

уменьшение доли пациентов с повышенными значениями СОЭ: с 51,4% до 22,5% ($p = 0,03$), а также снижение уровня его среднего значения с 33,5 мм/ч до 20,9 мм/ч ($p = 0,01$). Негативация мазка мокроты в ОГ (в 100% случаев) произошла в течение первых двух месяцев лечения; в ГС этот эффект лечения был достигнут в 91,7% случаев на 2 месяца позднее. Прекращение бактериовыделения наблюдалось значимо чаще в ОГ, достигнутый эффект отмечен в более ранние сроки (через 2 месяца лечения). Инволюция воспалительных изменений в легочной паренхиме происходила успешнее в ОГ, чем в ГС. Так, в точке контроля через 4 месяца частичное рассасывание инфильтративных и очаговых изменений установлено у 80% пациентов ОГ и лишь у 57,1% пациентов ГС ($p = 0,05$). Через 4 месяца лечения в ОГ отметили закрытие полостей распада у 65,2% пациентов, что на 29,2%, в 1,8 раза выше показателя в ГС (36%), $\chi^2 = 3,3$; $p < 0,05$). В ОГ по сравнению с ГС среди пациентов с сохраняющимися полостями распада положительная рентгенологическая динамика в виде уменьшения размеров деструктивных изменений в легочной паренхиме отмечалась чаще (87,5% и 37,5% случаев соответственно, $p = 0,03$). Кроме

того, в отличие от ОГ в ГС была зарегистрирована отрицательная рентгенологическая динамика – увеличение размеров полостей у 50% пациентов. Отсутствие динамики сохранявшихся деструктивных изменений в ОГ и ГС регистрировали с равной частотой (по 12,5% случаев в обеих группах). Таким образом, добавление курса лечения омепразолом к стандартной химиотерапии способствовало ускорению репаративных процессов в легочной паренхиме больных с МЛУ/пре-ШЛУ-ТБ.

Заключение

Продemonстрировано положительное влияние омепразола на течение туберкулезного процесса у больных МЛУ-ТБ в интенсивной фазе химиотерапии. Показана безопасность сочетания омепразола с современными схемами лечения МЛУ-ТБ. Установлено уменьшение выраженности клинических проявлений туберкулеза и сроков их купирования, повышение частоты закрытия полостей распада (на 29,2%) и прекращение бактериовыделения к 4 месяцу химиотерапии (на 30,1%).

Полученные данные могут быть использованы при разработке комбинированной терапии туберкулеза с учетом молекулярных механизмов лекарственной устойчивости.

Малькова Татьяна Александровна, тел. 8-923-178-44-51, e-mail: murzina1984@mail.ru

ЭФФЕКТИВНОСТЬ И БЕЗОПАСНОСТЬ УКОРОЧЕННОГО РЕЖИМА В-Ра-L У БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ С МНОЖЕСТВЕННОЙ И ШИРОКОЙ ЛЕКАРСТВЕННОЙ УСТОЙЧИВОСТЬЮ ВОЗБУДИТЕЛЯ

О.Г. Комиссарова^{1,2}, А.М. Тихонов¹, В.А. Шорохова¹, Р.Ю. Абдуллаев¹, В.В. Романов¹, А.Э. Эргешов¹

¹ ФГБНУ «Центральный научно-исследовательский институт туберкулеза», г. Москва

² ФГАОУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н. И. Пирогова» Минздрава России, г. Москва

Несмотря на то что за последние годы в борьбе с туберкулезом (ТБ) во всем мире был достигнут некоторый прогресс, во многих странах туберкулез остается серьезной проблемой. Согласно решению ВОЗ, с 2021 года Российская Федерация (РФ) исключена из списка стран с высоким бременем туберкулеза, но продолжает оставаться в списке стран с высокой долей больных туберкулезом с множественной и широкой лекарственной устойчивостью (МЛУ/ШЛУ) возбудителя. По данным ВОЗ, доля больных с МЛУ туберкулезом среди впервые выявленных больных и рецидивов в РФ составила 38%. Одной из причин создавшейся ситуации является низкая эффективность лечения больных с МЛУ/ШЛУ микобактерий. В настоящее время эффективность лечения пациентов с МЛУ/ШЛУ туберкулезом в мире составляет 60%. Такой низкий показатель, вероятно, связан с длительным сроком приема большого количества противотуберкулезных препаратов (ПТП), в том числе с применением инъекционных форм, что неизбежно приводит к снижению приверженности пациентов к лечению. С этим связана

современная стратегия ВОЗ по лечению больных туберкулезом с МЛУ/ШЛУ возбудителя, где предусматривается назначение режима химиотерапии с обязательным включением новых наиболее эффективных противотуберкулезных химиопрепаратов и укорочение сроков лечения. В связи с этим является актуальным изучение эффективности и безопасности новых режимов химиотерапии при лечении больных туберкулезом с МЛУ/ШЛУ возбудителя и их внедрение в клиническую практику.

Цель исследования

Изучение эффективности и безопасности режима лечения по схеме бедаквилин, претоманид и линезолид (В-Ра-L) у больных туберкулезом легких с МЛУ, пре-ШЛУ и ШЛУ микобактерий в сравнении со стандартным режимом химиотерапии для лечения больных МЛУ/ШЛУ туберкулезом легких.

