



С.І. Корнага, І.Т. П'ятночка

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

Успіхи та недоліки в боротьбі з туберкульозом

Мета роботи — показати досягнення та недоліки в боротьбі з туберкульозом у Тернопільській області за останнє десятиріччя.

Матеріали та методи. В основу роботи покладено літературні, офіційні протокольні, аналітично-статистичні дані та результати власних досліджень й спостережень.

Результати та обговорення. На підставі статистичних даних, результатів власних спостережень і досліджень констатуємо виразні позитивні зміни в боротьбі з туберкульозом в області за останній десятирічний період. Однак поряд із тим помічено низку недоліків у роботі як фтизіатричної служби, так і загальної медичної мережі. Це низький показник своєчасного виявлення туберкульозу загальномедичними службами, оскільки значна частина вперше виявлених хворих на туберкульоз легень помирали до року спостереження. Не в належному об'ємі проводять інфекційний контроль у вогнищах туберкульозної інфекції.

Висновки. Помічено деяку інертність фтизіатрів щодо санпросвітньої роботи серед населення та хворих. А для досягнення вагомих результатів як в Україні, так і на обласному рівні потрібні значні зусилля, передусім на рівні держави, громадськості та медичної служби, і глибокі знання фтизіатрів, як і лікарів різних фахів. Адже діяльність лікаря — це запобігання захворюванню і відновлення здоров'я хворої людини.

Ключові слова

Туберкульоз, патоморфоз, епідеміологічна ситуація.

Туберкульоз — одне з найбільш смертоносних інфекційних захворювань у світі, яке може уражати всі органи й системи організму та призводить до значних людських жертв. Щороку захворюють на туберкульоз понад 9 млн людей у світі і приблизно 1,5 млн помирають. До того ж найглобальнішу загрозу становить туберкульоз із медикаментозною стійкістю та в поєднанні з ВІЛ/СНІДом [8]. У світі майже 50 млн людей інфіковано резистентними мікобактеріями туберкульозу. Щорічно збільшується кількість нових випадків туберкульозу з первинною медикаментозною стійкістю, зокрема з мульти- і розширеною резистентністю, що є надзвичайно серйозною епідеміологічною небезпекою [4, 11]. За даними ВООЗ, Україна у світовому рейтингу захворюваності та смертності від туберкульозу посідає 5-те місце у світі й 2-ге в Європі. В середньому щороку реєструють 30 тис. нових випад-

ків захворювання на туберкульоз, а щодня помирають 12 осіб, при цьому приблизно 25 % залишаються невиявленими і 10 тис. осіб страждають на мультирезистентний туберкульоз (МРТБ). Курс терапії чутливого туберкульозу на півроку коштує державі 1000 грн, і за неефективності він переходить у МРТБ, на лікування якого доводиться витратити у 100 разів більше [8].

За даними ВООЗ, за останні роки у боротьбі з туберкульозом у країнах Європи, і в Україні зокрема, досягнуто певних успіхів. Починаючи від 2006 р., знижуються захворюваність та смертність від туберкульозу. Однак, попри певну позитивну динаміку, рівень захворюваності залишається епідемічним, а найбільш проблемним та актуальним є поширення МРТБ [5]. Щоб нівелювати подальше поширення цієї підступної інфекції у світі, було розроблено комплексні підходи для швидкого виявлення, належного лікування та ефективні заходи з профілактики, які відображені у новій стратегії «Зупинити тубер-

кульоз». Кінцева мета стратегії — до 2035 р. досягти такого стану, коли не буде нових випадків захворюваності та смертей від туберкульозу. Ця стратегія поширюється на всі країни світу й має конкретну мету — знизити смертність від туберкульозу на 95 %, а кількість нових випадків захворювання — на 90 % [11]. Беззаперечно, основним і вирішальним у лікуванні хворих на туберкульоз легень є антимікобактеріальна терапія (АМБТ). Однак могутніми лікувальними чинниками є патогенетична терапія і психотерапія, які потрібно проводити продумано й послідовно в процесі виявлення, лікування та після його завершення. У цьому плані ефективність санітарно-освітньої роботи серед населення і хворих неможливо переоцінити [1, 10].

