

І. А. Калабуха, О. В. Хмель

ОБГРУНТУВАННЯ ДОЦІЛЬНОСТІ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ОБМЕЖЕНИЙ ТУБЕРКУЛЬОЗ ЛЕГЕНЬ ЯК ЗАСОБУ ПОПЕРЕДЖЕННЯ РЕЦИДИВІВ ЗАХВОРЮВАННЯ

ДУ «Національний інститут фтизіатрії і пульмонології ім. Ф. Г. Яновського НАМН України»

Протягом тривалого часу, основним та найбільш дієвим засобом лікування хворих на туберкульоз легень було застосування хірургічних методів. Після появи протитуберкульозних лікарських препаратів, значення хірургії туберкульозу істотно знизилось, аж до повного невикористання в економічно розвинутих країнах. З виникненням проблеми хіміорезистентного туберкульозу, відновився інтерес до можливостей та ефективності хірургічного лікування відповідного контингенту хворих. В цілому, хірургія засвідчила свою ефективність при лікуванні хворих на хіміорезистентний туберкульоз. Застосування хірургічного лікування на фоні протитуберкульозної хіміотерапії все частіше практикується для лікування зазначених пацієнтів як у пострадянських країнах, так і в усьому світі [5, 6, 8]. В нашій країні був накопичений, узагальнений та опублікований істотний досвід хірургічного лікування хворих на туберкульоз легень та їх ускладнень [1, 4].

В той же час, представлені в публікаціях контингенти хворих, які були ліковані із застосуванням хірургічних методів, значно відрізняються. Відповідно, існують й істотні відмінності в оцінці ефективності застосування хірургії в комплексному лікуванні хворих на туберкульоз легень взагалі та хіміорезистентний — зокрема [2, 3].

Переважає більшість досліджень присвячені хірургічному лікуванню хворих на поширений та ускладнений туберкульоз легень [2, 3, 7]. Доцільність та ефективність лікування його локальних форм освітлена недостатньо.

Дискусійною залишається доцільність хірургічного лікування хворих із значними рентгенологічними проявами туберкульозного процесу при відсутності деструкції, бактеріовиділення або припиненні останнього на фоні консервативного лікування. Необхідність вирішення зазначених питань визнана однією з пріоритетних задач фтизіатрії та фтизіохірургії на рівні установчих документів ВООЗ [9].

На нашу думку, є недостатньо дослідженими рецидиви туберкульозу легень, їх причини та наслідки, можливості хірургічних методів у попередженні розвитку зазначених рецидивів. Це питання винесене для подальшого розгляду і уточнення у останньому поновленні (жовтень 2016 р.) керівництва ВООЗ по лікарсько-резистентному туберкульозу [10]. Як показав аналіз хірургічних втручань, виконаних з приводу хіміорезистентного туберкульозу легень у відділенні торакальної хірургії ДУ «Національний інститут фтизіатрії і пульмонології ім. Ф. Г. Яновського НАМН України» протягом 2014–2015 рр., 43,3 % оперованих хворих були оперовані з приводу рецидиву туберкульозного процесу; у переважної більшості з них, при попередньому випадку, бактеріовиділення не виявлялося; лікування проводилося стандартно за I категорією із закриттям випадку з результа-

том «вилікування/завершення лікування; залишкові зміни туберкульозного процесу». Все викладене спонукало нас до детального аналізу випадків рецидивів туберкульозу у не оперованих хворих.

Матеріали і методи

Було проведено дослідження структури та особливостей рецидивів (РТБ) у хворих на туберкульоз легень у двох районах м. Києва протягом 2014–2015 рр. Всього, у вказаний період, на облік було взято 466 хворих на туберкульоз легень. З їх числа, хворі на РТБ склали 91 випадок, або ж 19,5 % (при цьому вважаємо за необхідне відзначити зростання відсотка рецидивів з 15,8 % в 2014 р. до 23,3 % в 2015 р.). Було вибрано усі випадки рецидивів туберкульозу та проведено аналіз за основними характеристиками процесу. В двох випадках інформація про хворих містила протиріччя, тому аналіз проводився за 89 спостереженнями, що ми визнали за можливе прирівняти до генеральної сукупності. До обліку брали загальні дані (вік, стать), групу обліку, в якій спостерігався пацієнт на час виявлення рецидиву, термін виникнення рецидиву від завершення попереднього випадку, рентгенологічні зміни, які спостерігалися при завершенні лікування, їх поширеність та локалізацію, бактеріовиділення та хіміорезистентність при виявленні рецидиву. Збір, зберігання матеріалів дослідження, а також виконання розрахунків виконувались із застосуванням ліцензійних програмних продуктів, що входять до пакету Microsoft Office Professional 2007, ліцензія Russian Academic OPEN No Level № 43437596. Дослідження проводилося за кошти державного бюджету.

