

Результаты. Уточняющую диагностику осуществляли методами КТ и МРТ, что позволяло визуализировать даже незначительные зоны деструкции и мелкие секвестры, не говоря уже о вовлечении в процесс пре- и паравертебральных мягких тканей или отек костного мозга и дисков в зоне пораженных позвонков.

При осложнении неспецифического спондилита превертебральным абсцессом в 22 (30,9%) наблюдениях оперативное лечение заключалось в абсцессотомии, экономной резекции зоны деструкции, декомпрессии спинного мозга и ревизии твердой мозговой оболочки, устранении имеющейся кифотической деформации.

В 41 (57,7%) случае заполнение дефекта тел позвонков проведено аутоотрансплантатом, у 18 (25,4%) больных – биосовместимым имплантатом с нанесенным на его поверхность гентамицином. В 12 (16,9%) случаях выполнена операция по разработанной нами

методике – задней фиксации оперированной зоны позвоночника в сочетании с передним спондилодезом (авт. свид. № 1806 675 от 10.10.92 г.).

В послеоперационном периоде фиксацию шейного отдела позвоночника осуществляли жестким воротником. Активизацию больных в послеоперационном периоде начинали со 2-5-го дня. Это стимулирует репаративные процессы в зоне костной пластики и способствует образованию костного блока в зоне резекции тел позвонков в течение 3-6 мес. Получены хорошие и удовлетворительные результаты лечения у 96,7% больных.

Заключение. Разработанная тактика оперативного лечения неспецифических спондилитов шейного отдела позвоночника обеспечивает атравматическое удаление зоны некроза, дает возможность осуществить декомпрессию спинного мозга на любом уровне шейного отдела позвоночника и надежно стабилизировать зону деструкции.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ БЕДАКВИЛИНА В ТЮМЕНСКОМ ОБЛАСТНОМ ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНОМ ДИСПАНСЕРЕ

ЛЕШОК С. Н.¹, БЕРДЮГИН А. В.¹, КОЗЛОВ Н. В.¹, ТЮЛКОВА Т. Е.²

EXPERIENCE OF USING BEDAQUILINE IN TYUMEN REGIONAL TB DISPENSARY

LESHOK S. N.¹, BERDYUGIN A. V.¹, KOZLOV N. V.¹, TYULKOVA T. E.²

¹ГБУЗ ТО «Областной противотуберкулезный диспансер», г. Тюмень,

²ГБОУ ВПО «ТюмГМУ» МЗ РФ, г. Тюмень

¹Regional TB Dispensary, Tyumen, RF

²Tyumen State Medical University, Tyumen, RF

Цель: изучить эффективность применения бедаквилина у больных туберкулезом легких с широкой лекарственной устойчивостью возбудителя.

Методы исследования. Работа проводилась в ГБУЗ ТО «ОПТД» в 2014 г. в отделении легочного туберкулеза для взрослых с множественной лекарственной устойчивостью (МЛУ) возбудителя (МБТ). Сформированы две группы: 1-ю группу составили пациенты, у которых в комплексную химиотерапию (ХТ) включали противотуберкулезный препарат (ПТП) бедаквилин ($n = 6$), 2-ю – пациенты, у которых бедаквилин не использовали из-за наличия противопоказаний или отсутствия информированного согласия ($n = 15$). Схему лечения в обеих группах назначали по 5-му режиму ХТ согласно лекарственной чувствительности возбудителя и в стандартных дозировках (Сар, Z, Мох, Cs, Pas, {Pt}). В каждой группе сформированы подгруппы в зависимости от давности установления диагноза и длительности приема

ПТП. В подгруппы А включены пациенты с впервые в 2014 г. выявленным туберкулезом легких и с впервые выявленной широкой лекарственной устойчивостью (ШЛУ) МБТ к 5-6 ПТП (по 33%), подгруппы Б – болеющие туберкулезом в течение 5 лет с ШЛУ МБТ к 7 ПТП с 2012 г., в подгруппы В – пациенты болели туберкулезом в течение 9 лет (с ШЛУ к 6 ПТП с 2012 г.). Отбор пациентов для лечения по 5-му режиму ХТ с бедаквилином проводили по следующим критериям: согласие пациента на длительное (≥ 2 лет) лечение препаратами 2-го и 3-го рядов; приверженность и мотивированность пациента лечению; лекарственная чувствительность и отсутствие компроментации к 3 ПТП и более по данным теста лекарственной чувствительности.

Бедаквилин включали 6-м препаратом в 5-м режиме ХТ с одновременным назначением 2 ПТП, ранее не применявшихся пациентами, проводили контролируемое лечение.

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 долевые, 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,