

Патологоанатомічні зміни легень у перебігу лікарсько-стійкого туберкульозу

Ліскіна І.В., Загаба Л.М., Мельник О.О., Козикіна А.О.

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

Обґрунтування. Туберкульоз (ТБ) залишається одним з найзагрозливіших інфекційних захворювань у всьому світі зі значним впливом на громадську охорону здоров'я та соціально-економічний розвиток країн. Незважаючи на значний прогрес зусиль у контролі ТБ у більшості країн світу, хвороба становить серйозну проблему, особливо в умовах обмежених ресурсів і соціально-економічних потрясінь.

Хоча ефективне лікування ТБ зазвичай забезпечує абацилювання, тобто зникнення мікобактерій, а також клінічних симптомів хвороби, досить часто після завершення лікування відзначаються ознаки залишкового ушкодження легень як за радіологічними показниками, так і за клінічними проявами. Такі наслідки нині мають назву післятуберкульозної хвороби легень та охоплюють значний спектр патологічних змін тканини легень, серед яких найвідомішими є фіброз, бронхоектази та кавітація (залишкові порожнини).

Наразі склалася ситуація, коли основна увага лікарської спільноти зосереджена на визначенні саме *Mycobacterium tuberculosis* (МБТ) і профілю їхньої медикаментозної резистентності, а також молекулярно-генетичних характеристик збудника, оскільки ці дані слугують основою вибору лікарських препаратів, їх комбінації та термінів приймання. Проте водночас існує очевидна проблема розвитку патоморфологічних змін у легенях за тривалого перебігу хвороби, яким не приділяється належної уваги, а відповідно, не проводиться аналіз перспектив подальших медичних заходів. Згадані зміни безпосередньо впливають на прогноз структурної перебудови легень та їхнього фізіологічного стану й функціонування, що надалі визначає якість життя пацієнтів, які пролікувалися з приводу ТБ легень. Особливе значення має врахування таких змін у разі лікарсько-стійкого ТБ, зокрема при ТБ з множинною лікарською стійкістю (МЛС-ТБ) та ТБ з широкою резистентністю, внаслідок складнощів їх лікування, нерідко стійкого прогресування процесу.

Відомо, що за наявності операційного матеріалу від хворих на ТБ легень можливо не тільки уточнити клініко-морфологічну форму цієї хвороби, але й ретроспективно оцінити її перебіг, визначити морфологічний ступінь активності специфічного запалення на момент оперативного втручання. Тобто опосередковано об'єктивно оцінити ефективність проведеної хіміотерапії до хірургічного етапу лікування та визначити найраціональніший подальший медичний менеджмент пацієнта з ТБ легень індивідуалізовано.

Наводимо декілька власних спостережень комбінованого – терапевтичного та хірургічного – лікування пацієнтів з хіміорезистентним ТБ легень.

Клінічний випадок 1. Пацієнт З., 35 років. Мав незначні скарги на епізодичний сухий кашель. Зміни в легенях виявлено при профілактичному огляді. Початково вони були розцінені як пневмонія, але лікування не мало ефекту. Проведено комп'ютерну томографію (КТ) легень і встановлено ТБ S6 правої легені – інфільтративна форма з ознаками розпаду, надалі мікробіологічно виявлено МБТ. Розпочато лікування чутливого ТБ. Через місяць за результатами тесту медикаментозної чутливості (ТМЧ) встановлено монорезистентність МБТ до ізоніазиду та скориговано лікування. Через 3 місяці спостерігали позитивну динаміку за КТ-картиною – зменшення об'єму інфільтрату та часткове розсмоктування поряд розташованих дрібних вогнищ. Через пів року від початку лікування на КТ визначалися щільні вогнища, декотрі з кальцинатами, пневмофіброз та ознаки сформованої туберкульозної розмірами 41×38 мм з порожниною деструкції в її центральній частині. Причому за останні 3 місяці чіткої динаміки змін у легені за КТ-даними не виявлено.