Результати і обговорення

Розподіл обстежених хворих за віком і статтю представлений в табл. 1 та 2.

Таблиця 1

Розподіл хворих на рецидив туберкульозу легень за віком

Показник	Кількість хворих						
Вік, років	< 20	20–29	30–39	40–49	50–59	60–69	> 70
Абс.	1	5	31	24	15	8	5
%	1,1	5,6	34,8	27,0	16,9	9,0	5,6

Таблиця 2

Розподіл хворих на рецидив туберкульозу легень за статтю

Стать	Кількість хворих	
	абс.	%
Чоловіки	58	65,2
Жінки	31	34,8

Як видно з табл. 1 та 2, істотних відмінностей структури хворих на рецидиви туберкульозу легень від структу-

ри загальної захворюваності не спостерігалось: переважали чоловіки (близько двох третин), а також люди працездатного віку (84,3 %).

Терміни, протягом яких виник рецидив, представлені в табл. 3. Розподіл обстежених хворих за групами обліку і спостереження представлено в табл. 4.

Таблиця 3

Терміни, протягом яких виник рецидив хворих на РТБ легень

Термін, через який виник рецидив	Кількість хворих	
	абс.	%
До 1 року	19	21,3
До 3 років	24	27,0
Більше 3 років	46	51,7

Таблиця 4

Види обліку і спостереження у хворих на РТБ легень

Вид обліку	Кількість хворих	
	абс.	%
Після закінчення ОКХТ	9	10,1
Із групи 5.1	44	49,4
Із знятих з обліку	36	40,4

Як видно з табл. 3 та 4, понад половина рецидивів у обстежених хворих виникли протягом понад 3 років від закінчення основного курсу хіміотерапії. Значну частину вибраного контингенту (40,4 %) склали особи, які були вже повністю зняті з обліку, як повністю виліковані.

Слід відзначити, що у всіх хворих, які потрапили до даного дослідження, спостерігалися великі залишкові зміни перенесеного туберкульозного процесу (табл. 5), поширенням від 1-2 сегментів до дифузного ураження обох легень (табл. 6).

Таблиця 5

Форми залишкових змін перенесеного туберкульозного процесу, з яких розвинувся у рецидив хворих на РТБ легень

Форма ЗЗТБ, з якої виник рецидив	Кількість хворих	
	абс.	%
Щільні вогнища на фоні фіброзу	56	62,9
Дрібні туберкуломи (до 1 см)	17	19,1
Середні туберкуломи (1-3 см)	4	4,5
Великі туберкуломи (3 см)	4	4,5
Залишкові порожнини	8	9,0

Таблиця 6

Поширеність та локалізація залишкових змін перенесеного туберкульозного процесу, з яких виник у рецидив хворих на РТБ легень

Кількість хворих	Поширеність та локалізація				
	односторонні	двосторонні	в межах 1-2 сегментів	в межах долі	в межах легені
абс.	58	31	38	30	21
%	65,2	34,8	42,7	33,7	23,6

Як слідує з табл. 5 та 6, 82,0 % хворих на РТБ, свого часу закінчили лікування з рентгенологічним результа-

том "щільні вогнища на фоні фіброзу" (62,9 %) або ж "дрібні туберкуломи", тобто доцільність застосування хірургічного лікування у цих хворих, найбільш імовірно, не розглядалася в принципі. Хворі з середніми та великими туберкуломами, а також, із залишковими порожнинами склали істотно менший відсоток (18,0 %), що ми пояснюємо традиційно вищою хірургічною активністю по відношенню до хворих із вказаними формами туберкульозу. Однак, вважаємо за потрібне звернути увагу на об'єми ураження: зазначені зміни охоплювали 1-2 сегменти або одну долю легені у понад трьох четвертих (76,4 %) від усього числа обстежених. У 65,2 % хворих ураження було однобічним, тобто, існують підстави, вважати, що своєчасне виконання операції дозволило б досягнути адекватної санації щодо специфічного процесу у цих пацієнтів.

Мікробіологічні характеристики перебігу РТБ у обстежених хворих представлені в табл. 7 та 8.

