

(у 70,2%, 66/94), чем во 2-й (30,9%, 21/68), в среднем 0,7 и 0,3 на одного больного. Тяжелые гепатотоксические НЛР (гиперферментемия с подъемом трансаминаз более 4–8 норм, гипербилирубинемией) отмечались у 41,5±5,1% (39/94) и 17,6±4,6% (12/68) больных соответственно, значимые нефротоксические НЛР в виде острого почечного повреждения – у 13,8±3,6% (13/94) и 8,8±3,4% (6/68), желудочно-кишечные (тяжелые псевдомембранозные колиты и панкреатиты) у 11,7±3,3% (11/94) и 2,9±2,0% (2/68), аллергические реакции в виде крапивницы – в единичных случаях у 3,2±1,8% (3/94) и 1,5±1,5% (1/68) больных соответственно.

НЛР 1–2-й степени (по DMID) не требовали отмены всех препаратов. Проводилась замена предполагаемого «виновника» на другой препарат, назначалась патогенетическая, дезинтоксикационная и симптоматическая терапия. При тяжелых НЛР (3–4-й степени по DMID) пациентов переводили в отделение реанимации, отменяли противотуберкулезную и антиретровирусную терапию, корректировали психотропное лечение.

При развитии тяжелых лекарственных гепатитов и крапивницы выполняли курс лечебного плазмафереза в сочетании с лазерным облучением крови (у 44,7% (42/94) и 19,1% (13/68) соответственно).

После устранения клинико-лабораторных проявлений НЛР, регресса симптомов и восстановления нарушенных функций формировали новую схему лечения из препаратов с низким потенциалом повторных нежелательных реакций, с поэтапным их введением.

Выводы

Частота и тяжесть НЛР была выше в группе больных коинфекцией ТБ/ВИЧ с сопутствующими ПЗ, что обуславливает необходимость разработки индивидуализированных программ ведения больных коинфекцией ТБ/ВИЧ с коморбидной психической патологией, включающих мультидисциплинарную медицинскую помощь.

Базажи Сергей Геннадьевич, тел. 8-916-305-94-28, e-mail: bazazhi@mail.ru

ПРИМЕНЕНИЕ ЭНДОБРОНХИАЛЬНОГО КЛАПАНА В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ФИБРОЗНО-КАВЕРНОЗНОГО ТУБЕРКУЛЕЗА ЛЕГКИХ

О.В. Боровиков¹, А.Ю. Сурдуп¹, Е.В. Павлова^{1,2}

¹ ГБУЗ «Республиканский клинический противотуберкулезный диспансер», г. Уфа

² ФГБОУ ВО «Башкирский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Уфа

В Российской Федерации и в Республике Башкортостан в последнее десятилетие достигнуты высокие результаты по снижению заболеваемости туберкулезом. Среди всех клинических форм болезни фиброзно-кавернозным туберкулезом являются наиболее опасными в эпидемиологическом отношении в качестве основного источника распространения инфекции среди населения. В структуре клинических форм впервые выявленного туберкулеза органов дыхания в Республике Башкортостан в 2023 году болезни фиброзно-кавернозным туберкулезом (ФКТ) составили 2,4%, что на 1,4% больше, чем в 2022-м (1,0%); из года в год нарастает количество больных с лекарственной устойчивостью возбудителя. Этот контингент является основным распространителем инфекции и потому привлекает к себе пристальное внимание фтизиатров и торакальных хирургов. Такие больные с терапевтической точки зрения считаются практически инкурабельными; хирургическое лечение также затруднено из-за распространенности поражения легочной ткани, сопровождается высоким операционным риском в связи с высокой частотой легочно-плевральных осложнений. Одним из методов выбора хирургического лечения больных с фиброзно-кавернозным тубер-

кулезом является торакопластика (ТПЛ). Эффективность этих операций снижается при выраженном фиброзе окружающих каверну тканей легкого, особенно у ранее оперированных пациентов. Внедрение высокотехнологичной медицинской помощи (в частности, эндоскопической клапанной бронхоблокации) с 2011 года в ГБУЗ РКПТД вносит весомый вклад в уменьшение резервуара инфекции, вызванной микобактериями туберкулеза (МБТ) с лекарственной устойчивостью. Эндоскопическая установка клапанного бронхоблокатора (ЭКББ) без хирургического вмешательства также малоэффективна из-за спаечного процесса и фиброза легочной ткани.

Цель исследования

Изучение эффективности хирургического этапа лечения больных фиброзно-кавернозным туберкулезом легких с множественной лекарственной устойчивостью возбудителя (МЛУ) в сочетании с установкой ЭКББ.

Материалы и методы

В исследование включали пациентов, которым произведена торакомиопластика в сочетании с экстраплевральным пневмолизом верхушки легкого или с инвагинацией каверны. В I группу отнесены пациенты, которым хирургическое

лечение и химиотерапия проводились без установки ЭКББ – 48 (39,3%). Во II группе пациенты получали химиотерапию, хирургическое лечение, устанавливался ЭКББ – 74 (60,7%).

