УДК 616.24-002.5-084:614.254.3

РОЛЬ СІМЕЙНОГО ЛІКАРЯ В БОРОТЬБІ З ТУБЕРКУЛЬОЗОМ

І. Т. П'ятночка, С. І. Корнага, В. І. П'ятночка

ДВНЗ "Тернопільський державний медичний університет імені І. Я. Горбачевського МОЗ України"

ROLE OF FAMILY DOCTOR IN FIGHT AGAINST TUBERCULOSIS

I. T. Pyatnochka, S. I. Kornaha, V. I. Pyatnochka

SHEI "Ternopil State Medical University by I. Ya. Horbachevsky of MPH of Ukraine"

У статті висвітлені деякі питання сучасної епідеміологічної ситуації та роль сімейного лікаря в боротьбі з цією небезпечною недугою.

Some questions of modern epidemiology situation and role of family doctor in fight against this dangerous illness was lighted up in the article.

Вступ. Туберкульоз – це одна з найдавніших хвороб, яка може уражати всі органи та системи, і нещадно щорічно заганяла й заганяє в могилу мільйони людей різних за віком і статтю. Періоди епідемії туберкульозу змінювалися періодами стабілізації.

В Україні з 1995 року проголошена епідемія туберкульозу, захворюваність на туберкульоз перевищила епідемічний поріг – 50 випадків на 100 тис. населення. Цей показник був найвищим у 2005 році і становив 84,1 випадку на 100 тис. населення. Упродовж 2006–2012 років намітилася деяка тенденція до поліпшення епідеміологічної ситуації і у 2012 році захворюваність на туберкульоз, поширеність та смертність від нього становила, відповідно, 68,1; 141,5 та 15,2 випадки на 100 тис. населення [1]. Водночас зростала захворюваність на ко-інфекцію ТБ/СНІД – 9,1 на 100 тис. населення, а також гострої проблеми набув хіміорезистентний туберкульоз, зокрема мультирезистентний, від якого в Україні страждають 16 % хворих на вперше діагностований туберкульоз та 44 % пацієнтів із рецидивом захворювання. В країні щорічно захворює приблизно 32 тисячі осіб та понад 6 тисяч помирає від цієї недуги.

Вилікування спостерігається приблизно у 60 % від тих, що захворіли. Такий низький відсоток видужання зумовлений, передусім, несвоєчасним виявленням хворих, помилками діагностики, вадами лікування. Отож, необхідно невідкладно зосередити значні зусилля на покращення ранньої діагностики, профілактики туберкульозу, передусім, на рівні первинної ланки, де помилки становлять 80,2–96,4 % [2]. Ці відсотки свідчать про нагальну потребу покращення навчання з фтизіатрії в середніх та вищих навчальних закладах, як шляхом збільшення кількості годин, так і оптимізації навчального процесу студентів, лікарів-інтернів і, зокрема, сімейних лікарів.

Основна частина. Поняття "лікар загальної практики" склалось еволюційним шляхом у XVIII–XIX століттях у деяких європейських країнах, коли лікарська допомога здійснювалася в індивідуальному комерційному порядку. В результаті цього утворився сталий контингент пацієнтів, які вважали доцільним протягом свого життя звертатися виключно до "свого" лікаря, якому довіряли завдяки його професіоналізмові та індивідуальним якостям. В таких умовах лікар був одночасно сімейним і лікарем загальної практики, оскільки йому доводилося мати справу з різною патологією. Однак бурхливий розвиток вузькоспеціалізованої медичної допомоги поступово призвів лікаря загальної практики до відчуття втрати своєї особистої відповідальності за здоров'я конкретного хворого та членів його сім'ї.

Сімейний лікар – це якісно нова форма лікарської діяльності, що володіє великим об'ємом знань і вмінь. Це лікар-універсал, який має ґрунтовні знання з головних розділів медицини: профілактики, діагностики; надає першу медичну допомогу, попереджує та ліквідує вогнища інфекційних захворювань, проводить серед населення пропаганду здорового способу життя. За даними світової статистики, кваліфікований сімейний лікар може самостійно розв'язати до 80 % проблемних завдань на етапі первинної допомоги, включаючи і лікування в домашньому або

© І. Т. П'ятночка, С. І. Корнага, В. І. П'ятночка

денному стаціонарі. Це лише під силу лікарю нової для України спеціальності – лікар загальної практики-сімейної медицини.

Отже, сімейна медицина – це медицина сьогодення і майбутнього у вітчизняній охороні здоров'я. Особливий, довірливий характер стосунків з родиною, тривале спостереження за кожним її членом, дають змогу постійно і ретельно займатися профілактичною роботою, спрямованою на збереження здоров'я людини.

