

УДК 616.24-002.5-08

І.Т. П'ЯТНОЧКА, С.І. КОРНАГА, В.І. П'ЯТНОЧКА

УНІФІКОВАНИЙ КЛІНІЧНИЙ ПРОТОКОЛ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ «ТУБЕРКУЛЬОЗ» (2012) – ВИСОКОЕФЕКТИВНИЙ ДИНАМІЧНИЙ ДОРОГОВКАЗ

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

Мета роботи: показати універсальність та значущість уніфікованого клінічного протоколу медичної допомоги «Туберкульоз» і можливі його динамічні корективи.

Матеріали і методи. Проаналізовано літературні, офіційні протокольні, аналітично-статистичні дані та власні спостереження щодо боротьби з туберкульозом в сучасних умовах.

Результати. В результаті проведення основного курсу хіміотерапії виліковуються приблизно 60% захворілих (через 24 місяці – до 75%, у т.ч. з урахуванням вилікуваних від мультирезистентного туберкульозу). Приблизно 8% вперше захворілих переривають лікування, 12% помирають. Лікування повинно бути індивідуальним, залежати від характеру туберкульозного процесу та мати на меті повноцінне вилікування. Протокол не повинен бути догмою.

Висновки. Для подолання туберкульозу потрібні спільні зусилля первинної ланки медичної допомоги, фтизіатричної служби та суспільства в цілому. «Передчасна» виписка хворих додому чи в спеціальні відділення на паліативне лікування з метою економії державних коштів не завжди виправдана та може призвести до розповсюдження хіміорезистентного туберкульозу та, відповідно, до значно більших витрат.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: туберкульоз, мультирезистентність, антимікобактеріальна терапія.

Туберкульоз відомий у світі відколи існує людство. Це одна з найдавніших хвороб, яка може уражати усі органи і системи та щороку призводить до значних людських жертв [5]. Періоди епідемії туберкульозу змінювалися періодами стабілізації. Останній спалах туберкульозу розпочався з 90-х років минулого століття, коли захворюваність стала підвищуватися. У 1993 р. ВООЗ оголосила туберкульоз глобальною небезпекою. Відтепер у світі щорічно реєструється до 10 млн людей із бактеріальним туберкульозом і 4–5 млн людей помирають від цієї інфекції [7].

В Україні з 1995 р. проголошена епідемія туберкульозу. Захворюваність стрімко збільшувалася і перевищила епідемічний поріг – 50 випадків на 100 тис. населення. У 2005 р. цей показник був найвищим і становив 84,1 випадку на 100 тис. населення. Однак упродовж 2006–2012 рр. спостерігається незначне поліпшення епідеміологічної ситуації. У 2012 р. захворюваність на туберкульоз, поширеність та смертність від нього становила вже відповідно 68,1; 141,5 та 15,2 випадку на 100 тис. населення [11]. Водночас зростала захворюваність на ко-інфекцію туберкульоз ВІЛ/СНІД – 9,1 на 100 тис. населення. Дуже гострою проблемою є хіміорезистентний туберкульоз. У різних регіонах України первинна резистентність становить від 7% до 20%, вторинна –

60-75%. У 2011 р. приріст хіміорезистентного туберкульозу порівняно з 2010 р. досяг 34% [3]. Цьому сприяють несвоєчасне централізоване забезпечення антимікобактеріальними препаратами, зокрема II ряду, перерви у лікуванні хворих, відсутність, в окремих випадках, контрольованого лікування та хіміопрфілактики. Потребує значного покращення діагностика туберкульозу на різних ланках медичної допомоги і, передусім, на рівні первинної ланки. Помилки лікарів сільських дільничних лікарень та амбулаторій становлять 80,2–96,4%, центральних районних лікарень – 54,2–72,1%, міських і обласних лікарень загального профілю – 32,2–41,7%, лікарів-фтизіатрів – приблизно 3,2–4,7% [3]. Отже, настала нагальна потреба покращення навчання з фтизіатрії у вищих навчальних закладах, збільшення кількості годин для студентів, лікарів-інтернів і, передусім, сімейних лікарів.