У разі застосування нових хіміопрепаратів ефективність скорочених 12-місячних режимів лікування для хворих на МРТБ та пре-РРТБ, що передбачає, зокрема, призначення лізенолідю, перевищує цільовий показник ВООЗ щодо ефективності лікування: «вилікування» сягає 95,4–90,6 % хворих [9]. Ці схеми хіміотерапії дають змогу не лише значно скоротити тривалість лікування, а й ефективно та зручно проводити його в амбулаторних умовах. В Україні середня тривалість госпіталізації хворих — 1,5 міс для чутливого і 5 міс для туберкульозу зі стійкістю до протитуберкульозних препаратів, водночас як у США середнє перебування хворого на чутливий туберкульоз у стаціонарі становить 15 діб. Таким чином, хворих як без бактеріовиділення, так і з бактеріовиділенням, за умов дотримання інфекційного контролю можна лікувати амбулаторно. За таких умов пацієнт звертається до свого сімейного лікаря, отримує протитуберкульозні препарати, дотримує рекомендацій фтизіатра й повертається до родини.

Як свідчить аналіз досліджень, стаціонарного лікування потребують приблизно 25 % хворих, тому лікування в амбулаторних умовах розглядають як пріоритетний метод. Докази на користь лікування в амбулаторних умовах: запобігання перехресній внутрішньолікарняній інфекції, зокрема стійкими штамми МБТ; запобігання у деяких випадках деградації особистості в умовах тривалої госпіталізації; значно менша вартість лікування для держави. Однак не слід забувати, що вибір організаційної форми лікування повинен бути індивідуальним, залежно від характеру туберкульозного процесу, бактеріовиділення, матеріального стану хворого та його ставлення до лікування [2].

За останні роки запроваджено низку інновацій у діагностиці та лікуванні туберкульозу. Завдяки високоефективним антимікобактері-

альним препаратам (АМБП) із Глобального фонду та ефективно організованих соціальної підтримки пацієнтів результат успішного лікування хворих на МРТБ підвищився до 85 % (загальнонаціональний показник — 38,6 %). Проте навряд чи в сучасних реаліях це можливо, оскільки нав'язані Україні міжнародними організаціями і МОЗ України неадекватні підходи до терапії короткостроковими схемами й критерії вилікування хибні, про що свідчить висока питома вага летальності (до 15,0 %, а при МРТБ — до 30,0 %) та рецидивів (20,7 %). Згідно з Планом дій боротьби з ТБ у Європейському регіоні ВООЗ на 2016–2020 рр., кожна країна може адаптувати ці рекомендації до національних програм, залежно від умов та можливостей. Звідси випливає, що не можна сліпо копіювати клінічні протоколи, стандарти і стратегії країн із низькою захворюваністю для України з її високим тягарем туберкульозу [7]. В ідеалі для реформування системи протитуберкульозної служби в Україні слід використовувати досвід багатьох країн. Доцільно в розумних масштабах скорочувати кількість протитуберкульозних закладів і протитуберкульозних ліжок, водночас ширше, в адекватних межах, залучати амбулаторні моделі лікування. Важливим є впровадження в клінічну практику нових ефективних протитуберкульозних препаратів (бедаквілін, претоманід, деламанід). Поряд із тим слід проводити активну просвітницьку роботу для підвищення настороженості населення і медичних працівників щодо проблеми ТБ.

Через слабкі знання, обізнаність лікарів загальної медичної мережі, вузьких спеціалістів та передусім сімейних лікарів проблема своєчасного виявлення легеневого і позалегеневого туберкульозу стає проблематичною. Отож надзвичайно важливою складовою протитуберкульозної роботи є санпросвітня робота серед хворих на туберкульоз, осіб, які з ними контактують, і населення в цілому. Санітарно-освітня робота — це безперервний процес, який полягає у висвітленні властивостей збудника туберкульозу, шляхів його передачі, ознак захворювання, лікування та профілактики. На жаль, санпросвітню роботу проводять на неналежному рівні, передусім індивідуальну, серед пацієнтів і осіб, які з ними контактують. З цього випливає і низька прихильність до лікування [3].

