

ТУБЕРКУЛЬОЗ У ПРАКТИЧНІЙ ДІЯЛЬНОСТІ СІМЕЙНОГО ЛІКАРЯ

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

ТЕРНОПІЛЬСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ІМЕНІ І. Я. ГОРБАЧЕВСЬКОГО

Вступ. У статті дано характеристику сучасному сімейному лікарю як універсалу, який стоїть на сторожі збереження здоров'я людини, і показано його роль у боротьбі з туберкульозом. Надзвичайної гостроти набула проблема хіміорезистентного туберкульозу, зокрема мультирезистентного, від якого в Україні страждають 23,4 % хворих на вперше діагностований туберкульоз та 58,6 % із повторними випадками захворювання.

Мета роботи – дати характеристику сімейному лікарю як універсалу, а також показати його роль у боротьбі з туберкульозом на сучасному етапі.

Результати. У Тернопільській області в останні роки спостерігають позитивну динаміку епідеміологічного процесу, зменшення захворюваності й смертності від туберкульозу. В 2014 р. ефективність лікування хворих на вперше діагностований туберкульоз легень з бактеріовиділенням становила 87,6 %. Однак кількість хворих, які померли від туберкульозу протягом одного року спостереження, за останнє десятиріччя зросла з 15,6 до 22,2 % ($p < 0,05$). Це свідчить про несвоєчасне виявлення туберкульозу на різних рівнях медичної служби, зокрема і первинної ланки. Летальність серед хворих на мультирезистентний туберкульоз становила 17,2 %, з них до одного місяця – 1/3 осіб.

Висновки. Сімейний лікар надає першу медичну допомогу та ліквідує вогнища інфекційних захворювань, проводить серед населення пропаганду здорового способу життя, відповідального ставлення до свого здоров'я як найвищої особистої і суспільної цінності.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: туберкульоз, сімейний лікар.

Вступ

Туберкульоз відомий у світі, відколи існує людство. Це одна з найдавніших хвороб, які можуть уражати всі органи людини. Періоди епідемії туберкульозу змінювалися періодами стабілізації. Останній спалах туберкульозу розпочався з 90-х років минулого століття. У 1995 р. в Україні проголосили епідемію туберкульозу, захворюваність перевищила епідемічний поріг – 50 випадків на 100 тис. населення. У 2005 р. цей показник був найвищим – 84,1 на 100 тис. населення. Упродовж 2006–2015 рр. спостерігали покращення епідеміологічної ситуації, і вже у 2014 р. захворюваність на туберкульоз, поширеність і смертність від нього становили, відповідно 53,2, 90,2 та 12,2 випадку на 100 тис. населення. Водночас зросла захворюваність на ко-інфекцію туберкульоз/ВІЛ/

*Address for correspondence: S. I. Kornaha, Department of Internal Medicine Propedeutics and Phthisiology, I. Horbachevsky Ternopil State Medical University, 1 Maidan Voli, Ternopil, Ukraine, 46001
Tel. +380352525929
E-mail: kornaha@tdmu.edu.ua*

СНІД – 10,4 на 100 тис. населення. Надзвичайної гостроти набула проблема хіміорезистентного туберкульозу, зокрема мультирезистентного (стійкість до найефективніших протитуберкульозних препаратів – ізоніазиду і рифампіцину), від якого в Україні страждають 23,4 % хворих на вперше діагностований туберкульоз та 58,6 % із повторними випадками захворювання.

У результаті проведення основного курсу хіміотерапії вилікування нових випадків бацилярного туберкульозу легень спостерігають у 55 % пацієнтів від тих, які захворіли [1]. Такий низький відсоток видужання зумовлений несвоєчасним виявленням хворих, помилками діагностики, низькою прихильністю пацієнтів до тривалої хіміотерапії, як і самими вадами її проведення. Усе це зобов'язує невідкладно спрямувати значні зусилля на покращення профілактики і, передусім, своєчасну діагностику туберкульозу на рівні первинної ланки (сімейної медицини), де помилки сягають 80,2–96,4 % [2]. Причини помилок щодо діагностики туберкульозу, в кінцевому результаті, зводяться і до зниженої фтизи-

атричної настороженості, що неприпустимо в період значного поширення мультирезистентного туберкульозу. Лікування такого туберкульозу надзвичайно складне, тривале (≥ 2 роки), дороге (іноді в 100 разів дорожче, ніж терапія чутливого до ліків туберкульозу), малоефективне і часто супроводжується побічними токсичними реакціями [3].

