

© І.А. Калабуха, Б.В. Радіонов, О.В. Хмель, Я.М. Волошин, Є.М. Маєтний, В.Є. Іващенко, М.В. Брянський, О.О. Ваднєв, Л.В. Кучугура-Кучеренко (15 грудня 2009). Обґрунтування оптимальних термінів призначення хірургічного лікування у хворих на вперше діагностований туберкульоз легень [Електронний ресурс]. URL <ftp://ftp1.ifp.kiev.ua/original/2009/kalabuha2009-3.pdf>

І.А. Калабуха, Б.В. Радіонов, О.В. Хмель, Я.М. Волошин, Є.М. Маєтний, В.Є. Іващенко, М.В. Брянський, О.О. Ваднєв, Л.В. Кучугура-Кучеренко

ОБҐРУНТУВАННЯ ОПТИМАЛЬНИХ ТЕРМІНІВ ПРИЗНАЧЕННЯ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ У ХВОРИХ НА ВПЕРШЕ ДІАГНОСТОВАНИЙ ТУБЕРКУЛЬОЗ ЛЕГЕНЬ

ДУ «Національний інститут фтизіатрії і пульмонології імені Ф.Г. Яновського АМН України»

Вступ.

Вперше виявлений туберкульоз легень залишається поширеним захворюванням і підвищення ефективності лікування хворих туберкульозом залишається одною із важливих проблем охорони здоров'я [2, 16].

В даний час у 34,0 % – 59,0 % серед всіх вперше виявлених хворих процес в легенях діагностується з наявністю деструктивних змін [2, 4]. Таке несвоєчасне виявлення туберкульозу в основному пояснюють відсутністю фтизіатричної настороги у лікарів загальної медичної мережі, зниженням уваги до туберкульозу рентгенологічної служби [1, 14].

Неправильна клініко-рентгенологічна інтерпретація туберкульозного процесу при первинному його виявленні приводить до помилкової, або, в кращому випадку, запізнілої діагностики захворювань легень [14]. Досить часто спочатку лікування проводиться з приводу пневмоній, бронхітів, бронхоектазів і інших захворювань легень, а пізніше у 23,4 % хворих були визначені різні форми легеневого туберкульозу. Несвоєчасність діагностики останнім часом пов'язують з патоморфозом туберкульозу [7, 15] малосимптомністю клініко-рентгенологічної картини і подібністю її з другими запальними процесами, пухлинами, округлими утвореннями легень [3]; нестабільним бактеріовиділенням (47,0 % – 49,0 %) появою Ё-форм мікобактерій [12]. В основному, деструктивні форми (55,0 % – 64,8 %) захворювання продовжують виявлятися при зверненні за медичною допомогою [5, 16].

В останні 10-15 років змінилася і структура вперше виявленого туберкульозу легень [4, 16]. Значно зросла доля гостро прогресуючих форм: інфільтративного туберкульозу (45,0 % – 79,0 %), казеозної пневмонії (1,0 % – 4,0 %) зменшилася – дисемінованого (5,0 % – 23,0 %) і фіброзно-

кавернозного (0,7 % – 11,0 %). В цілому, при вперше діагностованому туберкульозі в легенях у хворих переважають поширені процеси (68,2 %) з деструктивними змінами [7, 15].

Незважаючи на збільшення арсеналу хіміопрепаратів, в тому числі препаратів резерву і широке застосування патогенетичних засобів [6] ефективність лікування вперше виявлених хворих деструктивним туберкульозом легень за останні 10-15 років мало змінилася [9]. По узагальнених даних 40 вітчизняних і 10 іноземних авторів, після 6-12 місяців хіміотерапії загоєння порожнини розпаду настає у 70,0 % – 85,0 % хворих, а у решти лікування виявляється неефективним [6, 11].

