

Частота встречаемости различных факторов у пациентов 1, 2, 3-й групп

Факторы	Группы							
	1 (n = 140)		p	2 (n = 45)		p	3 (n = 41)	
	Наличие признака							
	абс.	%		абс.	%		абс.	%
Пол (мужчины)	80	57,1	> 0,05*	27	60,0	< 0,0001*	36	87,8
Возраст (лет)	32,0 ± 0,8		> 0,05**	32,1 ± 1,4		< 0,0001**	49,2 ± 1,3	
		p < 0,0001**						
Туберкулема	110	78,6	> 0,05*	35	77,8	> 0,05*	34	82,9
ФКТ	30	21,4		10	22,2		7	17,1
МБТ+	27	19,3	> 0,05*	9	20,0	> 0,05*	8	19,5
НМКФ+	71	50,7	> 0,05*	16	35,6	> 0,05*	20	48,8
Распространенные процессы	50	35,7	> 0,05*	12	26,7	> 0,05*	15	36,6
Табакокурение	74	52,9	0,008*	34	75,6	> 0,05*	36	87,8
			p < 0,0001*					
Обструкция	43	30,7	> 0,05*	20	44,4	< 0,0001*	36	87,8
			p < 0,0001*					
Кашель	3	2,1	> 0,05*	1	2,2	< 0,0001*	14	35,0
			p < 0,0001*					
Предоперационная подготовка (дни)	45,5 ± 5,9		> 0,05**	37,5 ± 7,5		> 0,05**	34,2 ± 8,5	

Примечание: * – χ^2 , ** – t-критерий Стьюдента.

РОЛЬ ЭНДОСОНОГРАФИИ В ДИАГНОСТИКЕ ТУБЕРКУЛЕЗА ВНУТРИГРУДНЫХ ЛИМФАТИЧЕСКИХ УЗЛОВ

СИВОКОЗОВ И. В., ЛОВАЧЕВА О. В., ШУМСКАЯ И. Ю., ЕВГУШЕНКО Г. В., ЛЕПЕХА Л. Н., ЛАРИОНОВА Е. Е., ЧЕРНОУСОВА Л. Н.,
БЕРЕЗОВСКИЙ Ю. С.

ROLE OF ENDOULTRASONOGRAPHY FOR DIAGNOSTICS OF CHEST NODES TUBERCULOSIS

SIVOKOZOV I. V., LOVACHEVA O. V., SHUMSKAYA I. YU., EVGUSHHENKO G. V., LEPEKHA L. N., LARIONOVA E. E.,
CHERNOUSOVA L. N., BEREZOVSKIY YU. S.

ФГБНУ «Центральный НИИ туберкулеза», г. Москва

Central Tuberculosis Research Institute, Moscow, RF

В последние годы для дифференциальной диагностики аденопатий средостения все шире применяется современная методика малоинвазивной биопсии – эндосонаграфия с чреспищеводным (EUS) или трансбронхиальным доступом (EBUS).

Цель: оценить значение эндосонаграфии с пункцией внутригрудных лимфоузлов в дифференциальной диагностике туберкулеза внутригрудных лимфатических узлов.

Материалы и методы. В исследование последовательно включены 172 пациента с аденопатией средостения неясного генеза, с наличием изменений в легких либо без таковых. Аденопатия средостения определялась либо по данным КТ (размер узла по малой оси свыше 15 мм согласно критериям RECIST). Всем пациентам была выполнена эндосо-

нография конвексным эхобронхоскопом Olympus с пункцией лимфоузлов средостения бифуркационной, аортопульмональной либо нижней паратрахеальной группы справа иглами 22-21G (Cook, Olympus). В подавляющем большинстве случаев использован доступ через пищевод (EUS).

Результаты. Средняя длительность исследования под местной анестезией составила 12 мин. Клинически значимых осложнений не отмечено. Пригодный для цитологического исследования материал был получен у 165/173 (95%), гистологический материал – у 99/172 (58%) пациентов. Диагностическая эффективность цитологического исследования составила 148/165 (89,6%), гистологического – 68/99 (68,7%), эффективность при объединении методик достигала 156/172 (91%). Среди ве-

рифицированных процессов лидировали саркоидоз (124 пациентов – 72% от общего числа), онкологические процессы (20 случаев – 11,4%), туберкулез внутригрудных лимфоузлов (12 случаев – 6,9%).