Материалы и методы

В исследование было включено 36 больных, разделенных на две группы; основную составили 18 больных туберкулезом легких с МЛУ, пре-ШЛУ и ШЛУ возбудителя (дефиниции 2021 г.),

контрольную – 18 пациентов, подобранных ретроспективно по методу «случай-контроль». Сравнимые группы были сопоставимы по полу, возрасту, клинко-рентгенологическим и лабораторным характеристикам. Все пациенты основной группы прошли полный курс лечения режимом ХТ, состоящим из бедаквилина, претоманида и линезолида (В-Ра-Л), в течение 26 недель. Пациентам контрольной группы применяли режим ХТ, состоящий из пипразинамида, моксифлоксацина, линезолида, бедаквилина, циклосерина и капреомицина (Z-Mfx-Lzd-Bq-Cs-Cm) в течение 6 месяцев и далее Z-Mfx-Lzd-Cs 12 месяцев. Дозировки лекарственных препаратов назначались согласно инструкции. Период последующего наблюдения составлял 1,5 года.

Результаты

В процессе лечения в обеих группах число пациентов с наличием туберкулезной интоксикации снижалось; через 2 и 4 месяца ХТ значимые межгрупповые различия по частоте исчезновения симптомов интоксикации отсутствовали, через 6 месяцев ХТ в контрольной группе у 11,1% ($F = 0,004$) пациентов наблюдались симптомы туберкулезной интоксикации. Через 2 месяца лечения в основной группе негативация мокроты наблюдалась значимо чаще по сравнению с контрольной (соответственно 72,2% и 38,2%; $\chi^2 = 23,3$; $p = 0,00001$). Через 4 месяца лечения в основной группе прекращения бактериовыделения удалось добиться у всех (100,0%) больных, в кон-

трольной группе – в 72,2% случаев (через 6 месяцев лечения – 88,9%). В основной группе через 2 месяца лечения закрытие полостей распада наблюдалось в 20%, а в контрольной группе – лишь в 6,2% случаев ($\chi^2 = 8,66$; $p = 0,005$). Через 4 месяца лечения эти показатели составили соответственно 33,3% и 18,8% ($\chi^2 = 5,92$; $p = 0,022$), а через 6 месяцев химиотерапии – соответственно 46,7% и 31,3% ($\chi^2 = 5,38$; $p = 0,029$).

В процессе лечения в основной группе значимо чаще отмечали полинейропатию, протеинурию и бактериурию; в контрольной группе – гиперурикемию и эозинофилию. Все эти проявления были клинически незначимы и не требовали отмены препаратов. Необходимо отметить, что неустраняемая нежелательная побочная реакция (ототоксичность) наблюдалась только в контрольной группе (16,7%).

При анализе отдаленных результатов лечения в основной группе больных за время последующих 1,5 лет наблюдения рецидивов туберкулезного процесса не выявлено, в то время как в контрольной группе рецидивы отмечены у 2 (11,2%) пациентов. Один случай рецидива был зарегистрирован на 8-м, второй – на 17-м месяце наблюдения после завершения химиотерапии.

Заключение

В-Ра-Л является эффективным и безопасным режимом ХТ для лечения пациентов с МЛУ, пре- ШЛУ и ШЛУ туберкулезом.

Комиссарова Оксана Геннадьевна, тел. 8-903-118-48-18, e-mail: oksana.komissarova.72@mail.ru

ПРИМЕНЕНИЕ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ КЛАПАННОЙ БРОНХОБЛОКАЦИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ДЕСТРУКТИВНОГО ТУБЕРКУЛЕЗА ЛЕГКИХ И НЕТУБЕРКУЛЕЗНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ (ОПЫТ КАБАРДИНО-БАЛКАРСКОЙ РЕСПУБЛИКИ)

Н.Н.А. Самородов, Ю.В. Барукаев, Ю.Ю. Кушхова

ГБУЗ «Противотуберкулезный диспансер» Минздрава Кабардино-Балкарской Республики, г. Нальчик

В России на фоне улучшения показателей заболеваемости и смертности от туберкулеза сохраняется на стабильно высоком уровне удельный вес больных с лекарственной устойчивостью микобактерий туберкулеза (МБТ). Известно, что эффективность лечения больных с лекарственно-устойчивым туберкулезом легких (ЛУ ТЛ) значительно уступает таковой при лекарственно-чувствительном туберкулезе легких (ЛЧ ТЛ). В этих условиях существенно возрастает роль немедикаментозных методов лечения. Торакальные хирургические вмешательства у части больных связаны с высоким риском развития послеоперационных осложнений и летальности, а также могут быть противопоказаны по функциональным ограничениям. Дан-

ные обстоятельства диктуют необходимость концентрации внимания на современных методах локального воздействия на каверны и полости распада в легких с целью их быстрой ликвидации, в частности, на эндоскопической клапанной бронхоблокации (ЭКББ).

Цель исследования

Оценка результатов эндоскопической клапанной бронхоблокации в комплексном лечении деструктивного туберкулеза легких и нетуберкулезных заболеваний органов дыхания.

Материалы и методы

Проанализированы результаты 186 ЭКББ, проведенных в условиях ГБУЗ «Противотуберкулезный диспансер» Минздрава