Основну причину неефективної хіміотерапії пов'язують з недисциплінованістю хворих [14]. Існує значна група пацієнтів, які невмотивовано відмовляються від лікування: особи, що зловживають алкоголем, неодноразово знаходилися в місцях позбавлення волі, токсикомани, без постійного місця проживання і т.п. Несистематичний переривистий прийом антибактеріальних препаратів приводить до прогресування туберкульозу і формування хронічних поширених деструктивних форм [8, 16]. Половина серед таких хворих, почавши лікуватися, припиняють лікування передчасно [5, 9]. В той же час, неефективність хіміотерапії пояснюють і необґрунтовано тривалою або короткочасною терапією [9], неправильним поєднанням антибактеріальних препаратів, і зниженими їх дозами [13, 16]. Відповідно, є дискусійними і терміни призначення хірургічного етапу лікування.

Мета роботи – розрахувати оптимальні терміни призначення хірургічного втручання на основі когортного аналізу лікувального процесу хворих на ВДТБ протягом 12 місяців у межах одного регіону.

Матеріали і методи.

Дослідження проводилися у м. Києві згідно угоди про сумісну наукову діяльність відділення торакальної хірургії НІФП АМНУ з Київським центральним міським протитуберкульозним диспансером.

Було проведено аналіз результатів лікування хворих на вперше діагностований туберкульоз легень у 1-3 когортах 2006 р. у м. Києві згідно даних про обліку результатів лікування, отриманих від ЦЛКК. Облік проводився при виявленні захворювання, через 5 та 12 місяців лікування. Оцінка результатів лікування виконувалася у відповідності з положеннями наказу МОЗ України № 385 від 09.06.2006 р.; в аспекті можливості і доцільності хірургічного лікування розглядалися всі хворі з невдачею лікування (в т.ч. – за клініко-рентгенологічними даними), а також з одиничними туберкуломами діаметром понад 3 см, туберкуломами з розпадом або

множинними туберкуломами. Використовувалася розроблена база даних, за основу якої було взято облікову форму ТБ-1, прийняту до використання в протитуберкульозних закладах м. Києва.

Результати обстежень статистично оброблялися на персональній ЕОМ з вибором оптимального критерію [10]. Накопичення, збереження та математична обробка даних виконувалися з допомогою ліцензійних програмних продуктів пакету Microsoft Office Professional 2000, ліцензія Russian Academic OPEN No Level № 17016297.

Дослідження виконувалися за кошти держбюджету.

Результати та обговорення.

Маючи у повному об'ємі дані когортного аналізу результатів спостереження та лікування хворих на вперше діагностований туберкульоз легень у КМЦПТД, нами було порівняно результати лікування зазначеного контингенту у терміни через 5 та 12 місяців від його початку (табл. 1).

Таблиця 1 – Результати лікування хворих на вперше діагностований туберкульоз легень через 5 та 12 місяців лікування у протитуберкульозних закладах КМЦПТД

Термін обліку	Кількість хворих		Успішне лікування		Перерване лікування		Невдача лікування		Вибули		Померли	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
5 міс. від початку лікування	923	100,0	471	51,0	117	12,7	270	29,3	33	3,6	32	3,5
12 міс. від початку лікування	923	100,0	525	56,9	180	19,5	92	10,0	45	4,9	81	8,8

Порівнюючи результати спостереження через 5 та 12 місяців від початку лікування, видається доцільним відзначити наступне. Успішне лікування через 5 міс. в усіх регіонах спостерігалось у приблизно половини хворих, так само, як і перегляд схеми лікування в зв'язку з її недостатньою ефективністю був необхідний у маже третини пацієнтів (слід зазначити, що до невдачі лікування було віднесено не тільки продовження бактеріовиділення, але й відсутність клініко-рентгенологічноговилікування). Майже п'ята частина хворих вибула з дослідження (3,5 % хворих померли, 12,7 % перервали лікування, 3,6 % були переведені поза межі диспансерної мережі). Через 12 міс. результати за показником невдачі лікування істотно поліпшились, знизившись майже втричі до 10,0 %. При цьому показник успішного лікування зріс лише з 51,0

% до 56,9 %. Відзначено істотне підвищення летальності (з 3,5 % до 8,8 %) та частота перерваного лікування (з 12,7 % до 19,5 %). Не враховуючи хворих, що були переведені поза межі диспансерної мережі, показник хворих, які вибули з дослідження, зріс з 16,6 % до 28,9 %. В цілому, згідно раніше проведених нами розрахунків, через 12 місяців від початку лікування потреба в хірургічному лікуванні склала в інтервалі від 56 (без додаткової передопераційної підготовки) до 78 (з проведенням передопераційної підготовки) випадків (рис. 1).