На підставі даних літератури, офіційних протоколів, аналітично-статистичних матеріалів, власних досліджень і спостережень впливає, що потрібно використовувати всі апробовані доступні засоби і методи для запобігання захворюванню на туберкульоз, а за його наявності

ті досягати значного підвищення ефективності лікування. Це, за нинішніми клінічними протоколами, стандартами, орієнтація не на стаціонарне лікування всіх хворих, а на пацієнта, надання йому належної медичної допомоги, зокрема на амбулаторному етапі. При цьому принциповим є: бактеріовиділювач повинен бути ізольованим і госпіталізованим до моменту стійкого знебацлення та загоєння каверн, оскільки лише в умовах стаціонару або хоспісу найреальніше забезпечити щоденне контрольоване лікування. Виходячи з сучасних реалій, вкрай потрібно здебільшого зберегти, а не огульно скорочувати кількість ліжок і закрити, до того ж необгрунтовано, стаціонари вторинного рівня, які є найзручнішими і наближеними до сільської місцевості з високими негативними епідеміологічними показниками щодо туберкульозу. До того ж з віком потреби у паліативній допомозі зростають. Щороку збільшується кількість хворих з термінальними стадіями туберкульозу, ко-інфекції туберкульоз/ВІЛ та ТБ з хіміорезистентністю. Попри ще достатній ліжковий фонд, паліативна допомога переважно лягає на плечі самого пацієнта і його родини. Водночас не зовсім адекватно скорочують ліжковий фонд. За останні роки в області він зменшився на 50 % (від 640 до 320 ліжок). І це ще не кінець.

Мета роботи — показати досягнення та недоліки в боротьбі з туберкульозом у Тернопільській області за останнє десятиріччя.

Матеріали та методи

В основу роботи покладено літературні, офіційні протокольні, аналітично-статистичні дані та результати власних досліджень і спостережень.

Результати та обговорення

Захворюваність на туберкульоз, починаючи від 1992 р., неухильно зростала і збільшилася за цей період у 2,4 разу — від 35,0 випадків на 100 тис. населення до 84,5 — у 2005 р. Але вже з переломного 2006 р. спостерігається повільне зниження показника захворюваності та смертності в Україні [1]. Водночас на цьому позитивному епідеміологічному тлі зростала і захворюваність на ко-інфекцію ТБ/ВІЛ/СНІД, передусім кількість хворих на МРТБ. Такі епідеміологічні показники спостерігалися і серед населення Тернопільської області. Значно зменшилася захворюваність на туберкульоз легень: від 51,1 на 100 тис. населення у 2008 р. до 33,7 — у 2017 р., відповідно поширеність усіх форм — від 165,0 до 37,1 на 100 тис населення, а смертність зменшилася від 11,0 до 4,2 на 100 тис населення. Це дуже важливі позитивні зрушення в епідеміології ту-

беркульозу. Одночасно за цими показниками приховуються й окремі недоліки. Так, смертність хворих на туберкульоз легень до року спостереження зросла від 20,5 % у 2008 р. до 44,4 % — у 2017 р. Отже, нових хворих виявляють несвоєчасно, з ускладненнями, що є значним недоліком у роботі як лікарів загальної медичної ланки, так і сімейних. Адже організація виявлення хворих на рівні закладів первинної медико-санітарної допомоги в нашому регіоні доволі низька — 0,7–1,4 % (за 2014–2016 рр.). Це зумовлено недостатніми знаннями проблеми туберкульозу, методів ранньої діагностики, а також основних принципів лікування та профілактики. Щоб нівелювати ці недоліки, лікарям-фтизіатрам потрібно активніше допомагати, частіше інформувати, збагачувати лікарів первинної медико-санітарної допомоги, зокрема сімейних, новими даними про туберкульоз шляхом бесід, семінарів тощо. Без належних знань цю проблему не можна розв'язати. Складається враження, що лікарі первинної ланки вважають, буцімто лише кашель є першим і основним із симптомів туберкульозу легень. Але внаслідок сучасного патоморфозу клініка до певної міри змінилася і не завжди кашель є першим симптомом туберкульозу легень. Із власних спостережень, частіше найранішими симптомами були стомлюваність, кволість, підвищена пітливість у нічний час, субфебрильна температура тіла, зниження апетиту тощо. Надалі долучалися розлади ураженого органа, зокрема при туберкульозі легень — кашель. Нині навіть хворі з хронічними формами недуги значно рідше кашляють порівняно з минулими десятиріччями.