Було проведено хірургічне втручання – резекція ураженого сегмента S6. За морфологічною картиною – туберкульома-казеома зі сформованою товстою фіброзною капсулою. Поряд у легеневої тканині виявлено численні гранульоми у фіброзній капсулі та туберкульозні вогнища. За морфологічними ознаками – помірний ступінь активності специфічного запалення.

Клінічний випадок 2. Пацієнт Г., 35 років. На момент установлення діагнозу – без скарг, ТБ вперше діагностовано при плановій флюорографії та розпочато лікування препаратами I ряду тривалістю 2 місяці. Через 2 місяці отримано результати ТМЧ, встановлено діагноз МЛС-ТБ. У перші 3 місяці при КТ-обстеженні визначався інфільтративний ТБ верхньої частки лівої легені з ознаками розпаду та відсіву. Орієнтовно через пів року зберігалися прояви інфільтративного ТБ зі зменшенням розмірів інфільтрату та частковим розсмоктуванням дрібних вогнищ. Через рік від початку хвороби головними позитивними змінами були ущільнення та зменшення розмірів інфільтрату й вогнищ відсіву.

Хірургічне втручання – верхня лобектомія зліва. Патоморфологічний висновок – конгломеративна туберкульома-казеома з фіброзною капсулою. Зберігаються морфологічні ознаки помірного ступеня активності специфічного запалення.

Клінічний випадок 3. Пацієнт Н., 40 років. Діагноз ТБ легень установлено за 6 років до звернення в Національний науковий центр фтизіатрії, пульмонології та алергології, отримав курс лікування. На момент госпіталізації

■ ТЕЗИ КОНФЕРЕНЦІЇ

пред'являв скарги на болі в правій половині грудної клітки, появу значної нічної пітливості. Діагностовано рецидив ТБ, за результатами ТМЧ – МЛС-ТБ. До початку курсу хіміотерапії діагноз за КТ-картиною – дисемінований ТБ легень з ураженням верхніх часток з деструкцією на тлі старих післятуберкульозних змін. Висновок контрольної КТ органів грудної порожнини (07.2018): за 5 місяців лікування позитивна динаміка процесу – зникнення перифокальної інфільтрації, зменшення зони деструкції. Через 10 місяців в обох верхніх частках відзначаються метатуберкульозний пневмофіброз, вогнищеві «тіні» та в S1-3 зліва – туберкульоми середніх розмірів, у двох туберкульомах – ознаки розпаду.

Хірургічне втручання – атипова резекція S1-3 зліва. Патоморфологічний висновок: наявні дві туберкульоми-казеоми діаметром 2,5 та 3,0 см. Кожна туберкульома має товсту фіброзну капсулу. Поза ними – фіброзовані вогнища відсіву. Післятуберкульозний пневмофіброз. Без морфологічних ознак активності специфічного запального процесу.

Висновки. Простежується очевидна тенденція: від моменту встановлення діагнозу ТБ легень через місяць

або декілька місяців за результатами ТМЧ уточнюються наявність і характер резистентності МБТ, що дає змогу адекватно скоригувати медикаментозне лікування. Найчастіше на початку розвитку ТБ легень діагностують інфільтративну або дисеміновану форму ураження. Основний курс хіміотерапії в середньому триває 6 місяців. Надалі за відсутності позитивної динаміки при контрольних рентгенологічних обстеженнях або формуванні туберкульоми з виразною капсулою, згідно з медичними показаннями, проводять хірургічне лікування – видалення найризикованіших (щодо рецидиву або прогресування ТБ) післятуберкульозних змін тканини легені, в представлених випадках – туберкульоми з розвинутою фіброзною капсулою. Слід зазначити, що у двох із трьох випадків навіть при адекватному основному курсі протитуберкульозної хіміотерапії на момент оперативного втручання зберігалася морфологічно помірна активність специфічного запального процесу. Встановлення чітких патоморфологічних ознак активності ТБ легень на час операції слугувало об'єктивним показанням для продовження протитуберкульозної терапії.