

УДК 616.24-002.5:615.28.015.8-084
DOI 10.11603/1681-2786.2016.1.6600

I.Т. П'ЯТНОЧКА, С.І. КОРНАГА, Н.В. ТХОРИК

АНАЛІЗ НЕДОЛІКІВ І ЇХ УСУНЕННЯ – ЗАПОРУКА ЗНИЖЕННЯ ПОШИРЕННЯ ХІМІОРЕЗИСТЕНТНОГО ТУБЕРКУЛЬОЗУ

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

Мета – провести аналіз недоліків у роботі обласного протитуберкульозного диспансеру.

Матеріали і методи. В основу роботи покладено дані аналітично-статистичних довідників за 2010–2014 роки та власні дослідження і спостереження.

Результати. Проаналізовані недоліки в роботі загальної медичної мережі, протитуберкульозної служби області. Встановлено, що санітарно-освітня робота як серед хворих у стаціонарі та в амбулаторних умовах, так і населення в цілому не проводиться на належному рівні.

Висновки. Усунення виявлених недоліків у роботі фтизіатричної служби сприятиме зниженню поширення туберкульозу, у тому числі мультирезистентного.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: мультирезистентний туберкульоз, недоліки роботи.

Туберкульоз відомий людству ще з доісторичних часів. Зараз у світі приблизно 1/3 населення інфіковано мікобактеріями туберкульозу і з них 10% протягом свого життя можуть захворіти на туберкульоз. За рік один хворий здатний інфікувати до 10–15 людей, з якими перебував у контакті. Найбільші спалахи туберкульозу відбувалися з певною природною циклічністю – 25–50 років. Велика епідемія туберкульозу з високим рівнем летальності була в Європі у другій половині XIX століття. В Україні епідемію туберкульозу зареєстровано у 1995 році. Ця епідемія туберкульозу характеризувалася двома особливостями: по-перше, була виражена взаємозалежність швидкого розповсюдження туберкульозу від епідемії ВІЛ-інфекції/СНІДу та наркоманії; по-друге, високий рівень хіміорезистентних форм – первинної – до 30% та вторинної – до 75% у різних регіонах [2].

Основним джерелом туберкульозної інфекції є хворий на туберкульоз легень, який виділяє мікобактерії із мокротинням при кашлі, розмові, чханні. Однак краплинне інфікування поступається пилловому, яке відбувається переважно у житлі хворого на туберкульоз.

Заразливість для оточуючих людей неоднакова. Вона залежить від багатьох факторів і умов. Людина може захворіти при потрапленні в її організм масивної кількості мікобактерій туберкульозу. Однак людині притаманна відносна індивідуальна резистентність до туберкульозу. Інфікується значна частина людей, але захворює лише незначна їх кількість і, переважно, у перші один-два роки після зараження. Отже, значна більшість інфікованих людей переносять латентні форми туберкульозу. Латентний туберкульоз – це стан, коли людина

інфікована *M.tuberculosis*, проте немає клінічних проявів захворювання, але належить до групи ризику щодо прогресування до активного туберкульозу [6]. Ризик прогресування латентної форми туберкульозу спостерігається, переважно, протягом перших двох років після інфікування (майже у 50% інфікованих).

До слова, майже 30% населення земної кулі має латентну форму туберкульозу. У Європейському регіоні цей показник становить приблизно 14%. В Україні 85–90% населення інфіковано туберкульозом. ВООЗ рекомендує систематичне тестування та лікування латентного туберкульозу у людей, які живуть з ВІЛ, дорослих і дітей, з числа контактів хворих на туберкульоз легень і пацієнтів із низкою інших патологічних станів. Рекомендуються такі варіанти лікування: ізоніазид щоденно 6–9 місяців; комбінація ізоніазиду з рифампіцином раз на тиждень – 12 тижнів; ізоніазид з рифампіцином щоденно – 3–4 місяці; рифампіцин щоденно – 3–4 місяці.

В основі розвитку туберкульозу є взаємовідношення макроорганізму і збудника інфекції, поряд з іншими факторами, зокрема зумовленими генотипом даного макроорганізму. Певну роль відіграє спадкова схильність чи, навпаки, резистентність до туберкульозу. Високий ризик серед інфікованих є у осіб із залишковими змінами туберкульозу (спонтанно одужалих чи в результаті проведеного лікування). Попри все, найчастіше туберкульоз спостерігається у членів родини хворого, що перебувають із ним у тісному контакті, а також за відсутності такого контакту.

