

лекарственной чувствительности туберкулёза, результаты лечения и наличие сопутствующей патологии, отягощающей течение туберкулёза (в частности ВИЧ-инфекции).

Результаты и их обсуждение. В исследуемой группе лечение завершено у всех пациентов – 270. Средний возраст составил $37,17 \pm 12,88$. Мужчин было 147, женщин – 123.

Пациенты с сопутствующей ВИЧ-инфекцией – 10. После лечения рецидив заболевания возник в 2 случаях, что составило 0,74%. 1 из пациентов с рецидивом имеет положительный ВИЧ-статус.

Выводы. Установлено, что при выполнении атипичной резекции легкого с последующим назначением адекватной терапии противотуберкулёзными препаратами, частота рецидивов туберкулеза органов дыхания сводится к единичным случаям (у 2 пациентов с 2017 по 2020 год). При этом 1 рецидив заболевания установлен у пациента с ВИЧ-инфекцией.

Список литературы

1. Туберкулез возвращается в число ведущих инфекционных причин смертности / Всемирная организация здравоохранения. – URL: surl.gd/whaerl (дата обращения: 24.03.2025).

2. Отс, О. Н. Хирургическое лечение туберкулеза лёгких при устойчивости микобактерий к химиопрепаратам / О. Н. Отс, Т. В. Агкацев, М. И. Перельман // Сеченовский вестник. – 2012. – № 2 (8). – С. 15-23. – edn: SMHEKN.

ОСОБЕННОСТИ БРОНХОСКОПИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ

Гутько А.Г.¹, Парай И.Л.²

¹Гродненский государственный медицинский университет

²Гродненская университетская клиника

Республика Беларусь, г. Гродно

Актуальность. По данным ВОЗ, сегодня ХОБЛ (хроническая обструктивная болезнь легких) является 3-ей лидирующей причиной смерти в мире.

Цель. Проанализировать данные бронхоскопии у пациентов с ХОБЛ, с учетом длительности основного заболевания.

Методы исследования. Был проведен ретроспективный эпикризов пациентов пульмонологического отделения УЗ «Гродненская университетская клиника», с диагнозом ХОБЛ: анализ 22 заключений бронхоскопии у пациентов с данной патологией. **Результаты и их обсуждение.** Возраст пациентов был от 40 до 60 лет. Средняя продолжительность ХОБЛ составила примерно 12 лет. Основную массу обследованных составили женщины – 15 (68%), мужчины – 7 (32%) (рисунок 1).