Для оцінки резервів покращання результатів лікування хворих на вперше діагностований туберкульоз легень, в тому числі – шляхом застосування хірургічних методів лікування, було детально розглянуто рух пацієнтів між обліковими категоріями у межах етапів лікувального процесу.

Як вже було сказано, контингентом хворих, з числа якого визначаються пацієнти, потребуючі хірургічного лікування, є група з невдачею лікування. Порівнюючи численність цієї групи в 5 і 12 місяців від початку лікування, слід відзначити, що вона істотно зменшилася (з 270 до 92 хворих, тобто на 25,1 %). Виходячи з проведеного нами розрахунку, хірургічного лікування потребують близько 60,6 % хворих з невдачею лікування. Відповідно, потреба в хірургічному лікуванні у термін 12 міс. від початку лікування має становити 56 пацієнтів, або ж 6,1 % від загального числа хворих.

В той же час, при аналізі результатів лікування хворих з невдачею лікування протягом 6-го – 12-го місяців від його початку встановлено наступне. Задовільний результат спостерігався у 54 хворих (20,0 %). 63 пацієнти (23,3 %) перервали лікування, 12 (4,4 %) вибули з дослідження. Особливої уваги вимагає збільшення летальності з 3,6 % за перші п'ять місяців лікування до 5,3 % протягом наступних семи: по відношенню до групи, що аналізується – 18,1 % (49 випадків).

Отже, існує підстава стверджувати, що у групі хворих з невдачею лікування через 5 місяців від його початку, в подальший термін до 12 місяців ефективність лікування істотно знижується. Виходячи із згаданого розрахунку, 60,6 % від числа незадовільного результату лікування, можна вважати, що хірургічне лікування було показане ще 68 пацієнтам. При середній ефективності хірургічного лікування понад 90 %, це дозволило б досягтивилікування ще не менш, ніж у 60 хворих, що підвищило б загальну ефективність лікування не менш, ніж на 6,5 %. При цьому хоча й не видається можливим точно розрахувати зниження загальної летальності, але, безсумнівно, таке зниження спостерігалось б.

Таким чином:

- при продовженні лікування хворих на вперше діагностований туберкульоз легень після 5 місяців від початку лікування на термін до 12 місяців у пацієнтів з несприятливим перебігом захворювання (невдача лікування за результатами 5 місяців) результати істотно погіршуються за рахунок зростання числа випадків перерваного лікування та летальності;
- при застосуванні хірургічного лікування у хворих на вперше діагностований туберкульоз легень за наявності показань через 5 місяців від початку лікування можна очікувати підвищення загальної ефективності лікування не менш, ніж на 6,5 %.