Останніми роками ризик інфікування продовжує щорічно зростати. Сучасні заходи щодо розриву ланцюга передачі туберкульозної інфекції від хворого до здорового недостатньо ефективні: несвоє-

© I.Т. П'ятночка, С.І. Корнага, Н.В. Тхорик, 2016

часне виявлення хворих, незадовільна їх ізоляція та малоефективне лікування збільшують поширення туберкульозної інфекції. Цьому сприяють низька санітарна грамотність населення, недостатня робота у вогнищах туберкульозної інфекції.

Лікування хворих на туберкульоз є найважливішою невід'ємною ланкою в розриві епідеміологічного ланцюга, що дає змогу досягти загоєння туберкульозного процесу та відновлення працездатності і соціального статусу [5]. Основними ознаками, що підтверджують ефективність лікування, є стійке припинення бактеріовиділення, підтверджене бактеріоскопічним та культуральним методами, загоєння порожнини розпаду, стабілізація процесу.

У Тернопільській області, як і загалом в Україні, останніми роками, на тлі поступової стабілізації епідеміологічного процесу, велику загрозу становить поширення хіміорезистентного, зокрема мультирезистентного, туберкульозу. Це – найнебезпечніша форма туберкульозу, за якої мікобактерії є стійкими до двох найефективніших протитуберкульозних препаратів (ізоніазиду та рифампіцину), а самі мікобактерії мають більшу вірулентність і значно легше передаються від хворої до здорової людини. Лікування таких хворих вимагає обов'язкової госпіталізації на строк від 18 до 24 місяців. До того ж лікування менш ефективно і доволі токсичне для пацієнта.

Усе це спонукало нас проаналізувати недоліки в роботі протитуберкульозної служби з метою їх усунення і зниження розповсюдження мультирезистентного туберкульозу.

Мета роботи – провести аналіз недоліків у роботі обласного протитуберкульозного диспансеру, усунення яких дозволить суттєво зменшити розповсюдження мультирезистентного туберкульозу.

Матеріали і методи. В основу роботи покладено дані аналітично-статистичних довідників за 2010–2014 рр. та власні дослідження і спостереження.

Результати дослідження та їх обговорення. З 1995 р. в Україні зареєстровано епідемію туберкульозу, а з 2006 р. ця епідемія вступила у фазу стабілізації. Подібна епідеміологічна ситуація спостерігалася і в Тернопільській області. Так, у 2005 р. захворюваність на всі форми активного туберкульозу становила 67,7 на 100 тис. населення. У подальшому відбулися стабілізація і спад епідемії туберкульозу. За останні десять років (з 2005 р. по 2014 р.) захворюваність на туберкульоз легень зменшилася з 67,7 до 41,5 на 100 тис. населення. В абсолютних цифрах захворюваність на всі форми туберкульозу знизилася з 756 до 486 осіб. Значно зменшилась і поширеність (хворобливість) усіх форм активного туберкульозу – з 211,5 до 64,9 на 100 тис. населення та, відповідно, смертність – з 15,1 до 8,2 на 100 тис. населення.

У 2014 р. ефективність лікування хворих на вперше діагностований туберкульоз легень із бактеріовиділенням становила 87,6%. З наведених

даних видно значне покращання епідеміологічної ситуації з туберкульозу в області. Однак аналіз дозволив виявити низку недоліків у боротьбі з цією недугою. Зокрема частка хворих, які померли від туберкульозу протягом одного року спостереження, за останнє десятиріччя зросла з 15,6% до 22,2%. Це свідчить про несвоєчасне виявлення туберкульозу на різних рівнях медичної служби, у тому числі і фтизіатричної.

Виявлені вади і в роботі у вогнищах туберкульозної інфекції. Так, за останні 10 років захворюваність усіх контактних осіб у вогнищах туберкульозної інфекції (на 1000 контактних) зросла з 5,2 до 9,9. Це явний недолік у роботі лікарів-фтизіатрів і середнього медичного персоналу.