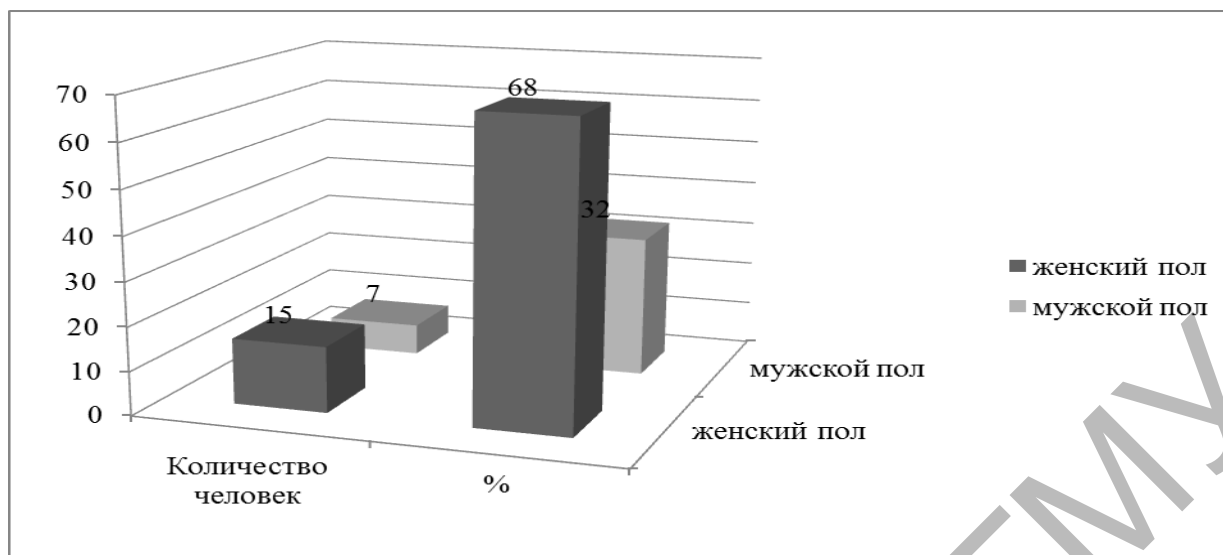


Рисунок 1. – Гендерные различия обследованных

У всех 22 пациентов, по данным бронхоскопии, был диагностирован двусторонний диффузный эндобронхит (по данным классификации, предложенной J. Lemoine в 1965 г., и дополненной Г. И. Лукомским и соавт. (1982)).

Для более точного диагноза устанавливают степень интенсивности воспаления слизистой:

I степень: слизистая оболочка бронхов умеренно гиперемирована, отечна, сосудистый рисунок смазан. Отек слизистой несколько стирает рельеф хрящевых колец. Секрет слизистый, вязкий или жидкий, в большом количестве.

II степень: слизистая оболочка бронхов ярко-красного цвета, сосудистый рисунок не прослеживается. Межкошечные промежутки сглажены за счет отека слизистой. Устья сегментарных и субсегментарных бронхов сужены за счет отека слизистой. Секрет слизисто-гнойный, жидкий или вязкий, в большом количестве.

III степень: слизистая оболочка бронхов багрово-синюшного цвета, отечна, утолщена, сосудистый рисунок не виден, межкошечные промежутки полностью сглажены в уровень с хрящевыми кольцами за счет отека слизистой оболочки. Устья сегментарных бронхов резко сужены за счет отека слизистой и иногда представляются точечными. Шпоры их расширены, малоподвижны. Секрет гнойный, вязкий или жидкий, в очень большом количестве, требующем постоянной аспирации [1, с. 26].

У основной массы обследованных пациентов УЗ «Гродненская университетская клиника» 17 человек (77%) была диагностирована I степень интенсивности воспаления, а у 5 человек (23%) – II степень интенсивности воспаления.

Важными были данные, что интенсивность выраженности явлений эндобронхита (по данным бронхоскопии) не зависела от длительности основного заболевания (таблица 1; рисунок 2).

Таблица 1 – Степень интенсивности воспаления при эндобронхите (в зависимости от длительности заболевания ХОБЛ)

Интенсивность воспаления по данным бронхоскопии	% от общего количества обследованных с ХОБЛ
I степень интенсивности воспаления	77%
II степень интенсивности воспаления	23%

У основной массы обследованных, 10 человек (45%) по данным бронхоскопии, наблюдался эндобронхит I степени интенсивности воспаления, хотя стаж заболеваемости ХОБЛ составлял до 10 лет, и, наоборот, при стаже заболеваемости более 20 лет, у пациентов отмечалась II степень интенсивности воспаления по данным бронхоскопии (таблица 2; рисунок 2).

Таблица 2 – Особенности интенсивности воспаления при эндобронхите (по данным бронхоскопии), с учетом длительности заболеваемости ХОБЛ

	Длительность заболеваемости ХОБЛ (годы)		
	до 10 лет	10-20 лет	более 20 лет
I степень интенсивности воспаления (интенсивность воспаления по данным бронхоскопии)	10 человек (45%)	5 человек (23%)	2 человека (9%)
II степень интенсивности воспаления (интенсивность воспаления по данным бронхоскопии)	1 человек (6%)	3 человека (14%)	1 человек (6%)