Виявлення хворих з підозрою на туберкульоз проводиться переважно у закладах первинної ланки медичної допомоги. У спеціалізованих протитуберкульозних закладах підтверджується діагноз туберкульозу та проводиться лікування [8]. Основним у боротьбі з туберкульозом є лікування. Завдяки повноцінному вилікуванню хворих ліквідуються джерела інфекції та значно поліпшується епідеміологічна ситуація.

© І.Т. П'ятночка, С.І. Корнага, В.І. П'ятночка, 2014

Мета роботи: показати універсальність, значущу цінність уніфікованого клінічного протоколу медичної допомоги «Туберкульоз» (2012) і можливі його динамічні корективи.

Матеріали і методи. В основу роботи покладені літературні, офіційні протокольні, аналітично-статистичні дані та власні спостереження щодо боротьби з туберкульозом в сучасних умовах.

Результати дослідження та їх обговорення. Антимікобактеріальна терапія проводиться за стандартними режимами під безпосереднім спостереженням, що рекомендується ВООЗ. В стаціонарних умовах проводять лікування хворим 1, 2 категорій, а пацієнтам 3 категорії – лише при наявності медичних показань (тяжкі супутні захворювання, непереносимість протитуберкульозних препаратів). Лікування хворих 4 (мультирезистентний туберкульоз (МРТБ) категорії здійснюється в умовах спеціалізованих протитуберкульозних відділень. Стаціонарне лікування проводиться до припинення бактеріовиділення, що підтверджується дворазовою, з інтервалом в один місяць, мікроскопією мазка мокротиння [8].

Антимікобактеріальна терапія складається з двох фаз: інтенсивної і фази продовження. Під час проведення інтенсивної фази лікування хворі отримують від чотирьох до шести протитуберкульозних препаратів (залежно від категорії). Під час підтримуючої фази – від двох до чотирьох антимікобактеріальних препаратів (залежно від категорії).

Пацієнтам 1, 2 і 3 категорій під час інтенсивної фази призначають ізоніазид+рифампіцин+піразинамід+етамбутол – 2–3 місяці (60–90 доз), в підтримуючій фазі – ізоніазид+рифампіцин – 4 місяці (не менше 120 доз). Хворі 4 категорії під час інтенсивної фази отримують 5–6 протитуберкульозних препаратів згідно з даними тесту медикаментозної чутливості (ТМЧ) протягом 8 місяців, а під час підтримуючої фази – не менше 4-х препаратів протягом 12 місяців.

ВООЗівські схеми лікування вважаються найоптимальнішими та найефективнішими для різних категорій хворих. Ці схеми хіміотерапії дозволяють не лише суттєво скоротити тривалість лікування, але й ефективно їх використовувати в амбулаторних умовах. Спеціальні дослідження показали, що стаціонарного лікування потребують приблизно 25% хворих на вперше діагностований туберкульоз легень, і тому лікування в амбулаторних умовах розглядається як пріоритетний метод. Доказами на його користь є запобігання внутрішньолікарняній інфекції, зокрема хіміорезистентними штамми МБТ, і значно менша вартість лікування. Проте вибір організаційної форми лікування повинен бути індивідуальним, залежно від категорії, клінічної форми,

ускладнень, чутливості МБТ до хіміопрепаратів, матеріального достатку, культури хворого та його ставлення до лікування [5]. Можливим, за Протоколом, є лікування деяких хворих з бактеріовиділенням і вдома, але за умови, коли вони мають окрему кімнату, у квартирі немає дітей віком до 18 років і при дотриманні правил інфекційного контролю [8].

Виліковується від туберкульозу в результаті проведення основного курсу хіміотерапії (ОКХТ) до 12 місяців від початку лікування приблизно 60% захворілих, через – 24 місяці – до 75%, у т.ч. з урахуванням вилікованих від мультирезистентного туберкульозу. Приблизно 8% вперше захворілих перериває лікування, 12% – помирає [8].

Отже, значна частина хворих не виліковується, не доживаючи навіть до припинення бактеріовиділення, а тим більше до загоєння порожнини розпаду. Пацієнтів після припинення бактеріовиділення виписують із стаціонару для продовження лікування в домашніх умовах. Амбулаторне лікування значно дешевше для держави, але не рівноцінне за ефективністю стаціонарному.