Таблиця 7

Бактеріовиділення у хворих на РТБ легень при постановці діагнозу рецидиву

Бактеріовиділення	Кількість хворих	
	абс.	%
МБТ+	61	68,5
МБТ-	28	31,5

Таблиця 8

Хіміорезистентність у хворих на РТБ легень при постановці діагнозу рецидиву

Кількість хворих	Хіміорезистентність				
	із збереженою чутливістю	полірезистентність	мультирезистентність	розширена резистентність	невідомо
абс.	10	12	31	3	33
%	11,2	13,5	34,8	3,4	37,1

У переважної більшості хворих спостерігалось бактеріовиділення і за бактеріоскопічним, і за культуральним дослідженням; культуральне дослідження виявилось неефективним тільки у 5 хворих, переважно, за технічних причин (порушення правил збору, зберігання і доставки біологічного матеріалу). Відповідно, на момент постановки діагнозу РТБ, у 33 із 89 хворих стан чутливості до протитуберкульозних препаратів був невідомим. Однак, якщо розглянути стан хіміорезистентності МБТ у 56 пацієнтів з позитивним результатом культурального дослідження, то виявилось, що збережена чутливість спостерігалась лише у 10 пацієнтів (11,2 % від усієї групи та 17,9 % від числа хворих з позитивною культурою). у понад 80 % пацієнтів з числа хворих з позитивною культурою виявлялася різного ступеню хіміорезистентність, в тому числі — 55,4 % мультирезистентність та 5,4 % — розширена резистентність. Отже, існують підстави стверджувати, що, при повторному випадку туберкульозу, питома вага хворих з хіміорезистентністю збільшується більш, ніж удвічі; при цьому, не менше половини випадків становить мультирезистентність.

Висновки

У всіх хворих на рецидив туберкульозу легень, по закінченні попереднього випадку захворювання спостерігалися великі залишкові зміни туберкульозного процесу в об'ємі від 1–2 сегментів;

У 82,1 % хворих на рецидив туберкульозу легень з позитивним результатом культурального дослідження МБТ, спостерігалася хіміорезистентність, в тому числі: мультирезистентність — у 55,4 %, розширена резистентність — у 5,4 %.

ЛІТЕРАТУРА

1. Интраоперационные осложнения в хирургической фтизиопульмонологии [Текст] / Б. В. Радионов, Ю. Ф. Савенков, О. В. Хмель, В. И. Апостолов // Днепропетровск: РИА Днепр-VAL, 2006. — 196 с.
2. Колапсохірургічне лікування хворих на мультирезистентний туберкульоз легень [Текст] / Ю. Ф. Савенков, І. В. Корпусенко, П. Є. Бакулін // Укр. пульмонол. журн. — 2015. — № 4. — С. 35–40.
3. Можливості хірургічного лікування мультирезистентного деструктивного туберкульозу легень [Текст] / М. С. Опанасенко [та ін.] // Укр. пульмонол. журн. — 2016. — № 2. — С. 39–40.
4. Руководство по хирургии туберкулеза легких [Текст] / Б. В. Радионов, Ю. Ф. Савенков, И. А. Калабуха, О. В. Хмель // Днепропетровск: РИА Днепр-VAL, 2012. — 334 с.
5. Surgery for pulmonary tuberculosis [Текст] / I. Y. Motus [et al.] // Tuberculosis and Lung Diseases. — 2012. — № 6. — P. 14–20.
6. Surgical interventions for drug-resistant tuberculosis : a systematic review and meta-analysis [Текст] / M. T. Marrone [et al.] // Int. J. Tuberc. Lung. Dis. — 2013. — № 17 (1). — P. 6–16.
7. Surgical treatment of complications of pulmonary tuberculosis, including drug-resistant tuberculosis [Text] / R. Madansein [et al.] // Int. J. Infect. Dis. — 2015. — Vol. 32. — P. 61–67.
8. The effect of surgery on the outcome of treatment for multidrug-resistant tuberculosis: a systematic review and meta-analysis [Text] / C. R. Harris [et al.] // B. M. C. Infect. Dis. — 2016. — Vol. 16. — P. 262–275.
10. The Role of Surgery in the Treatment of Pulmonary TB and Multidrug- and Extensively Drug-resistant TB : WHO/Europe Consensus Paper [Електронний ресурс] / K. Dheda, D. Giller, I. Kalabukha [et al.] // Режим доступу : <http://www.euro.who.int/en/health-topics/communicable-diseases/tuberculosis/publications/2014/the-role-of-surgery-in-the-treatment-of-pulmonary-tb-and-multidrug-and-extensively-drug-resistant-tb>.
11. WHO treatment guidelines for drug-resistant tuberculosis (2016 update) [Електронний ресурс] // Режим доступу : <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/250125/1/9789241549639-eng.pdf>