в 2013 г. – 25,8%, Дальневосточном федеральном округе – 17,5%, РФ – 17,4%.

Бактериологическую диагностику туберкулеза проводят с помощью культуральных исследований на жидких средах автоматизированной системой Вастек и на твердых средах традиционными методами. В 2014 г. зарегистрировано 247 новых случаев туберкулеза легких, охват культуральными исследованиями проведен в 100% случаев. Выявлено 147 (59,5%) бактериовыделителей, тест на лекарственную чувствительность МБТ проведен в 100% случаев, при этом МЛУ возбудителя выявлена у 45 больных, что составило 30,6% от числа проведенных тестов. Все новые случаи МЛУ МБТ выявлены по Вастек, что позволило в ускоренные сроки назначить больным адекватный режим химиотерапии.

На конец 2014 г. контингент больных активным туберкулезом в г. Якутске составлял 52,2% из числа всех больных по республике (853 из 1 634 человек), в том числе 52,5% бактериовыделителей из числа всех выделяющих бактерии больных (442 из 841 человека). Среди контингента бактериовыделителей тест на лекарственную чувствительность МБТ проведен у 402 (91,0%) больных, МЛУ возбудителя выявлена у 208 (47,1%) больных, среди проведенных тестов – 51,7%. Таким образом, в 2014 г. МЛУ МБТ зарегистрирована у 47,1% больных туберкулезом органов дыхания с бактериовыделением (в 2012 г. – 43,9%, 2013 г. – 47,3%), в Республике Саха (Якутия) в 2013 г. – 48,4%, Дальневосточном федеральном округе – 34,8%, РФ – 40,0%.