Все це вимагає диференційованого підходу до лікування, з урахуванням матеріально-побутових умов хворого, його культурного рівня, ставлення до тривалого щоденного прийому антимікобактеріальних препаратів та інших чинників. Припинення бактеріовиділення через два–три місяці за мазком мокротиння і виписки хворого з деструктивними змінами в легенях для подальшого амбулаторного лікування є ризикованим і не завжди виправданим. До того ж нерідко незагоєні каверни розцінюють як «бульозно-деструктивні зміни». Це надзвичайно великий ризик прогресування чи рецидиву і нерідко вже з хіміорезистентними МБТ. Лікування такого хворого набагато дорожче, ніж за умови продовження лікування в стаціонарних умовах з використанням усіх доступних апробованих методів (хірургічних, колапсотерапевтичних тощо).

Зауважимо, що одним із чинників виникнення рецидивів туберкульозу є недостатня тривалість стаціонарного лікування з приводу першого випадку, як і недостатній об'єм хіміотерапії чи інших можливих методів лікування [4]. До того ж рецидиви є основним джерелом формування хронічних деструктивних форм туберкульозу з бактеріовиділенням [9]. За даними ВООЗ, 44% хворих з рецидивами і бактеріовиділенням є мультирезистентними. В Україні протягом 2010–2012 рр. спостерігається зростання частки (26,4%, 26,9% та 30,3%) випадків туберкульозу з повторним лікуванням, у тому числі рецидивами, серед хворих 1–3 категорій [6]. Подібне констатовано і в Тернопільській області, де кожний четвертий хворий поступає на повторне стаціонарне лікування, що,

в певній мірі, зумовлено недостатньою прихильністю хворих до лікування, недбайливим ставленням до свого здоров'я, а також непроведенням, в окремих випадках, протирецидивного лікування. Крім цього, намітилася явна негативна тенденція до погіршення характеру туберкульозного процесу (рецидивів). Так, якщо у 2011 р. серед рецидивів було 46,8% бацилярних і 49,4% хворих з порожнинами розпаду, то у 2012 р. – 63,3% і 59,2% відповідно.

До речі, якщо базовий курс діагностики та лікування одного хворого-бактеріовиділювача з чутливими до антимікобактеріальних препаратів МБТ коштує приблизно 1000 грн, моно- і полірезистентний – 2300 грн, то мультирезистентний – 18000 грн на рік. Середня вартість 20-місячного курсу лікування пацієнта коштує державі 30 тис. грн [2]. Отже, лікування таких хворих довготривале, дороге і недостатньо ефективне (40,1%) [8], а контагіозність – висока і дуже небезпечна. Тому, на нашу думку, хворим на вперше діагностований деструктивний бацилярний туберкульоз легень потрібне більш тривале стаціонарне лікування, не лише до припинення бактеріовиділення, але і до загоєння чи ліквідації порожнин розпаду за допомогою можливих доказових методів лікування, зокрема хірургічних. Це, передусім, стосується хворих на мультирезистентний туберкульоз. Оскільки виписка таких пацієнтів із стаціонару після неефективного основного курсу хіміотерапії на паліативне лікування у спеціалізовані стаціонари, а в більшості випадків додому, створює велику епідеміологічну небезпеку для оточуючих і, як наслідок, розповсюдження хіміорезистентного туберкульозу.

Паліативне лікування у спеціалізованому протитуберкульозному стаціонарі не завжди можливе через відмову хворих у зв'язку з віддаленістю від його місця проживання. До того ж протитуберкульозні стаціонари не є перевантаженими, і завжди існує можливість виділити окремі палати для таких пацієнтів. У стаціонарних умовах більш ефективно можна допомогти хворому і значною мірою обмежити розповсюдження туберкульозу, зокрема мультирезистентного.

Зауважимо, що з віком потреба у паліативній допомозі зростає. Щорічно збільшується кількість хворих у термінальній стадії ко-інфекції туберкульоз/ВІЛ та туберкульозу з мультирезистентністю чи з розширеною медикаментозною стійкістю [10]. Однак розвиток паліативної допомоги в країні, як і окремих регіонах, суттєво відстає від потреби, як за кількістю, якістю обслуговування, матеріальним забезпеченням, так і територіально.