В обеих группах преобладали мужчины (108 чел., 88,5%), пациентов с МЛУ в обеих группах также было больше – 107 (87,7%), чем без МЛУ – 15 (12,3%), $p < 0,5$. Критериями включения являлись желание пациента принимать участие в исследовании; наличие ФКТ легких с МЛУ; возраст от 20 до 60 лет; распространение деструкции не более чем на одну долю легкого. Критериями исключения – операции резекции легких на стороне поражения; туберкулез трахеи и бронхов; выраженное неспецифическое воспаление трахеи и бронхов; наличие гигантских каверн; декомпенсированная дисфункция любой системы организма; ВИЧ-инфекция, алкоголизм, наркомания.

Все пациенты получали противотуберкулезную терапию с учетом лекарственной чувствительности МБТ и переносимости противотуберкулезных препаратов. Для ЭКББ использовали эндобронхиальный клапан (ЭК) («Медланг», Россия), который под местной анестезией по общепринятой методике устанавливался во время фибробронхоскопии.

Эффективность лечения оценивали по закрытию фиброзных каверн на момент выписки из хирургического отделения и в отдаленном послеоперационном периоде через 6-12 ме-

сяцев по клинко-рентгенологической динамике туберкулезного процесса, данным люминесцентной микроскопии и посева мокроты.

Результаты

На момент выписки во II группе (с применением ЭКББ) результаты оказались лучше: полное закрытие каверны достигнуто в 2,7 раза чаще; в I группе чаще фиксировали частичное закрытие каверн (у 25 (20,5%) пациентов). Неэффективным комплексное лечение было лишь в 4 (3,3%) случаях у пациентов I группы. При оценке отдаленных результатов (через 6-12 месяцев) закрытия фиброзных каверн чаще удавалось достичь во II группе пациентов с применением ЭКББ (в 1,5 раза, у 84,0% по сравнению с 56,1% больных в I группе).

Выводы

Торакомиопластика с экстраплевральным пневмолизом и инвагинацией каверны при распространенных формах фиброзно-кавернозного туберкулеза легких является оптимальным вариантом выбора хирургического лечения у этой сложной категории больных. Эндоскопическая клапанная бронхоблокация дренирующих бронхов при распространенном фиброзно-кавернозном туберкулезе легких в сочетании с торакомиопластикой позволяет значительно повысить эффективность лечения этих больных.

Павлова Елена Валерьевна, тел. 8-987-253-41-09, e-mail: doctorpavlova@bk.ru

ОМЕПРАЗОЛ КАК ИНГИБИТОР ЭФФЛЮКСНОЙ ПОМПЫ В ТЕРАПИИ ЛЕКАРСТВЕННО-РЕЗИСТЕНТНОГО ТУБЕРКУЛЕЗА ЛЕГКИХ

Е.М. Жукова, Т.А. Малькова

ФГБУ «Новосибирский научно-исследовательский институт туберкулеза» Минздрава России, г. Новосибирск

В последние годы в литературе появились указания, что омепразол воздействует на эффлюксные помпы микобактерий туберкулеза (МБТ), подавляя отток рифампицина из МБТ даже при концентрации, намного (в 40-160 раз) ниже предельно допустимой концентрации препарата. Рядом исследователей было подтверждено, что омепразол подавляет рост МБТ внутри макрофагов, препятствуя развитию резистентности МБТ.

Цель исследования

Оценить эффективность терапии больных лекарственно-резистентным туберкулезом легких при дополнительном назначении омепразола в интенсивной фазе химиотерапии.

Материалы и методы

Проведен ретроспективный анализ медицинской документации терапевтического отделения ФГБУ «Новосибирский научно-исследовательский институт туберкулеза» Минздрава России (ФГБУ «ННИИТ») за 2021–2022 годы. Отобрано 77 медицинских карт пациентов с инфильтративным/диссеминированным МЛУ/пре-ШЛУ-ТБ, которые были разделены на 2 группы. Основную группу (ОГ) составили 35 пациентов с со-

путствующей патологией ЖКТ, которые помимо противотуберкулезной терапии получили курс лечения омепразолом, группу сравнения (ГС) – 43 пациента без патологии ЖКТ, которым проводилась только противотуберкулезная терапия. Эффективность лечения в группах оценивалась на сроке получения 60 и 120 доз противотуберкулезных препаратов – точки контроля через 2 и 4 месяца. Критериями эффективности химиотерапии были: частота и сроки прекращения бактериовыделения методами микроскопии и посева на жидкие питательные среды с использованием автоматизированной системы Bactec MGIT 960; динамика инволюции деструктивных изменений легочной ткани оценивалась по рентгенологическим исследованиям. Статистическую обработку данных выполняли в программе Microsoft Excel 2007, Statistica 6.0 с использованием как непараметрических, так и параметрических методов.

Результаты

Через 4 месяца число пациентов с симптомами интоксикации в ОГ было значимо меньше, чем в ГС (13/20 (65%) и 8/23(34,8%), $p = 0,07$). Кроме того, в ОГ отмечено значимое