

компьютерную томографию (КТ) легких, бактериологическое исследование мокроты или промывных вод бронхов на МБТ, фибробронхоскопию, плевральные пункции. Полученный при первой пункции плевральный экссудат исследовали на общий белок, амилазу, сахар, АДА. Параллельно экссудат направляли на цитологическое исследование, выполняли бактериоскопию и посев на МБТ.

**Результаты и их обсуждение.** В результате комплексного обследования 35 больных экссудативными плевритами у 13 из них установлена туберкулезная этиология, у 5 верифицирован канцероматозный плеврит, у 17 — неспецифический парапневмонический характер воспаления.

Изучение клинической симптоматики показало, что у большинства больных отмечены симптомы интоксикации (ухудшение аппетита, потливость, слабость), повышение температуры тела выше 38 °С. В выделенных группах частота клинических симптомов интоксикации, болей в грудной клетке, лейкоцитоза более  $9 \times 10^6$  и ускорения СОЭ свыше 15 мм/ч достоверно не различались. В результате рентгенологического обследования, проведенного после эвакуации экссудата, у 3 (23%) пациентов инфильтративно-очаговые изменения в легких позволили предположить туберкулезную этиологию плеврита. У 9 (52,9%) больных диагноз неспецифического плеврита заподозрен благодаря наличию пневмонической инфильтрации в легких, и у одного (20%) больного канцероматозным плевритом диагноз установлен после обнаружения образований на париетальной плевре.

Уровень активности аденозиндезаминазы определяли по дифференциально-диагностическому методу G. Giusti (по которому пороговый уровень

АДА в плевральной жидкости составляет 35 ед./л). У 12 (92,3%) больных туберкулезным плевритом значение АДА превышало нормальный уровень, и только в одном случае показатель был отрицательным. При канцероматозном плеврите только у одного (20%) пациента выявлено повышенное содержание АДА, у всех остальных уровень фермента не превышал нормы. У больных с парапневмоническим неспецифическим плевритом АДА была отрицательной во всех случаях. Чувствительность биохимического метода определения АДА в плевральной жидкости составила 92,3%. Бактериологическое исследование плеврального экссудата: у одного (7,7%) больного туберкулезным плевритом МБТ выявлены в экссудате методом бактериоскопии; у 3 пациентов из 13 (23%) МБТ обнаружены методом посева. Анализ цитограммы экссудата показал, что в группе пациентов с туберкулезным плевритом у 11 (84,6%) преобладал лимфоцитарный характер экссудата. Лимфоцитарный характер экссудата выявлен также у 2 (40%) больных канцероматозным плевритом и у 3 (17,6%) — при парапневмоническом неспецифическом плеврите. При цитологическом исследовании плеврального экссудата у 4 больных канцероматозным плевритом (80%) обнаружены атипические клетки, в одном случае результат поиска атипических клеток был отрицательным. При этом ложноположительных ответов не получено.

**Выводы.** Таким образом, самым информативным методом в диагностике туберкулезного плеврита, по нашим данным, является определение уровня АДА в экссудате. Применение этого метода необходимо и возможно при первой плевральной пункции. МБТ в плевральной жидкости выявлены только у одного больного из 13 (7,7%).

## Применение метода клапанной бронхоблокации в комплексном лечении деструктивного туберкулеза легких у больных с ВИЧ-инфекцией

Я.К. Петрова, Д.В. Краснов, С.В. Склюев

Новосибирский научно-исследовательский институт туберкулеза

**Введение.** В последние годы отмечается неуклонный рост количества новых случаев выявления сочетанной патологии туберкулеза и ВИЧ-инфекции. Поэтому поиск новых методов лечения туберкулеза у больных ВИЧ-инфекцией является высокоактуальной задачей современной фтизиатрии.

**Цель.** Оценить и проанализировать эффективность комплексной терапии, включающей метод клапанной бронхоблокации, деструктивного туберкулеза у больных с ВИЧ-инфекцией.

**Материалы и методы.** Проведено открытое интервенционное рандомизированное проспективное

исследование, в котором выделено две сопоставимые по своим клинико-лабораторным данным, по характеру течения заболевания группы больных, находившихся на лечении в условиях стационара с января 2014 года. Критерии включения в исследование: наличие у больных сочетания деструктивной формы туберкулеза легких и ВИЧ-инфекции, наличие МЛУ возбудителя туберкулеза. У всех больных длительность заболевания туберкулезом легких не превышала 2 лет (из них основная масса больных с инфильтративным туберкулезом легких). У больных I группы (n=12) в комплексном лечении деструктивного туберкулеза легких применялся метод клапанной бронхоблокации. Пациенты II группы (n=15) получали комплексное консервативное лечение без применения временной окклюзии бронха обратным эндобронхиальным клапаном. Средняя длительность заболевания ВИЧ-инфекцией у наблюдаемых лиц составила  $110 \pm 7$  мес. После прекращения бактериовыделения больные обеих групп переводились на амбулаторный этап лечения. Оценивались непосредственные результаты лечения по окончании госпитального этапа. Демографические характеристики включали пол и возраст. Клинические — наличие сопутствующих заболеваний, данные по лечению туберкулеза легких, анамнез заболевания, описание рентгенологической картины, исходного состояния бронхиального дерева, определение и оценку динамики функции внешнего дыхания, динамики бактериовыделения. Установка эндобронхиального клапана проводилась по показаниям как под местной анестезией, так и в ходе ригидной бронхоскопии. Работа эндобронхиального клапана оценивалась с помощью рентгенологических методов исследования, ЭКГ, ФВД, эндоскопических методов, микробиологических методов исследования.

**Результаты.** Эффективность лечения оценивали через 6 мес. лечения по клинико-рентгенологической динамике туберкулезного процесса, данным микробиологических исследований. Результаты лечения представлены в таблице.

#### Результаты лечения больных через 6 мес. с момента включения в исследование

Результаты лечения	Группы больных				p
	I (n=12)		II (n=15)		
	абс. число	%	абс. число	%	
Прекращение бактериовыделения	8	66,7	3	20,0	0,019*
Сохранение бактериовыделения	4	33,3	12	80,0	
Закрытие полости распада	7	58,3	2	13,3	0,013*
Сохранение полости распада	5	41,7	13	86,7	
Прогрессирование процесса	0	0,0	3	20,0	0,15*

Примечание. \* — ТТФ.

У большинства больных I группы прекращение бактериовыделения произошло в первые 2 мес. после установки эндобронхиального клапана, а закрытие полостей распада в основной группе происходило к 3-му мес. лечения. У пациентов II группы прекращение бактериовыделения происходило на 4-м мес. лечения, а закрытие полостей распада на 6-м мес. лечения. У 20% больных II группы за время наблюдения отмечалась отрицательная рентгенологическая динамика, в I группе таких случаев не было. Осложнение клапанной бронхоблокации возникло у одного (8,3%) больного основной группы — произошла миграция эндобронхиального клапана в нижележащие отделы легкого.

**Выводы.** В комплексной терапии деструктивного туберкулеза легких у больных с ВИЧ-инфекцией целесообразно использование метода клапанной бронхоблокации. Использование данного метода позволяет увеличить эффективность лечения данной категории больных [RR=2,80 (95% ДИ 1,95–3,65)]. Ранее прекращение бактериовыделения и закрытие полостей распада сокращают нахождение данной категории больных в стационаре.