

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.

Результаты применения КББ у больных 1-й и 2-й групп

Параметры	Группы больных				p*
	1 (n = 26)		2 (n = 23)		
	абс.	%	абс.	%	
Закрытие полости, рассасывание и уплотнение инфильтративных изменений	20	76,9	14	60,9	0,22
Уменьшение размеров полости, частичное рассасывание инфильтративных изменений	4	15,4	4	17,4	0,85
Отрицательная рентгенологическая динамика	2	7,7	5	21,7	0,16

Примечание: * – χ^2 Пирсона.

ЧАСТОТА ПОЛИРЕЗИСТЕНТНОСТИ ВОЗБУДИТЕЛЯ У ВПЕРВЫЕ ВЫЯВЛЕННЫХ БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ

СМАИЛОВА Г. А., САГИНТАЕВА Г. Л.

FREQUENCY OF POLYRESISTANT MYCOBACTERIA IN NEW PULMONARY TUBERCULOSIS PATIENTS

SMAILOVA G. A., SAGINTAEVA G. L.

Национальный центр проблем туберкулеза РК МЗСР, г. Алматы, Республика Казахстан

National Center of Tuberculosis Problems, Almaty, Kazakhstan Republic

В Казахстане тактика ведения и лечения больных с мультирезистентным туберкулезом определена и регламентирована приказом МЗ и СР РК № 19 от 22 августа 2014 г. «Инструкция по организации и осуществлению профилактических мероприятий по туберкулезу». Наряду с больными туберкулезом с множественной лекарственной устойчивостью возбудителя, повышенного внимания требуют и больные, выделяющие полирезистентные штаммы микобактерий туберкулеза (МБТ). По данным Национального регистра, частота туберкулеза с полирезистентностью МБТ у впервые выявленных больных имеет тенденцию к росту, так в 2011 г. она составила 17,4%, в 2012 г. – 18,1%. Степень эпидемической опасности больных полирезистентным туберкулезом также высока, и изучение частоты последней должно стать предметом более углубленного изучения.

Проанализированы истории болезни 89 больных с впервые выявленным туберкулезом легких, находившихся на стационарном лечении в терапевтической клинике Национального центра проблем туберкулеза в 2013-2014 гг., у которых диагностирована моно- и полирезистентность МБТ к противотуберкулезным препаратам I ряда.

Из пациентов, включенных в исследование, мужчин было 62 (69,7%), женщин – 27 (30,3%). По возрасту больные распределились следующим образом: 18-29 лет – 23 (25,8%), 30-39 лет – 22 (24,7%), 40-49 лет – 13 (14,6%), 50 лет и более – 31 (34,8%). Инфильтративная форма туберкулеза легких диагностирована в 100% случаев. Двусторонний процесс наблюдался у 33 (37,1%) больных, односторонний – у 56

(62,9%). Сопутствующие заболевания отмечены в 27 (30,3%) случаях, из которых наиболее часто (48,1%) встречались сахарный диабет, заболевания печени и желчевыводящих путей и желудочно-кишечного тракта (26,0%), хроническая обструктивная болезнь легких (25,9%). Бактериовыделение и наличие полостей распада наблюдались у всех (100%) больных. Положительные посевы получены у всех 89 больных, и у них определена лекарственная чувствительность МБТ. Монорезистентность МБТ наблюдалась у 44 (49,4%) больных, полирезистентность МБТ – у 45 (50,6%), из которых устойчивость к 2 препаратам отмечена в 34,9% случаев, к 3 – в 13,5%, к 4 – в 2,2%.

Частота монорезистентности к отдельным противотуберкулезным препаратам была следующей: к изониазиду – в 22 (47,7%) случаях, к стрептомицину – в 18 (40,9%), к этамбутолу – в 4 (9,1%), пипразинамиду – в 1 (2,3%). Таким образом, наиболее частой является лекарственная устойчивость МБТ к изониазиду.

Полирезистентность МБТ к двум препаратам наиболее часто (53,3%) встречалась в комбинации HS, редко (2,2%) – в комбинации HE. Из случаев полирезистентности МБТ к 3 препаратам наиболее часто встречалась комбинация HSE (26,7%). Полирезистентность МБТ к 4 препаратам представлена комбинацией H + Z + S + E (4,4%).

Заключение. Среди больных с впервые выявленным туберкулезом и моно- полирезистентностью возбудителя устойчивость к изониазиду встречается в 78,7% случаев.