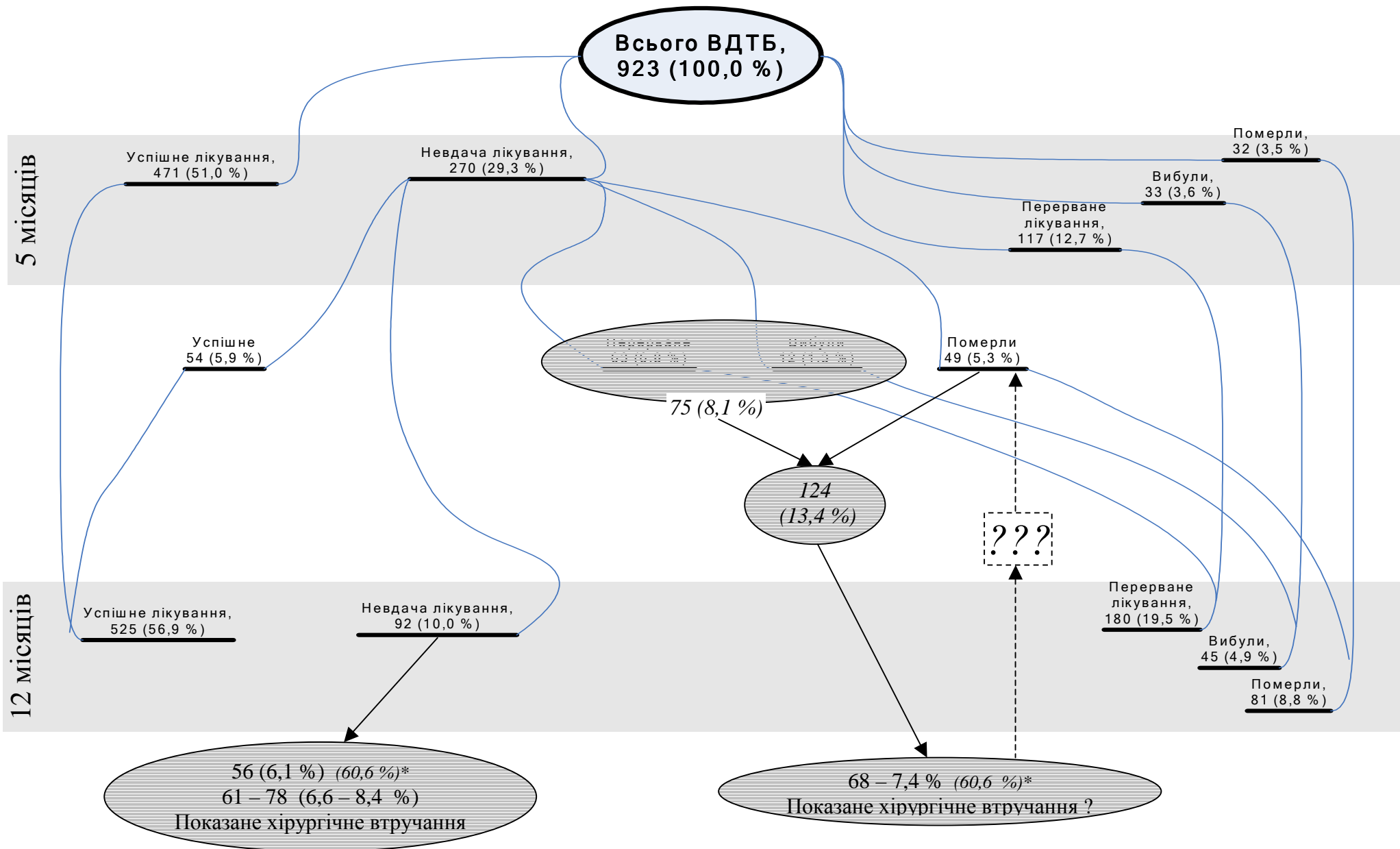


Рис. 1 – Графічне зображення когортного аналізу лікувального процесу хворих на ВДТБ протягом 12 місяців

Примітка: * – відсоток від числа хворих з незадовільними результатами лікування.