Для пациентов с туберкулезом внутригрудных лимфоузлов была характерна асимметричная (как правило, правосторонняя) аденопатия, при эндоскопии во всех случаях в лимфоузлах отмечались кальцинаты и гипоехогенные участки (некроз). Эффективность цитологического исследования пун-

тата на кислотоустойчивые микобактерии с окраской по Цилю – Нельсену составила 9 (75%) из 12 пациентов, методом ПЦР ДНК микобактерии туберкулеза в пунктате выявлены во всех случаях.

Заключение. Эндоскопия с пункцией внутригрудных лимфоузлов средостения является высокоэффективным методом верификации диагноза у пациентов с патологией средостения, в том числе и при туберкулезе внутригрудных лимфатических узлов.

ВОЗМОЖНОСТИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ КЛАПАННОЙ БРОНХОБЛОКАЦИИ У БОЛЬНЫХ ДЕСТРУКТИВНЫМ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ С ЛОКАЛЬНЫМИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ИЗМЕНЕНИЯМИ БРОНХИАЛЬНОГО ДЕРЕВА

СКЛЮЕВ С. В.^{1,4}, ЛЕВИН А. В.¹, ЦЕЙМАХ Е. А.², КРАСНОВ Д. В.¹, ЗИМОНИН П. Е.³, ПЕТРОВА Я. К.¹

OPPORTUNITIES FOR USING VALVE BRONCHIAL BLOCK IN DESTRUCTIVE PULMONARY TUBERCULOSIS PATIENTS WITH LOCAL INFLAMMATORY CHANGES OF BRONCHIAL APPARATUS

SKLYUEV S. V.^{1,4}, LEVIN A. V.¹, TSEYMAKH E. A.², KRASNOV D. V.¹, ZIMONIN P. E.³, PETROVA YA. K.¹

¹ФГБУ «Новосибирский НИИ туберкулеза» МЗ РФ, г. Новосибирск

²ГБОУ ВПО АГМУ МЗ РФ, г. Барнаул

³КГКУЗ «Алтайский краевой противотуберкулезный диспансер», г. Барнаул

⁴ГБОУ ВПО «НГМУ» МЗ РФ, г. Новосибирск

¹Novosibirsk Tuberculosis Research Institute, Novosibirsk, RF

²Altai State Medical Academy, Barnaul, RF

³Altai Kray TB Dispensary, Barnaul, RF

⁴Novosibirsk State Medical University, Novosibirsk, RF

Цель: оценить возможности использования метода клапанной бронхоблокации (КББ) в комплексном лечении больных деструктивным туберкулезом легких с локальными воспалительными изменениями бронхиального дерева.

Материалы и методы. Открытое, проспективное, когортное исследование, в котором участвовало 49 больных туберкулезом, находившихся на лечении в стационаре в 2012-2014 гг. У всех больных в комплексном лечении использовали метод КББ. Критерии включения в исследование: больные с деструктивным туберкулезом легких с частыми обострениями процесса, с неэффективным курсом лечения в течение 6 мес. и более. В 1-ю группу отбирались больные, у которых при бронхоскопии выявлены локальные воспалительные изменения бронхиального дерева активностью до 2-й степени в зоне дренирования каверн (26 человек). Из исследования исключали больных с локальными воспалительными изменениями слизистой бронхиального дерева 3-й степени активности. Воспалительные изменения проявлялись гиперемией слизистой оболочки, нечеткостью сосудистого рисунка,

инфильтрацией стенки бронха, наличием гнойных или слизисто-гнойных выделений. Во 2-ю группу включены больные без признаков локальных воспалительных изменений бронхиального дерева (23 человека). Период наблюдения за больными определялся сроком их госпитализации. По тяжести туберкулезного процесса группы больных были сопоставимы.

Результаты. Эффективность лечения оценивали по окончании госпитального этапа по клинико-рентгенологической динамике туберкулезного процесса (табл.).

Средняя длительность КББ в 1-й группе составила $201,60 \pm 14,77$ дня. Как видно из таблицы, достоверной разницы между группами нет ни по одному параметру.

Заключение. Наличие у больного деструктивным туберкулезом локальных воспалительных изменений бронхиального дерева с явлениями дренажного эндобронхита (до 2-й включительно степени активности) достоверно не влияет на эффективность КББ и не является противопоказанием для ее проведения.