Захворюваність на туберкульоз осіб, які контактували з хворими на ТБ, у вогнищах туберкульозної інфекції за останні роки залишається стабільно високою: 11,6 (2008 р.) і 9,7 (2016 р.) на 1000 контактних осіб. Це зумовлено передовсім недотриманням правил інфекційного контролю і передчасним виписуванням хворих зі стаціонару.

Значно знизилася захворюваність на туберкульоз дітей віком 0–17 років — від 10,3 у 2008 р. до 2,4 у 2017 р. на 100 тис. Але за 2017 р. виявлено 10 хворих на туберкульоз дітей, у тому числі 4 з МБТ(+), 7 — із вогнищ туберкульозної інфекції. Це ще раз засвідчує незадовільний інфекційний контроль, профілактичну, а також санпросвітню роботу в вогнищах туберкульозної інфекції. Це засвідчує як слабкі знання сімейного лікаря з проблем туберкульозу, так і брак фтизіатричної настороженості взагалі. До того ж сімейні лікарі вже від 2013 р. зобов'язані вести амбулаторний супровід хворих на туберкульоз.

До слова, нерідко і дорослі контакти мають слабкі уявлення про туберкульоз. Навіть більшість пацієнтів, які перебували на стаціонарному лікуванні понад 2–3 міс, показали слабкі знання з цих питань [1]. Значна частина дорослих, які контактували з хворими на ТБ, байдуже ставляться до свого здоров'я, мають доволі туманне уявлення про згадану хворобу. Проте успіх у боротьбі з туберкульозом багато в чому залежить від волі, бажання самого пацієнта та його оточення.

Сучасні схеми і протоколи лікування хворих на туберкульоз вважають найоптимальнішими й найефективнішими для різних категорій хворих. Ці схеми АМБТ дають змогу не лише значно скоротити тривалість лікування, а й ефективно застосовувати їх у амбулаторних умовах. За Протоколом, можливим є лікування деяких хворих із бактеріовиділенням удома, але за умови дотримання правил інфекційного контролю і якщо в сім'ї немає дітей віком до 18 років. До того ж потрібно мати окрему кімнату. Пацієнтів після припинення бактеріовиділення, навіть з порожниною розпаду, можна виписати зі стаціонару для продовження лікування в амбулаторних умовах. Однак слід акцентувати увагу, що амбулаторне лікування нерівноцінне за ефективністю стаціонарному. Тому потрібен диференційований підхід до лікування з урахуванням матеріально-побутових умов, культурного рівня хворого, його прихильності до тривалого прийому хіміопрепаратів. Сучасні протоколи і схеми лікування повинні мати основну мету — відновлення здоров'я хворої людини хоч як би дорого це обходилося державі.

Одним із показників, що відображають ефективність організації діагностики туберкульозу, є його виявлення з позитивним результатом мікроскопії мазка мокротиння у закладах первинної медико-санітарної допомоги. В області він доволі низький: 2013 р. — 0,6 %; 2014 р. — 0,7 %; 2015 р. — 1,2 %; 2016 р. — 1,4 % і у 2017 р. — 1,3 %.

Результат успішного лікування нових випадків туберкульозу з позитивним мазком виявився успішним: у 2012 р. — 77,9 %; у 2013 р. — 81,0 %; у 2014 р. — 87,6 %. Відповідно до індикатора, рекомендованого ВООЗ, ефективність лікування такої категорії хворих повинна становити не менше 85 %. Але за цими високими показниками приховуються прогностично й суттєві недоліки. Зокрема, припинення бактеріовиділення через 2–3 міс за мазком мокротиння і виписування хворих із деструктивними змінами в легенях для подальшого амбулаторного лікування є ризикованим і не завжди виправданим. Оскільки в подальшому є певний ризик прогресування чи рецидиву, і вже з МРТБ. Рецидиви туберкульозу

констатовано у 9,8 — у 2008 р., а у 2017 р. — у 9,3 на 100 тис. населення. Але теперішні рецидиви характеризуються виразнішими клінічними виявами, значною частотою деструкцій (у 2017 р. — 67,7 %), масивним бактеріовиділенням (73,7 %) порівняно з 2008 р. (відповідно 47,6 і 54,5 %). Оскільки останніми роками використовують ефективніший арсенал хіміопрепаратів, то такі показники слід розцінювати як наслідок короткочасного попереднього стаціонарного лікування і неконтрольованого амбулаторного за супроводом сімейних лікарів.

