

Досвід діагностики та лікування туберкульозу у військовослужбовців у ННЦ ФПА за час воєнних дій в Україні з 2022 року

Іващенко В.Є., Калабуха І.А., Веремесенко Р.А., Хмель О.В., Палівода М.Г., Брянський М.В., Мамєдова К.Ш.

ДУ «Національний науковий центр фтизіатрії, пульмонології та алергології ім. Ф.Г. Яновського НАМН України», м. Київ, Україна

Мета. Дослідити структуру, особливості, види й обставини діагностики та способи хірургічного лікування туберкульозу (ТБ) у військовослужбовців, які перебували на стаціонарному лікуванні в торакальному відділенні Національного наукового центру фтизіатрії, пульмонології та алергології (ННЦ ФПА) з кінця 2022 по початок 2025 року.

Матеріали та методи. Було досліджено 115 випадків лікування військовослужбовців за визначений період на базі відділення торакальної хірургії ННЦ ФПА. З них військовослужбовців з туберкульозним процесом у тій чи іншій формі було 35 (30,4 %). Середній вік цих пацієнтів дорівнював 40 років (діапазон – 21-58 років). Жінки становили 2,8 %.

Усім пацієнтам було проведено огляд, виконано лабораторні дослідження: загальноклінічні аналізи крові та сечі, біохімічний аналіз крові, коагулограма крові, група крові та Rh-фактор, імуноферментний аналіз визначення антитіл і антигенів до гепатитів В та С, аналізи на вірус імунодефіциту людини та сифіліс, електроліти крові, ехокардіографія, мультиспіральна комп'ютерна томографія органів грудної клітки та за потреби комп'ютерна томографія з внутрішньовенним контрастним підсиленням органів черевної порожнини, голови, органів малого таза, рентгенографічні дослідження органів грудної клітки, багатоосьова поліпозиційна рентгеноскопія, електрокардіографія, фібробронхоскопія, за потреби спірографія.

Більша частина пацієнтів (65,71 %) була прооперована (діагностичні, лікувально-санаційні, резекційні операції та видалення сторонніх тіл). Переважна більшість операцій виконувалася відеоторакоскопічно або відеоасистовано (зважаючи на принципи малоінвазивної хірургії).

Дослідження виконано коштом держбюджету.

Результати та їх обговорення. Військовослужбовців зі вперше діагностованим ТБ, локалізованим лише в легенях, було 14 (40 %), у легенях і плеврі (з туберкульозним плевритом) – 5 (14,2 %), з ізольованим ТБ плеври – 2 (5,7 %), поєднання ТБ легень і бронхів мали 2 (5,7 %) хворих. Ізольований ТБ легень із множинною лікарською стійкістю (МЛС-ТБ) мав тільки 1 (2,8 %) військовослужбовець, поєднання МЛС-ТБ легень і плеври – також 1 (2,8 %), МЛС-ТБ легень і бронхів – 1 (2,8 %), як й ізольовану емпієму – 1 (2,8 %). Рецидиви ТБ зі збереженою чутливістю спостерігалися в 4 (11,4 %) хворих. ТБ із залишковими змінами (ЗЗТБ) без ознак активності туберкульозного процесу реєстрували

в 3 (8,5 %) пацієнтів. ЗЗТБ із преширокою лікарською стійкістю відзначався в 1 (2,8 %) військовослужбовця.

Серед операцій переважали відеоторакоскопічні та відеоасистовані резекції легень, їх було 9 (25,7 %). На другому місці за кількістю – відеоторакоскопічні біопсії плеври, яких було 7 (20 %). Лобектомії з торакотомічного доступу було 2 (5,7 %), атипична резекція верхньої частки – 1 (2,8 %). Широкою популярністю серед цього контингенту хворих користувалися операції зі встановлення підшкірних пристроїв венозного доступу – венопортів. Як ізольована операція вона була виконана в 3 (8,5 %) військовослужбовців на прохання фтизіатрів – для масивної й інтенсивної інфузійної терапії. У 6 (17,1 %) пацієнтів установа такого пристрою поєднувалося з основною операцією з перелічених вище. Одне дренування було виконано військовослужбовцю з плевритом, що відмовився від проведення відеоторакоскопії.

Важливо зазначити, що 14 (40 %) військовослужбовцям в умовах нашого відділення діагноз ТБ було встановлено вперше. З них 4 (11,4 %) мали МЛС-ТБ. Жодний з них не був бациловидільником, а отже, діагностика вимагала інвазивних методик: біопсії при відеоторакоскопії; дослідження видаленого матеріалу при резекції легень; біоптатів, отриманих під час відеофібробронхоскопії. Усім без винятку проводилося дослідження найінформативнішого матеріалу на GeneXpert для швидкого визначення наявності мікобактерій і чутливості до рифампіцину. При виявленні резистентності до нього проводився тест GeneXpert MTB/XDR. Також обов'язковим був посів на BACTEC. Іншим військовослужбовцям було виконано радикальні оперативні втручання, завдяки яким або вони були повністю вилікувані, або було досягнуто стійкої ремісії, що не було можливим зробити в тих умовах, де вони перебували (госпіталі різного підпорядкування, цивільні заклади загального та фтизіатричного напрямів) і звідки були переведені в наш заклад.

Висновки. Високоспеціалізовані заклади для діагностики та лікування ТБ в умовах війни в Україні продовжують відігравати важливу, а в деяких випадках вирішальну роль завдяки концентрації високотехнологічного обладнання (комплектація операційної), наявності референтної лабораторії, компетентних спеціалістів у проведенні діагностичних і лікувальних операцій, а також науково-прикладної бази для консервативної терапії складних випадків.