

Тема 5

«Современные методы лечения туберкулеза»

Туберкулез невозможно вылечить без специфических противотуберкулезных препаратов.

Фтизиатрами используется термин «химиотерапия», которая заключается в применении лекарственных препаратов, подавляющих размножение или уничтожающих микобактерии туберкулеза в организме больного. Лечение должно быть начато в возможно ранние сроки после установления диагноза в противотуберкулезном учреждении.

Лечение проводится несколькими противотуберкулезными препаратами одновременно в течение длительного времени.

Курс химиотерапии состоит из двух фаз:

- Фаза интенсивной терапии включает 4-6 противотуберкулезных препаратов и направлена на рассасывание воспалительных изменений в легких, закрытие полостей распада и прекращение бактериовыделения. Фаза интенсивной терапии может длиться от двух до восьми месяцев, в зависимости от тяжести заболевания
- Фаза продолжения лечения направлена на подавление оставшихся жизнеспособных МБТ. Она обеспечивает дальнейшее уменьшение воспаления и рубцевание, а также восстановление функциональных возможностей больного.

Противотуберкулезные препараты, которые используют для лечения туберкулеза с сохраненной чувствительностью или при отсутствии бактериовыделения:

- изониазид, рифампицин, пиразинамид, этамбутол, стрептомицин. Изониазид может быть назначен не только в таблетках, но и в инъекциях, в ингаляциях, при тяжелом туберкулезном процессе - внутривенно. Стрептомицин используют в виде внутримышечных инъекций.

В тех случаях, когда у пациента выявляется устойчивость к противотуберкулезным препаратам, назначают:

- протионамид (этионамид), канамицин, амикацин, капреомицин, циклосерин, рифабутин, ПАСК, фторхинолоны. В виде инъекций применяют канамицин, амикацин и капреомицин. Некоторые фторхинолоны (левофлоксацин, офлоксацин) в тяжелых случаях могут быть применены внутривенно.

Лекарственная устойчивость формируется при перерывах в лечении, при повторных случаях лечения, а также на сегодняшний день все чаще происходит заражение уже устойчивыми к препаратам формами МБТ.

В последние годы особо серьезной проблемой в лечении является увеличение числа случаев туберкулеза с множественной лекарственной устойчивостью (МЛУ) возбудителя. Это устойчивость МБТ как минимум к изониазиду и рифампицину одновременно. При этом выбор препаратов для лечения становится ограниченным,

однако современный арсенал противотуберкулезных препаратов позволяет излечивать эти формы туберкулеза.

Длительность и объем лечения определяются врачебной комиссией. Если у пациента сохранена лекарственная чувствительность возбудителя или бактериовыделение отсутствует, длительность лечения (всего курса химиотерапии) составляет шесть или восемь месяцев. При исходно ограниченном процессе и быстром рассасывании воспалительных изменений в легких (или в других органах) срок лечения ограничивается шестью месяцами. В более сложных случаях - восемью месяцами.

Если же у пациента выявляется устойчивость к некоторым противотуберкулезным препаратам, но не множественная лекарственная устойчивость, то в фазе интенсивной терапии назначают уже пять противотуберкулезных препаратов, включая резервные. Длительность лечения в таких случаях не менее восьми месяцев, но может быть и больше при замедленной динамике туберкулезного процесса.

Вообще, следует отметить, что если пациент является бактериовыделителем и/или имеет полость распада в легком, он начинает лечение в стационаре и находится там до тех пор, пока не прекратится бактериовыделение (перестанет определяться возбудитель туберкулеза в мокроте или других жидкостях) и пока не закроется полость распада. Если же у пациента изначально не было бактериовыделения и распада в легких, лечение проводится амбулаторно. Сопутствующие заболевания, например, ВИЧ-инфекция или сахарный диабет и т.д., детский и подростковый возраст являются показанием для госпитализации пациентов и без бактериовыделения.