Загалом сучасна концепція, клінічні протоколи та стандартні схеми щодо переорієнтації стаціонарного лікування на амбулаторне дає змогу значно зекономити, здешевити витрати на лікування хворого. Але це не завжди себе виправдовує, оскільки, за висловлюванням Сократа, «здоров'я — це не все, але все без здоров'я — ніщо». Огульний підхід до лікування за сучасними протоколами нерідко призводить до розвитку МРТБ, яка за останні роки прогресивно частішає. Хіміотерапія хворих на хіміорезистентний туберкульоз значно дорожча і менш ефективна. Результати лікування нових випадків МРТБ надзвичайно низькі, навіть зі знебациленням (33,3; 44,4 і 30,6 % за останні три роки). На згадані негаразди частіше нашаровується поєднання туберкульозу з ВІЛ/СНІДом. Від 2011 р. до 2016 р. частота такої патології зросла від 1,3 до 2,8 на 100 тис. населення. Крім цього, в історично-еволюційному аспекті туберкульоз характеризується циклічним епідеміологічним непередбачуваним патоморфозом із новими виявами та підступною стійкістю. І тому сподіватися на цілковиту його ліквідацію лише завдяки високоефективним протитуберкульозним препаратам не зовсім реально.

Висновки

На підставі статистичних даних, результатів власних спостережень і досліджень констатуємо виразні позитивні зміни в боротьбі з туберкульозом у області за останній десятирічний період. Однак поряд із тим зазначено низку недоліків у роботі як фтизіатричної служби, так і загальної медичної мережі.

Недостатньо активно проводять організаційно-методичні заходи із лікарями загальної медичної мережі, передусім сімейними та вузькими спеціалістами, які мають доволі обмежені знання про туберкульоз.

Низький показник своєчасного виявлення ТБ загальномедичними службами, позаяк значна частина вперше виявлених хворих на туберкульоз легень помирали до року спостереження.

Не в належному об'ємі проводять інфекційний контроль у вогнищах туберкульозної інфекції.

Помічено деяку інертність фтизіатрів щодо санпросвітньої роботи серед населення та хворих.

А для досягнення вагомих результатів як в Україні, так і на обласному рівні потрібні значні зусилля, передусім на рівні держави, громадськості та медичної служби, і глибокі знання як фтизіатрів, так і різних за фахом лікарів.

Конфлікту інтересів немає. Участь авторів: концепція і дизайн дослідження — С.І. Корнага, І.Т. П'ятночка; збір та обробка матеріалу — С.І. Корнага, І.Т. П'ятночка; написання тексту — І.Т. П'ятночка, С.І. Корнага; статистичне опрацювання даних — С.І. Корнага, І.Т. П'ятночка; редагування тексту — С.І. Корнага, І.Т. П'ятночка.