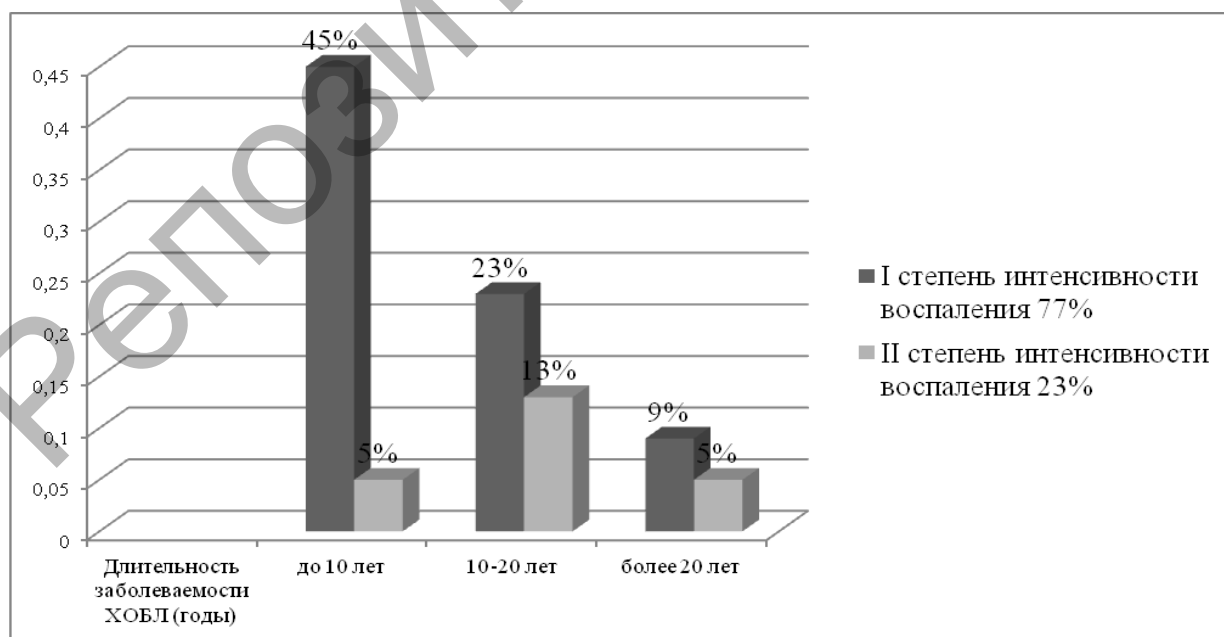


Рисунок 2. – Степень интенсивности воспаления при эндобронхите (по данным бронхоскопии)

Выводы. Полученные автором данные являются весьма ценными, так как есть ряд особенностей, когда пациенту с ХОБЛ противопоказано проведение бронхоскопии (острый инфаркт миокарда; дыхательная или сердечная недостаточность III степени; острый инсульт; атриовентрикулярная блокада; пароксизмальная), либо пациент сам отказывается от данного инструментального вида исследования.

Знание особенностей данных, полученных у пациентов с ХОБЛ при бронхоскопии, поможет лечащему врачу выбрать верную тактику лечения и наблюдения при данной группе пациентов.

Список литературы

1. Эндобронхит со слизисто-гнойным секретом у пациентов с ХОБЛ: клиничко-эндоскопические параллели / М. Л. Штейнер, А. В. Жестков, Н. Е. Лаврентьева, А. Д. Протасов // Практическая медицина. – 2016. – № 3 (95). – С. 25-28.

МАЛОИНВАЗИВНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО ХОЛЕЦИСТИТА У ПАЦИЕНТОВ С ВЫРАЖЕННОЙ КОМОРБИДНОСТЬЮ

*Дешук А.Н.¹, Цилиндзь И.Т.¹, Масюкевич А.И.¹, Колешко С.В.²,
Цилиндзь И.И.², Козак Е.И.²*

¹Гродненский государственный медицинский университет

²Городская клиническая больница № 4 г. Гродно
Республика Беларусь, г. Гродно

Актуальность. Рост количества пациентов пожилого и старческого возраста (3% от всего населения страны) в Республике Беларусь – актуальная и современная тенденция в связи с улучшением качества жизни и увеличением ее продолжительности. Количество данной категории пациентов с ургентной хирургической патологией, требующих экстренного оперативного лечения, прогностически также будет увеличиваться. Развитие желчнокаменной болезни и последующего острого холецистита (ОХ) часто протекает совместно с обострением имеющихся сопутствующих заболеваний после 60 лет [1, 3]. По данным зарубежных и отечественных авторов заболеваемость ОХ резко возрастает с возрастом: удельный вес пациентов пожилого и старческого возраста достигает уровня 60% от всех госпитализированных лиц [1, 3]. В гериатрии значимость проблемы помимо имеющегося роста заболеваемости обусловлена и высокой летальностью от 2,1% до 50% [1]. Имеющаяся сопутствующая патология, которая обостряется при воспалительном процессе в желчном пузыре, не позволяет доминировать хирургическим методам лечения при деструктивном холецистите у этой категории пациентов [1, 2, 4]. Применение малоинвазивных хирургических методик и противо-