При неефективних консервативних лікувальних заходах, наявності бактеріовиділення й без-

перспективності хірургічного лікування хворих 4-ї категорії ВООЗ рекомендує позитивне вживання ізоніазиду з надією, що це сприятиме зниженню контагіозності й передачі резистентних штамів МБТ, оскільки ізоніазид у підвищених (0,45–0,9 г) дозах у режимі поліхіміотерапії підвищує ефективність лікування захворювання на мультирезистентний деструктивний туберкульоз із розширеною стійкістю мікобактерій [1]. Це дещо співзвучно з нашими спостереженнями минулих десятиріч. При застосуванні ізоніазиду в добових дозах 0,6–0,9 г у комбінації зі стрептоміцином і ПАСК у хворих на вперше діагностований туберкульоз легень припинення бактеріовиділення настало у 97% і закриття порожнин розпаду – у 85% випадків.

Підсумовуючи дані літературних джерел, офіційних протоколів, аналітично-статистичних матеріалів і власних спостережень, констатуємо, що потрібно використовувати всі апробовані доступні засоби і методи для запобігання захворюванню на туберкульоз, а за його наявності – добиватися значного підвищення ефективності лікування. Однак для подолання туберкульозу як масового захворювання потрібні спільні наполегливі зусилля первинної ланки медичної допомоги, фтизіатричної служби та суспільства в цілому. До того ж сьогодні надзвичайно актуальною є проблема формування у населення відповідального ставлення до власного здоров'я як найвищої особистої та суспільної цінності, формування навичок здорового способу життя, виховання духовного та фізичного здоров'я особистості.

Висновки

1. На засадах доказової медицини і багаторічного досвіду розроблений і втілений в життя основний документ, яким керуються різні за фахом лікарі. Це Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Туберкульоз» (2012). Однак і цей протокол не повинен бути догмою.

2. Лікування хворого на туберкульоз повинно бути індивідуальним, залежно від характеру туберкульозного процесу, і мати на меті повноцінне вилікування, а в окремих випадках хоча б подовження життя та полегшення страждань хворого. Оскільки для лікаря не повинно бути безнадійних хворих, те, що неможливо зробити сьогодні, завтра може стати реальністю завдяки новаціям чи відкриттям.

3. Не завжди доцільно, згідно із сучасними стандартами, виписувати хворих з деструктивним легеневим процесом після припинення бактеріовиділення із стаціонару для хіміотерапії в амбулаторних умовах, не використавши усі мож-

ливі апробовані методи лікування, зокрема хірургічні.

4. Економія державних коштів, що реалізується шляхом суворо регламентованих за протоколом термінів і місця лікування, не завжди виправдана, оскільки «передчасна» виписка хворих додому чи в спеціальні відділення на паліативне ліку-

вання надалі може призвести до значно більших економічних витрат і поширення хіміорезистентного туберкульозу з відповідними катастрофічними наслідками.

Перспективи подальших досліджень полягають в оптимізації профілактики, раннього виявлення та лікування хворих на туберкульоз.

Список літератури

1. Бялик Й. Б. Результаты полихимиотерапии с использованием изониазида в повышенных дозах у больных мультирезистентным деструктивным туберкулёзом с расширенной устойчивостью микобактерий туберкулёза / Й. Б. Бялик // Туберкульоз, легеневі хвороби, ВІЛ-інфекція. – 2013. – № 3. – С. 38–43.
2. Ковальова Г. Г. Актуальні питання та практичні підходи до підвищення ефективності Загальнодержавної програми протидії захворюванню на туберкульоз в Україні / Г. Г. Ковальова // Туберкульоз, легеневі хвороби, ВІЛ-інфекція. – 2013. – № 4. – С. 14–23.
3. Мельник Василь Туберкульоз – проблема соціальна й економічна / Василь Мельник // Ваше здоров'я. – 2012. – № 40–41. – С. 8.
4. Основні чинники ризику виникнення рецидивів туберкульозу в Полтавській області / Ярешко А. Г., Бойко М. Г., Куліш М. В. [та ін.] // Туберкульоз, легеневі хвороби, ВІЛ-інфекція. – 2013. – № 4. – С. 55–58.
5. Туберкульоз : підр. / за ред. проф. І.Т. П'ятночки. – Тернопіль : ТДМУ, 2005. – 280 с.
6. Туберкульоз в Україні (аналітично-статистичний довідник за 2001-2012 роки). – К., 2013. – 122 с.
7. Туберкульоз: організація діагностики, профілактики та контроль за смертністю [виробниче видання] /Фещенко Ю. І., Мельник В. М., Турченко Л. В., Лірник С. В. – К. : Здоров'я, 2010. – 448 с.
8. Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги. Туберкульоз. – К., 2012. – 171 с.
9. Урсов И. Г. Эпидемиология туберкулёза и диспансеризация населения / И. Г. Урсов // Новосибирск : ГП «Новосибирский полиграфический комбинат. – 2003. – 182 с.
10. Ухачевський С. Паліативна допомога в Україні – нові грані розвитку / С. Ухачевський // Ваше здоров'я. – 2012. – № 40–41. – С. 22–23.
11. 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.

УНИФИЦИРОВАННЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ «ТУБЕРКУЛЕЗ» (2012) – ВЫСОКОЭФФЕКТИВНЫЙ ДИНАМИЧЕСКИЙ УКАЗАТЕЛЬ

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

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

Цель: показать универсальность и значимость унифицированного клинического протокола медицинской помощи «Туберкульоз» и возможные его динамические коррективы.

Материалы и методы. Проанализированы литературные, официальные протокольные, аналитически-статистические данные и собственные наблюдения относительно борьбы с туберкулёзом в современных условиях.

Результаты. В результате проведения основного курса химиотерапии излечиваются приблизительно 60% заболевших (через 24 месяца – до 75%, в т.ч. с учётом вылеченных от мультирезистентного туберкулёза). Приблизительно 8% впервые заболевших прерывает лечение и 12% умирают. Лечение должно быть индивидуальным, зависит от характера туберкулезного процесса с целью полноценного излечения. Протокол не должен быть догмой.

Выводы. Для преодоления туберкулеза нужны совместные усилия первичного звена медицинской помощи, фтизиатрической службы и общества в целом. «Преждевременная» выписка больных домой или в специальные отделения на палиативное лечение с целью экономии государственных средств не всегда оправдана и может привести к распространению химиорезистентного туберкулеза и, соответственно, к значительно большим затратам.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: туберкулез, мультирезистентность, антимикобактериальная терапия.

COMPATIBLE CLINICAL PROTOCOL OF MEDICARE «TUBERCULOSIS» (2012) HIGH-EFFICIENCY DYNAMIC POINTER*I.T. Pyatnochka, S.I. Kornaha, V.I. Pyatnochka*

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

Purpose: to show universality, large value of protocol and possibility of his dynamic correction.**Materials and methods.** The literary are fixed in basis of work, official protocol, analytically-statistical data and own supervisions in relation to a fight against tuberculosis in modern terms.**Results.** Recovery from TB as a result of realization of basic course of chemotherapy makes of approximately 60% diseased (in 24 months to 75%). Approximately 8% first the diseased is interrupted by treatment, 12% – dies. Treatment should be individualized, depending on nature of tubercular process and aim to complete treatment. The protocol should not be dogma.**Conclusions.** For overcome tuberculosis joint efforts of primary health care, TB services and society in general are necessary. State cost effectiveness not always is justified, as «premature» extract of patients home or in the special separations on palliative treatment, in future can result inconsiderably anymore economic charges and distribution of chemorezistens TB.KEY WORDS: **tuberculosis, multirezistens, antimykobakterial therapy.**

Рукопис надійшов до редакції 25.12.2013 р.

Відомості про авторів:**П'ятночка Іван Теодорович** – д-р.мед.н., професор кафедри терапії і семейної медицини ННІПО ДВНЗ "Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського МОЗ України"; тел: (0352)52-59-29.**Корнага Світлана Іванівна** – д-р.мед.н., професор кафедри пропедевтики внутрішньої медицини та фтизіатрії ДВНЗ "Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського МОЗ України"; тел. (0352)52-59-29.**П'ятночка Володимир Іванович** – к.мед.н., доцент кафедри хірургії ННІПО ДВНЗ "Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського МОЗ України"; тел. (0352)26-81-80.