Список літератури

1. Корнага С.І., П'ятночка І.Т. Санітарно-освітня грамотність хворих на мультирезистентний туберкульоз // Туберкульоз, легеневі хвороби, ВІЛ-інфекція.— 2015.— № 4.— С. 48–52.
2. П'ятночка І.Т., Корнага С.І., Гришук Л.А. та ін. Туберкульоз.— Тернопіль: ТДМУ, 2005. — 280 с.
3. П'ятночка І.Т., Корнага С.І., Тхорик Н.В. Шляхи зниження розповсюдження мультирезистентного туберкульозу з погляду фтизіоепідеміології // Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України.— 2014.— № 4.— С. 67–71.
4. Тодоріко Л.Д. Особливості епідемії та патогенезу хіміорезистентного туберкульозу на сучасному етапі // Клиническая иммунология. Аллергология. Инфектология.— 2011.— № 4.— С. 38–41.
5. Тодоріко Л.Д., Петренко В.І., Гришин М.М. Резистентність мікобактерій туберкульозу: міфи та реальність // Туберкульоз, легеневі хвороби, ВІЛ-інфекція.— 2014.— № 1.— С. 60–67.
6. Туберкульоз в Україні: аналітично-статистичний довідник // К., 2016.— 142 с.
7. Фещенко Ю.І., Мельник В.М., Турченко Л.В. Погляд на проблему боротьби з туберкульозом в Україні // Укр. пульмонолог. журн.— 2016.— № 3.— С. 5–10.
8. Фещенко Ю.І. Туберкульоз у світі та в Україні: що заважає подолати епідемію і куди необхідно спрямувати зусилля? // Пульмонологія. Алергологія. Риноларингологія.— 2016.— № 2.— С. 4–5.
9. Фещенко Ю.І., Литвиненко Н.А., Варицька Г.О. та ін. Перспективи покращення лікування хворих на мультирезистентний туберкульоз: світові тенденції та вітчизняні досягнення // Інфекційні хвороби.— 2017.— № 4.— С. 10–21.
10. Caminero J.A. Multidrug-resistant tuberculosis: epidemiology, riskfactors and casefinding // Int. J. Tuberc. Lung Dis. — 2010.— Vol. 14, N 4.— P. 382–390.
11. WHO Treatment guidelines for drug-resistant tuberculosis.— 2016 update/ WHO.— Geneva, 2016.— 60 p.

С.І. Корнага, І.Т. П'ятночка

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

Успехи и недостатки в борьбе с туберкулезом

Цель работы — показать достижения и недостатки в борьбе с туберкулезом в Тернопольской области за последнее десятилетие.

Материалы и методы. В основу работы положены литературные, официальные протокольные, аналитически-статистические данные и результаты собственных исследований и наблюдений.

Результаты и обсуждение. На основании статистических данных, результатов собственных наблюдений и исследований констатируем выраженные положительные изменения в борьбе с туберкулезом в области за последний десятилетний период. Однако вместе с тем отмечено ряд недостатков в работе как фтизиатрической службы, так и общей медицинской сети. Это низкий показатель своевременного выявления туберкулеза общемедицинскими службами, так как значительная часть впервые выявленных больных туберкулезом легких умирали до года наблюдения. Не в должном объеме проводится инфекционный контроль в очагах туберкулезной инфекции.

Выводы. Замечено некоторую инертность фтизиатров по санпросветработе среди населения и больных. А для достижения весомых результатов как в Украине, так и на областном уровне необходимы значительные усилия, прежде всего на уровне государства, общественности и медицинской службы, и глубокие знания как фтизиатров, так и различных по специальности врачей. Ведь деятельность врача — это предупреждение заболевания и восстановление здоровья больного.

Ключевые слова: туберкулез, патоморфоз, эпидемиологическая ситуация.

S.I. Kornaha, I.T. Pyatnochka

I.Ya. Horbachevsky Ternopil State Medical University, Ministry of Healthcare of Ukraine, Ternopil, Ukraine

Successes and disadvantages in the fight against TB

Objective — to show the achievements and disadvantages of the fight against TB in the Ternopil region over the last decade.

Materials and methods. The basis of the work is laid literary, official protocol, analytical statistics and own research and observation.

Results and discussion. By statistical data, own observations and studies, we state the marked positive changes in the fight against TB in the region over the last decade. However, at the same time, some shortcomings were noted, both in the work of the TB service and the general medical network. This is a low indicator of the timely detection of TB by general medical services since a significant part of the first identified lung tuberculosis patients died before the observation year. Inadequate volume of infection control in the tuberculosis infection focus.

Conclusions. Some inertness of sanitary-educational work was observed in the health work among the population and patients.

And to achieve significant results, both in Ukraine and at the regional level, considerable efforts are needed, first of all at the level of the state, the public and the medical service, and a thorough knowledge of sanitary-educational work and the doctors of different professions. After all, the activity of a doctor is to prevent disease and restore the health of a sick person.

Key words: tuberculosis, pathomorphosis, epidemiological situation.

Контактна інформація:

Корнага Світлана Іванівна, д. мед. н., проф. кафедри пропедевтики внутрішньої медицини та фтизіатрії

46001, м. Тернопіль, Майдан Волі, 1

E-mail: svitlanacor@gmail.com

Стаття надійшла до редакції 16 березня 2018 р.