Більшість пацієнтів із симптомами респіраторних захворювань звертається в лікувальні заклади загальної медичної мережі, де і відбувається виявлення туберкульозу і, навіть, завершення лікування хворого. Отже, ефективне здійснення протитуберкульозних заходів неможливе без широкої участі в цій роботі лікарів загальної практики - сімейної медицини. Особливо важлива їх роль у масових заходах, спрямованих на раннє виявлення і профілактику туберкульозу. Переваги сімейної медицини в тому, що сімейному лікарю відомі конкретні умови праці, побуту, бюджет і харчування сім'ї, наявність хворих, зокрема і на туберкульоз, а також осіб із підвищеним ризиком цього захворювання, яких залучають до щорічних профілактичних обстежень. Пацієнтів із такими симптомами, як кашель, що триває понад 2–3 тижні, значне нічне потовиділення, слабкість, безпричинне схуднення, тривала, понад тиждень підвищена температура тіла вище 37 ^{0}С, направляє на рентгенологічне обстеження, 2-разове дослідження мокротиння на мікобактерії туберкульозу. Сімейний лікар проводить лікування в амбулаторних умовах хворих на туберкульоз, здійснює контрольовану хіміопрофілактику в групах підвищеного ризику за рекомендацією фтизіатра. Окрім цього, в амбулаторних умовах і вдома сімейний лікар діагностує та надає екстрену допомогу при невідкладних станах: спонтанний пневмоторакс, гостра дихальна недостатність, кровохаркання і легеневі кровотечі, гострі алергічні реакції на протитуберкульозні препарати. Організує щеплення вакциною БЦЖ дітям, які не були вакциновані в пологовому будинку, контролює розвиток післявакцинних реакцій, при ускладненнях вакцинації – направляє дітей до фтизіатра, а також разом із лікарем-фтизіатром і епідеміологом здійснює протиепідемічні заходи в сім'ї, де є хворий-бактеріовиділювач.

Згідно з уніфікованим клінічним протоколом первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги "Туберкульоз" (2012), виявлення хворих з підозрою на туберкульоз проводиться в лікувальних закладах первинної медичної допомоги, як і в будь-яких інших медичних закладах персоналом цих установ. Діагноз туберкульозу підтверджується у спеціалізованому протитуберкульозному закладі [3].

Активне виявлення туберкульозу в групах ризику проводиться шляхом призначення скринінгового флюорографічного обстеження 1 раз на рік. Виявлення випадків туберкульозу та латентної туберкульозної інфекції в умовах епідемії туберкульозу проводиться шляхом щорічної туберкулінодіагностики (проба Манту з 2 ТО) здоровим дітям віком від 4 до 14 років. Дітям до 4-х років та дітям підліткового віку туберкулінодіагностика проводиться за бажанням батьків, в групах ризику за епідпоказниками, зокрема у туберкульозних вогнищах. Профілактична променева діагностика проводиться дітям у віці 15 і 17 років.

Для виявлення підозрілих чи хворих на туберкульоз лікар загальної практики-сімейної медицини проводить цілеспрямований збір анамнезу, детальне фізикальне обстеження, пробу Манту з 2 ТО у дітей, направляє на рентгенологічне флюорографічне обстеження дорослих та неповнолітніх осіб, забезпечує 2-разовий збір і транспортування мокротиння в лабораторію І рівня для дослідження кислотостійких бактерій методом мікроскопії мазка.

У разі виявлення на рентгенограмі порожнини розпаду, дрібновогнищевої дисемінації пацієнт скеровується до фтизіатра на дообстеження з результатами бактеріоскопії мазка мокротиння. У випадку негативних мазків мокротиння і наявності вогнищевих або інфільтративних змін на рентгенограмі легень пацієнту призначають антибіотики широкого спектра дії (за виключенням рифампіцину, аміноглікозидів і фторхінолонів) до 2-х тижнів, після чого повторюють рентгенограму легень. При відсутності позитивної динаміки зі сторони легеневого процесу пацієнта негайно скеровують до фтизіатра. До фтизіатра направляють осіб при підозрі на позалегеневі форми туберкульозу (кістково-суглобового, периферичних лімфатичних вузлів, сечостатевих органів, очей, туберкульозу нервової системи та інших локалізацій).