Не следует полагать, что противотуберкулезные препараты в таблетках менее эффективны, чем в инъекциях. Препарат хорошо всасывается и при приеме в таблетированной форме. Но некоторые препараты могут быть применены только в инъекциях, а вот в случаях тяжелого туберкулеза врач применяет внутривенное введение противотуберкулезных средств на начальном этапе лечения.

Наиболее сложным и длительным является лечение больных туберкулезом, вызванных МБТ с устойчивостью к изониазиду и рифампицину одновременно (множественная лекарственная устойчивость – МЛУ). Изониазид и рифампицин являются самыми сильными противотуберкулезными препаратами, вызывающими гибель микобактерий туберкулеза. Когда эти препараты вынужденно исключаются из режима химиотерапии, их приходится заменять на препараты резерва, которые не обладают столь высокой эффективностью и, соответственно, лечение становится более длительным.

В фазе интенсивной терапии МЛУ-туберкулеза назначают комбинацию из шести противотуберкулезных препаратов, чувствительность к которым сохранена. Фаза интенсивной терапии длится восемь месяцев.

При положительной рентгенологической динамике (рассасывание воспалительных изменений, закрытие полостей

распада) и отрицательных результатах посевов (три последовательно взятых посева) переходят к фазе продолжения лечения пятью препаратами.

Длительность фазы продолжения – 12 - 18 месяцев.

Если пациент нерегулярно принимает противотуберкулезные препараты или самовольно прерывает назначенный врачом-фтизиатром курс химиотерапии, формируется устойчивость возбудителя к противотуберкулезным препаратам. С каждым таким отрывом от лечения увеличивается количество препаратов, к которым сформировалась устойчивость, поэтому лечить пациента становится все сложнее. Такие больные заражают окружающих микобактериями туберкулеза, уже устойчивыми к нескольким противотуберкулезным препаратам.

Поэтому четко следует помнить о недопустимости прерывания лечения. Однако если же сформировалась множественная лекарственная устойчивость, излечение возможно, только пациент должен быть готов к длительной терапии (около двух лет, как было сказано ранее). Химиотерапия при МЛУ нередко сопровождается побочными эффектами со стороны противотуберкулезных препаратов резерва. Врачи используют витамины, препараты, защищающие печень, желудок, для того, чтобы улучшить переносимость противотуберкулезных препаратов резервной группы. Пациент должен настроиться на длительное лечение, своевременно сообщать врачу о нежелательных реакциях, возникших у него при приеме препаратов, чтобы принять соответствующие меры. Можно провести сравнение лечения туберкулеза с лечением онкологических больных. Противоопухолевые препараты (цитостатики) имеют множество побочных реакций, лечение также длительное, но перед пациентом стоит выбор: или выжить или погибнуть. Этот пример нужно всегда иметь на вооружении больным туберкулезом, потому что нелеченный туберкулез неизбежно приведет к фатальному исходу.

После окончания основного курса лечения требуются еще и противорецидивные курсы два раза в год. Длительность таких курсов три месяца. Необходимо пройти два-три таких курса, чтобы избежать рецидива туберкулеза, отсюда и название «противорецидивные».

Таким образом, на сегодняшний день есть все возможности для лечения и излечения туберкулеза. Если же в процессе лечения не удастся достичь эффекта с помощью противотуберкулезных препаратов, могут быть применены хирургические методы лечения. При этом удаляется часть легкого, пораженная туберкулезом, это может быть сегмент, несколько сегментов, доля или даже целое легкое. После операции оставшаяся здоровая легочная ткань расправляется, чтобы компенсировать удаленный участок.

В последние годы участились случаи туберкулеза у больных ВИЧ-инфекцией. В таких ситуациях пациент обязательно кроме противотуберкулезной терапии должен получать антиретровирусные препараты. Только при соблюдении такой схемы лечения можно добиться стойкого излечения туберкулеза.