ЛІТЕРАТУРА

1. Асмолов, А. К. Место рентгеновской компьютерной томографии в экспертной оценке активности туберкулеза легких [Текст] / А. К. Асмолов, В. Д. Смоквин, Ю. В. Хазов // Современные подходы к хирургическому лечению торакального и внелегочного туберкулеза : Материалы республиканской научно-практической конф. (ноябрь 2002 г.). – Минск : КИН МВД Республики Беларусь, 2002. – С. 48 – 49.
2. Вартамян, Ф. Е. Туберкулез: проблемы и научные исследования в странах мира [Текст] / Ф. Е. Вартамян, К. П. Шаховский // Проблемы туберкулеза. – 2002. – № 2. – С. 48 – 50.
3. Волошин, Я. М. Ефективність своєчасно проведених резекцій легень у вперше виявлених хворих деструктивним туберкульозом [Текст] / Я. М. Волошин, Б. В. Радіонов, І. М. Сліпуха // Український пульмонологічний журнал. – 1993. – № 3. – С. 74 – 76.
4. Гусейнов, Г. К. Резервы повышения эффективности лечения туберкулёза легких у подростков [Текст] / Г. К. Гусейнов, Х. Ю. Пахнева, Н. А. Балашова // Проблемы туберкулёза и болезней легких. – 2006. – № 1. – С. 16 – 19.
5. Диагностика, клиника и тактика лечения остро прогрессирующих форм туберкулеза [Текст] / В. И. Хоменко [та ін.] // Проблемы туберкулеза. – 1999. – № 1. – С. 22 – 26.
6. Казеозна пневмонія [Текст] / Я. М. Волошин [та ін.] // Український пульмонологічний журнал. – 2001. – № 3. – С. 48 – 51.
7. Козак, Т.И. Морфологическая характеристика резектатов легких удаленных по поводу туберкулеза [Текст] / Т. И. Козак, Е. С. Трегубов, Р. Б. Бердников // Проблемы туберкулёза и болезней легких. – 2005. – № 12. – С. 32 – 34.
8. Комплексна передопераційна підготовка і хірургічне лікування хворих на хіміорезистентний туберкульоз легень : Метод. рекомендації [Текст] / Б. В. Радіонов [та ін.] // Київ, 2006. – 12 с.
9. Кралько, А. А. Анализ состояния фтизиатрической помощи в исправительных учреждениях Республики Беларусь [Текст] / А. А. Кралько // Современные подходы к хирургическому лечению торакального и внелегочного туберкулеза : Материалы республиканской научно-практической конференции (ноябрь 2002 г.). – Минск : КИН МВД Республики Беларусь, 2002. – С. 43 – 47.

10. Лапач, С. Н. Статистические методы в медико-биологических исследованиях с использованием Excel [Текст] / С. Н. Лапач, А. В. Чубенко, П. Н. Бабиц // К. : Морион, 2000. – 320 с.

11. Лаптев, А.Н. Возможности хирургии в комплексном лечении туберкулеза в современных условиях [Текст] / А.Н. Лаптев // Материалы юбилейной сессии к 80-летию Центрального НИИ туберкулеза РАМН. – М., 2001. – С. 15 – 18.

12. Отс, О. Н. Хирургия туберкулёза легких [Текст] / О. Н. Отс, Э.Б. Цыбикова // Туберкулез сегодня: Материалы 7-го Российского съезда фтизиатров. – М., 2003. – С. 284.

13. Петренко, В. М. Эффективность применения в клинике краткосрочного контролируемого лечения (DOTS) у больных с впервые выявленным деструктивным туберкулёзом лёгких [Текст] / В. М. Петренко, Н. А. Литвиненко // Проблемы туберкулёза и болезней лёгких. 2005. – № 3. – С. 16 – 20.

14. Соколов, В. А. Лучевая диагностика заболеваний легких на современном технологическом уровне [Текст] / В. А. Соколов // Проблемы туберкулёза. – 2001. – № 3. – С. 10 – 14.

15. Суркова, Л. К. Особенности современного туберкулеза с морфологических позиций [Текст] / Л. К. Суркова, М. И. Дюсьмикеева // Современные подходы к хирургическому лечению торакального и внелегочного туберкулеза : Материалы республиканской научно-практической конф. (ноябрь 2002 г.). – Минск : КИН МВД Республики Беларусь, 2002. – С. 18 – 25.

16. Фещенко, Ю. І. Хіміорезистентний туберкульоз [Текст] / Ю. І. Фещенко, В. М. Мельник, А. В. Кобилянська – К.: Здоров'я, 2003. – 136 с.