Сьогодні лікування хворих на туберкульоз здійснюється згідно з уніфікованим клінічним протоколом медичної допомоги (УКПМД) «Туберкульоз» (2014) [4]. Стаціонарне лікування проводиться до припинення бактеріовиділення, що підтверджується методом мікроскопії мазка мокротиння. Але чи це достатньо? Оскільки одним із показників ефективності лікування хворих на туберкульоз є зниження частки випадків туберкульозу з повторним лікуванням, передусім з рецидивами. Зазначимо, що за останні п'ять років (2010–2014), на тлі зниження захворюваності на туберкульоз легень (з 506 до 444 осіб), значно зросла кількість рецидивів туберкульозу – з 77 до 109 осіб і мультирезистентних серед них, відповідно, – з 23,8% до 61,2%. Це дуже негативно відбивається на епідеміологічній ситуації, сприяє хронізації та мультирезистентності і, як наслідок, низькій ефективності лікування та високій летальності хворих. Причиною такого значного почастищення рецидивів, на наш погляд, була передчасна виписка хворих на вперше діагностований туберкульоз легень зі стаціонару, з незагоєними порожнинами розпаду і після припинення бактеріовиділення лише за мазком мокротиння, а також незадовільний контроль за лікуванням хворих на амбулаторному етапі, як і невмотивовано недбайливе ставлення пацієнтів до власного здоров'я через незадовільні знання з питань боротьби з туберкульозом, що, в свою чергу, є наслідком слабкої санпросвітньої роботи фтизіатрів серед хворих і населення в цілому [1;3].

Позитивним є те, що смертність від туберкульозу за останні 10 років в області суттєво знизилася (з 15,1 до 8,2 на 100 тис. населення). Однак кожний п'ятий хворий помирав поза стаціонаром, причому це були переважно хворі на мультирезистентний туберкульоз. Перебування такого хворого у термінальній стадії поза стаціонаром, у домашніх умовах становить велику небезпеку для його оточення через пряме поширення масивного зараження мікобактеріями туберкульозу, труднощі при проведенні дезінфекції, прибирання та догляду. Отже, виписка хворих на паліативне лікування створює велику

загрозу розповсюдження туберкульозної інфекції, передусім мультирезистентної, серед членів сім'ї, близького оточення і населення в цілому [3]. Тому смертність туберкульозних хворих у домашніх умовах повинна бути зведена до мінімуму.

Крім наведених прогалин у роботі протитуберкульозної служби, значним недоліком є недостатнє проведення санітарно-просвітньої роботи серед хворих, як і населення загалом. Аналіз анкетування 70 хворих на мультирезистентний туберкульоз, які знаходилися у стаціонарі не менше двох-трьох місяців, показав доволі слабку орієнтацію в питаннях туберкульозу. На 18 запитань отримано лише 38,8% правильних відповідей. Санпросвітня робота – це безперервний процес, який полягає у висвітленні властивостей збудника туберкульозу, шляхів його передачі, проявів захворювання, лікування та профілактики. На жаль, санпросвітня робота не проводиться на належному рівні, передусім індивідуальна, серед пацієнтів. З цього випливає і низька прихильність хворого до лікування.

Санпросвітню роботу, гігієнічне виховання хворого на туберкульоз необхідно проводити постійно, як у стаціонарі, так і при відвідуванні хворого вдома фтизіатром і медсестрою. Без чіткого розуміння хворим, що таке туберкульоз, зокрема хіміорезистентний, і дотримання належних особистих гігієнічних навичок, правильної поведінки в сім'ї, колективі, без розумної прихильності до лікування, боротьба з хіміорезистентним туберкульозом приречена на невдачу. Втім не потрібно втрачати надії. Адаже для зміцнення здоров'я людини, підвищення її опору інфекції необхідне здорове природне і соціальне оточення, зокрема необхідно

дихати чистим повітрям, пити придатну природну воду, споживати якісні натуральні харчові продукти. Не піддаватися зарегламентованим спокусам і вживати штучні харчові продукти, напої, алкоголь, наркотики, курити, а також не застосовувати «усезцілюючі» лікарські засоби. Це сприятиме здоровому способу життя, профілактиці різних недуг, зокрема туберкульозу.

Висновки

За результатами проведеного аналізу констатовано покращання епідеміологічної ситуації з туберкульозу у Тернопільській області. Однак на цьому тлі проявилися прогалини у роботі загальної медичної мережі та фтизіатрів. Це несвоєчасне виявлення хворих на туберкульоз, оскільки кожний п'ятий (22,2%) хворий помирає протягом одного року спостереження. Значно почастишали рецидиви (до 64,2%) та мультирезистентність, що зумовлено «регламентованим» короткочасним стаціонарним і неконтрольованим амбулаторним лікуванням. Значна кількість хворих виписується на паліативну терапію, кожний п'ятий хворий помирає поза стаціонаром. Санітарно-освітня робота як серед хворих у стаціонарі та в амбулаторних умовах, так і населення в цілому не проводиться на належному рівні.

