

контрольную – 18 пациентов, подобранных ретроспективно по методу «случай-контроль». Сравнимые группы были сопоставимы по полу, возрасту, клинико-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

КБР в 2019–2024 годах. У 183 больных с различной бронхолегочной патологией (туберкулезом легких у 172, нетуберкулезной патологией у 11 пациентов). Показаниями для выполнения ЭКББ являлись: деструктивный туберкулез легких после неэффективного курса противотуберкулезной химиотерапии (ПТХТ) в 134 (72,0%) случаях, продленный сброс воздуха по плевральным дренажам после частичной резекции легкого или при спонтанном пневмотораксе в 23 (12,4%) случаях, резистентное к консервативной гемостатической терапии рецидивирующее легочное кровотечение 1а-2в степени в 22 (11,8%) случаях, подготовка к хирургическому вмешательству пациентов с бронхоплевральными свищами в 5 (2,7%) случаях и формирование билиоплеврального сообщения после хирургических манипуляций на печени и желчных протоках в 2 (1,1%) случаях.

Бактериовыделителями на момент выполнения ЭКББ являлись 122 (70,9%) больных туберкулезом. Среди больных туберкулезом у 15 (8,7%) была обнаружена ЛЧ МБТ, у 9 (5,3%) моно/полирезистентность МБТ, у 92 (53,5%) МЛУ МБТ и у 36 (20,9%) ШЛУ МБТ. Тест на лекарственную устойчивость МБТ не проведен 20 (11,6%) пациентам туберкулезом легких в связи с отсутствием бактериологического подтверждения диагноза.

Сопутствующие заболевания выявлены у 124 (67,8%) больных (ХОБЛ – у 76, сахарный диабет – у 30 и ВИЧ-инфекция – у 18 больных). Сочетание двух и более сопутствующих заболеваний отмечено у 19 пациентов.

У 3 больных с двусторонним деструктивным туберкулезом легких ЭКББ выполнены последовательно с двух сторон, в 6 случаях ЭКББ проведены на ранее оперированном легком, в 3 случаях после торакопластики на стороне операции и в 2 случаях после операций на контралатеральном легком. В 32 (17,2%) случаях ЭКББ дополнялась пневмоперитонеумом в послеоперационном периоде и в 6 (3,2%) случаях выполнены в комбинации с экстраплевральной торакопластикой. Сочетание ЭКББ, торакопластики и пневмоперитонеума применялось в 3 (1,6%) случаях.

ЭКББ проводили по методике А.В. Левина (2002 г.) с использованием эндоскопического клапанного бронхоблокатора из резиновой смеси 52-336/4 («Медланг», Россия). Большинство процедур (94,1%) проведены при гибкой бронхоскопии под местной анестезией. Наркоз применяли в случаях ЭКББ при ригидной бронхоскопии (4,3%) и по настоянию больного (1,6%). Ригидные бронхоскопии выполнены с использованием жесткого дыхательного бронхоскопа ДБРО-ВС-1 («Оптимед», Россия), гибкие бронхоскопии проводились видеобронхоскопом VF-1T180 («Olympus», Япония). Результаты ЭКББ оценивали по клинико-лабораторным показателям и данным рентгенологического обследования пациента на 1-е и 7-е сутки,

а также через 6 и 12 месяцев после выполненной процедуры. Эндоскопический контроль за положением клапанного бронхоблокатора проводили при развитии осложнений или неэффективности ЭКББ в течение 2–6 месяцев.

Результаты

Эффективность ЭКББ, выполненных по поводу деструктивного туберкулеза легких, составила 51,5%, при этом наилучшие показатели достигнуты в группе пациентов с инфильтративным туберкулезом; реже всего благоприятный результат определяли у пациентов с фиброзно-кавернозным туберкулезом. В случаях, когда ЭКББ проведена в связи с нестабильным аэростазом или легочным кровотечением, эффективность составила 78,3% и 90,9% соответственно. Самая низкая эффективность ЭКББ (42,9%) отмечена у больных с бронхоплевральными свищами.

Выводы

Применение эндобронхиального клапана в комплексе с проводимой ПТХТ является эффективным немедикаментозным методом лечения больных деструктивным туберкулезом легких, который улучшает результаты их лечения и уменьшает количество больных, которым показано оперативное вмешательство.

Применение ЭКББ у больных с рецидивирующим легочным кровотечением 1а-2в степени совместно с консервативной гемостатической терапией позволяет достичь надежный гемостаз в короткие сроки, тем самым снижая риск постгеморрагических осложнений и летального исхода.

У больных с нестабильным аэростазом после частичных легочных резекций выполнение ЭКББ способствует сокращению срока дренирования плевральной полости в послеоперационном периоде, обеспечивая профилактику плевральных осложнений.

Проведение ЭКББ больным с бронхоплевральными фистулами позволяет в 42,9% случаев добиться положительной клинико-рентгенологической динамики, ликвидации эмпиемы плевры и снижает риск гнойных осложнений при проведении радикальных хирургических вмешательств по ликвидации свища.

Самородов Николай Александрович, тел. 8-928-700-49-57, e-mail: dr.samorodov@gmail.com