За результатами обстеження, з урахуванням факторів ризику щодо захворювання на туберкульоз, клінічних ознак і результатів туберкулінодіагностики направляють на консультацію до дитячого фтизіатра дітей: у яких встановлено контакт з хворою на туберкульоз людиною або твариною; з "віражем" за результатами проби Манту; з гіперергічними реакціями на пробу Манту з 2 ТО (у дітей інфільтрат 17 мм і більше або ж реакції з наявністю везикул, некрозу чи лімфангоїту, незалежно від розмірів інфільтрату); дітей з наростанням розмірів інфільтрату на пробу

Манту на 6 і більше мм; дітей з поступовим наростанням чутливості до туберкуліну протягом декількох років; дітей з монотонною чутливістю до туберкуліну в поєднанні з двома й більше неспецифічними факторами ризику; дітей, інфікованих МБТ із хронічними захворюваннями різних органів і систем, і тих, що тривало більше місяця приймають цитостатики, глюкокортикоїди, імунодепресанти; дітей з ВІЛ-інфекцією або перинатальним контактом щодо ВІЛ-інфекції; дітей із симптомами, схожими на туберкульоз, а також для проведення диференціальної діагностики туберкульозу з нетуберкульозними захворюваннями; дітей, інфікованих МБТ із соціальних груп ризику; при наявності ускладнень вакцинації БЦЖ (холодні підшкірні абсцеси, лімфаденіти, виразки, келоїдні рубці розміром понад 10 мм, персистуюча та дисемінована БЦЖ-інфекція з ураженням кісток, суглобів та інших органів).

Лікування хворих на туберкульоз проводиться за стандартними режимами під безпосереднім спостереженням, що рекомендується ВООЗ. Лікар загальної практики-сімейної медицини забезпечує організацію чіткого контролю за прийомом протитуберкульозних препаратів в амбулаторних (вдома) умовах за приписом фтизіатра, а також проводить опитування щодо виникнення побічних реакцій. Хіміопрофілактика у дітей та дорослих проводиться теж за призначенням дільничного фтизіатра та з використанням отриманих від нього препаратів. До речі, превентивне лікування дає змогу знизити захворюваність у групах ризику у 5–7 разів. Розрізняють первинну і вторинну хіміопрофілактику.

Первинна застосовується у туберкулінонегативних осіб із вогнищ туберкульозної інфекції і створює захист не тільки від захворювання, але й від інфікування МБТ. Вторинна хіміопрофілактика застосовується в осіб, інфікованих МБТ, пригнічуючи екзогенну суперінфекцію, так і запобігає активації ендогенної інфекції.

Показання до проведення хіміопрофілактики: діти, інфіковані МБТ, віком до 6 років з числа контактних осіб; особи, інфіковані водночас МБТ та вірусом набутого імунодефіциту людини; інші особи, що інфіковані МБТ, з числа контактних осіб за наявності медичних показань. Рішення для проведення хіміопрофілактики особам, інфікованим МБТ, приймається лікарем-фтизіатром. Найбільш поширеною схемою хіміопрофілактики є 6-місячний прийом ізоніазиду (5–8 мг/кг). Кількість курсів превентивної хіміотерапії призначається індивідуально. Для запобігання побічним реакціям у процесі лікування застосовуються патогенетичні препарати: вітамін B_6, гепатопротектори.

Висновок. На завершення, акцентуємо увагу на те, що більшість пацієнтів із симптомами легеневих захворювань чи інших локалізацій звертається в лікувальні заклади загальної медичної мережі, тобто до лікарів загальної практики-сімейної медицини. На цьому рівні проводиться первинний огляд, виявлення туберкульозу, завершується лікування у значної частини пацієнтів, а також проводяться санітарно-просвітні та профілактичні заходи. Отже, сімейний лікар надає первинно-профілактичну допомогу прикріпленому за сімейно-територіальним принципом населенню в умовах амбулаторно-поліклінічного закладу чи вдома. При цьому надзвичайно великих зусиль приділяє формуванню у населення навиків здорового способу життя, відповідального, бережного ставлення до свого здоров'я, як найвищої особистої та суспільної цінності.

Література

1. Фещенко Ю. І. Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги "Туберкульоз": особливості його підготовки та чим відрізняється від попередніх клінічних протоколів / Ю. І. Фещенко, С. О. Черенько, А. І. Барбова // Туберкульоз, легеневі хвороби, ВІЛ-інфекція. – 2013. – № 2. – С. 8–18.

2. Мельник В. Туберкульоз – проблема соціальна й економічна / В. Мельник // Ваше здоров'я. – 2012. – № 40-41. – С. 8.

3. Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги. Туберкульоз. – К., 2012. – 171 с.

Отримано 09.02.14