За умови усунення виявлених у роботі загальної медичної та фтизіатричної служби недоліків можна сподіватися на значне зниження поширення туберкульозу, зокрема мультирезистентного.

Перспективи подальших досліджень спрямовані на поглиблене вивчення недоліків у роботі протитуберкульозної служби у районах Тернопільської області.

Список літератури

1. Корнага С. І. Санітарно-освітня грамотність хворих на мультирезистентний туберкульоз / С. І. Корнага, І. Т. П'ятночка // Туберкульоз, легеневі хвороби, ВІЛ-інфекція. – 2015. – № 4. – С. 48–52.
2. Мельник В. М. Історія виникнення і розвитку хіміорезистентного туберкульозу / В. М. Мельник, А. М. Приходько, Л. В. Ареф'єва // Український пульмонологічний журнал. – 2012. – № 2. – С. 59–61.
3. П'ятночка І. Т. Шляхи зниження розповсюдження мультирезистентного туберкульозу з погляду фтизіоепідеміології / І. Т. П'ятночка, С. І. Корнага, Н. В. Тхорик // Вісник соц. гігієни та орг. охорони здоров'я України. – 2014. – № 4. – С. 67–71.
4. Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги дорослим. Туберкульоз. – Київ, 2014. – 179 с.
5. Феценко Ю. І. Фтизіоепідеміологія / Ю. І. Феценко, В. М. Мельник. – Київ : Здоров'я, 2004. – 624 с.
6. Controlling tuberculosis in the United States. Recommendation from the American Thoracic Society, CDC, and the Infectious Diseases Society of America / Taylor Z., Nolan C. M., Blumberg H. M., for the American Thoracic Society; Centers for Disease Control and Prevention; and Infectious Diseases Society of America // MMWR Recomm Rep. – 2005. – № 54 (RR–12). – P. 1–81.

АНАЛИЗ НЕДОСТАТКОВ И ИХ УСТРАНЕНИЕ – ЗАЛОГ СНИЖЕНИЯ РАСПРОСТРАНЕНИЯ ХИМИОРЕЗИСТЕНТНОГО ТУБЕРКУЛЁЗА

И.Т. Пятночка, С.И. Корнага, Н.В. Тхорик

ГВУЗ «Тернопольский государственный медицинский университет имени И.Я. Горбачевского МЗ Украины»

Цель – провести анализ недостатков в работе областного противотуберкулезного диспансера.

Материалы и методы. В основу работы положены данные аналитически-статистических справочников за 2010–2014 годы и собственные исследования и наблюдения.

Результаты. Проанализированы недостатки в работе общей медицинской сети, противотуберкулезной

службы области. Выявлено, что санитарно-просветительская работа как среди больных в стационаре и в амбулаторных условиях, так и населения в целом не проводится на надлежащем уровне.

Выводы. Устранение выявленных недостатков в работе фтизиатрической службы будет способствовать снижению распространения туберкулеза, в том числе мультирезистентного.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: мультирезистентный туберкулез, недостатки работы.

GAP ANALYSIS AND THEIR ELIMINATION – THE KEY TO REDUCING THE SPREAD OF DRUG-RESISTANT TB

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

I.Horbachevsky Ternopil State Medical University

Objective – to analyze the shortcomings in the work of the regional TB dispensary, the removal of which will significantly reduce the spread of multidrug-resistant tuberculosis.

Materials and methods. In the based on data analytical and statistical reference books for 2010-2014 and its own research and observations.

Results and discussion. Analyzed the shortcomings in the work of the General medical network, in particular antitubercular service of area, the elimination of which will help to reduce the spread of tuberculosis, including MDR.

Conclusions. At the wrong level is carried out sanitary-educational work among patients in hospital, in outpatient conditions as in the General population.

KEY WORDS: MDR TB, the shortcomings of the work.

Рукопис надійшов до редакції 02.04.2016 р.

Відомості про авторів:

П'ятночка Іван Теодорович – д-р мед. н., проф. ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського МОЗ України», тел.: +38(0352) 52-59-29

Корнага Світлана Іванівна – д-р мед. н., проф. кафедри пропедевтики внутрішньої медицини та фтизіатрії ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського МОЗ України», тел.: +38(0352) 52-59-29

Тхорик Наталія Василівна – лікар-фтизіатр Шумської ЦРЛ, тел.: +38(03558) 2-14-73.