

Концепція прискореного вилікування хворих на деструктивний туберкульоз легень

Савенков Ю.Ф.

КП «Криворізький протитуберкульозний диспансер» Дніпропетровської обласної ради» – Регіональний фтизіопульмонологічний центр, м. Дніпро, Україна

Загальна політика Всесвітньої організації охорони здоров'я спрямована на розроблення схем протитуберкульозної терапії з пероральною формою введення антимікобактеріальних препаратів (АМБП) й організацією лікування переважно в амбулаторних умовах. Основними критеріями настання клінічного добробуту при вперше діагностованому туберкульозі (ТБ) легень є припинення бактеріовиділення, розсмоктування інфільтративних змін і ліквідація порожнин розпаду. Завдання полягає в досягненні цих цілей протягом інтенсивної фази лікування, котра для чутливих форм ТБ легень становить 2 місяці, а для мультирезистентних – 6 місяців. Проте далеко не в усіх пацієнтів вдається в указані строки досягти знебацлення та закриття порожнин розпаду. Подовження термінів лікування із щоденним проведенням бактеріостатичної пероральної терапії, багатомісячне перебування в недостатньо комфортних умовах стаціонарів і примусові великі обсяги лікарського навантаження в значній частині хворих призводять до недосягнення мети. Вилікування настає повільно, зі збитками для пацієнтів та їхніх родин.

Ефективність лікування хворих на мультирезистентний ТБ (МРТБ) і ТБ із розширеною резистентністю (РРТБ) не перевищує 50 % (WHO Report, 2019). Невдача лікування, особливо серед хворих на МРТБ/РРТБ, зумовлена малодійними режимами антимікобактеріальної терапії (АМБТ), котрі не забезпечують елімінацію *Mycobacterium tuberculosis* (МБТ). Основна мета полягає в тому, щоб досягти знебацлення при чутливому деструктивному ТБ легень у строки 1,5-2 місяці, а при МРТБ – за 3-4 місяці. Проте стандартна пероральна терапія відповідно до наявних клінічних рекомендацій не скорочує термін припинення бактеріовиділення та не покращує показник вартості/ефективності лікування. Інтенсивна фаза хіміотерапії має бути дійсно інтенсивною. Для цього вимагається рішучий перехід від утворення у вогнищах ураження малих постійних концентрацій препаратів унаслідок щоденної пероральної терапії до внутрішньовенної бактеріцидної терапії з метою отримання нетривалих, але високих концентрацій препаратів, що дають змогу досягти ерадикації всіх МБТ з активним метаболізмом. У разі внутрішньовенного введення бактеріцидні властивості мають: ізоніазид, етамбутол, рифампіцин, а також левофлоксацин, амікацин, що активно застосовуються нами протягом останніх 20 років. У хворих на МРТБ/РРТБ на тлі прийому бедаквіліну, деламаніду внутрішньовенно застосовуються лінезолід, моксифлоксацин, меропенем, особливо в пацієнтів із великими та множинними кавернами, двобічним процесом у легенях. За даними Н.В. Гранкіної (2017), призначення меропенему протягом перших 2 місяців лікування додатково до режиму інтенсивної фази АМБТ припиняє бактеріовиділення у хворих на РРТБ у строк 3 місяці в 73 % випадків.

За умови припинення бактеріовиділення в зазначені терміни та відмежування або формування туберкуломи чи каверни треба негайно консультувати пацієнта у фтизіохірурга.

Хірургічне втручання в цій концепції слід розглядати як основний і радикальний спосіб прискореного вилікування в уперше виявлених хворих із каверною або туберкуломою у фазі розпаду. Внутрішньовенна інтенсивна бактерицидна терапія протягом 1-1,5 місяця дає змогу скоротити строки проведення операцій, виконати їх в умовах затихання запальних змін і пригнічення мікобактеріальної популяції, застосовувати економні та малоінвазивні операції. Варто зауважити, що ціла низка хворих (з округлим утворенням, сформованою туберкуломою, товстостінною каверною) початково регламентовані на раннє хірургічне лікування навіть без проведення попередньої хіміотерапії. Оптимальним видом оперативного втручання мають бути сегментарні та бісегментарні класичні резекції або лобектомії з обов'язковою мініінвазивною корекцією пострезекційного гемітораку. За нашими багаторічними спостереженнями, результати лобектомії, виконаної після конверсії мокротиння, є кращими за результати пневмонектомії. Дієвим засобом підвищення ефективності лікування хворих на МРТБ/РРТБ легень є активніше застосування хірургічного етапу лікування. Оптимальним типом пацієнта, який найкраще підходить для отримання користі від хірургічного втручання, є хворий з обмеженим (частка легені) туберкульозним процесом одразу після завершення інтенсивної фази лікування. На це вказують удалі випадки застосування хірургічного етапу лікування у хворих на МРТБ/РРТБ після 1,5-2 місяців від початку протитуберкульозної терапії. Крім резекційних втручань у разі поширених процесів ми застосовуємо розроблені та вдосконалені нами методи мініінвазивної колапсхірургії. Це розширює діапазон хірургічних посібників, дає можливість індивідуально підібрати оптимальне втручання в ранні строки, виконавши його там, де резекція неможлива. Слід зазначити, що застосування хірургічного лікування ТБ легень тільки після завершення всього курсу терапії є помилковим.

Поєднання внутрішньовенної інтенсивної терапії з використанням парентеральних форм АМБП у хворих на чутливий і мультирезистентний ТБ та раннього застосування хірургічних втручань сприяє скороченню в 3-5 разів терміну стаціонарного лікування й переведенню хворого на амбулаторне лікування та спостереження. Стаціонарний етап у хворих з уперше діагностованим деструктивним ТБ має бути обмеженим періодом бактеріовиділення та часом, потрібним для дообстеження й підготовки хворого до хірургічного етапу лікування. У середньому при нормальному перебігу інволютивних змін тривалість перебування в стаціонарі не перевищує 6-8 тижнів. Апробована лікувальна тактика в хірургічному відділенні КП «Криворізький протитуберкульозний диспансер» ДОР» дала змогу підвищити оборот ліжка до 15,3, знизити тривалість середнього перебування пацієнта до 14 ліжко-днів, підвищити хірургічну активність до 20 операцій на одне хірургічне ліжко на рік.