Мультирезистентний туберкульоз – надзвичайно небезпечна форма туберкульозу, яка нещадно карає людей за їх байдужість до свого здоров'я, слабку обізнаність у питаннях боротьби із цією недугою, що є наслідком вкрай недостатнього проведення санітарно-просвітницької роботи серед населення і хворих на різних рівнях медичної служби та прорахунків в організації боротьби з туберкульозом взагалі.

Виникла нагальна потреба перебудови санітарно-просвітницької діяльності на зразок економічно розвинутих європейських країн. Суть її полягає у виробленні навичок ведення здорового способу життя в дитячому та юнацькому віці; пропагування здорового способу життя в соціальних популяціях людей, об'єднаних спільним устроєм життя чи специфікою праці; зміні пасивного ставлення людини до свого здоров'я шляхом підтримання її матеріальної зацікавленості у збереженні здоров'я в доброму стані, тобто людині не вигідно буде хворіти; розробці для кожної людини індивідуальної програми профілактики захворювань з усуненням впливу вже добре відомих негативних чинників (алкоголь, куріння, гіподинамія тощо), а також наданні людині рекомендацій щодо вибору професії з урахуванням показників психофізіологічних і професійних тестів [4]. Втілення в життя такої індивідуальної програми профілактики захворювань є можливим лише за присутності сімейного лікаря, який найбільш повно ознайомлений із характерологічними особливостями конкретного пацієнта і станом його здоров'я. Великий досвід у цьому напрямку мають деякі країни Європи [5]. Адже і поняття "лікар загальної практики" склалося еволюційним шляхом у XIII–XIX ст. в окремих європейських країнах, коли лікарську допомогу надавали в індивідуальному комерційному порядку. В результаті цього з'явився сталий контингент пацієнтів, які вважали доцільним протягом усього життя звертатися виключно до "свого" лікаря, якому довіряли завдяки його професіоналізмові та індивідуальним якостям. За таких умов лікар був одночасно сімейним і лікарем загальної практики.

Мета роботи – дати характеристику сімейному лікарю як універсалу, а також показати його роль у боротьбі з туберкульозом на сучасному етапі.

Матеріали і методи

Використано літературні дані про сімейного лікаря як універсала, наведено основні епідеміологічні показники щодо туберкульозу в Україні й по Тернопільській області за останні 10 років і сформульовано головні завдання, які стоять перед сімейним лікарем відповідно до сучасного Уніфікованого клінічного протоколу первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги дорослим "Туберкульоз" (2014) [6].

Результати та їх обговорення

Сімейний лікар – 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 та діагностики. Він 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 вирішити до 80 % проблемних завдань на етапі первинної допомоги, включаючи і лікування в домашньому або денному стаціонарі.

Поряд із цим, однією з основних вимог щодо високої якості роботи сімейного лікаря є доброзичливе ставлення до пацієнта і високий професіоналізм та, безперечно, відсутність грубості й байдужості до хворої людини. Ще у XII ст. англійський лікар Sydenham сказав, що лікар повинен так поводитися із хворим, як би він хотів, щоб поводитися з ним – увічливо і з турботою. До того ж, сімейний лікар зобов'язаний очищувати свою мову від нетактовних і брутальних слів. Не слід думати, що слово – дрібниця, не в словах справа. Адже слово виражає думку, а думка породжує дії, які можуть закінчуватися фатально.

Слід уникати і такої крайності, коли діагноз має таємничий характер. Це особливо лякає хворого, який не повинен знати про своє захворювання. У протилежному разі, залежно від психіки пацієнта і стану його здоров'я, рідні повинні бути інформовані про діагноз, методи лікування, прогноз. Інформацію про захворювання слід надати хворому в спокійній, простій, доступній формі з надією на видужання чи, хоча б, на покращення його стану.

Дуже важливими в діяльності сімейного лікаря є його індивідуально-психологічні особливості. Надто важливо встановити розумний, щиросердечний, безкорисливий контакт із хворим та завоювати його довіру. Отож, якщо люди шукають у тебе допомоги – ти хороший лікар. Цього можна досягнути, поряд із високою

професійною майстерністю, індивідуальним підходом сімейного лікаря до хворого, манерою звертання та, зрештою, зовнішнім виглядом. До того ж, незайвим є нагадати слова Гіппократа: "Лікар повинен бути скромним і стриманим, добрим та ввічливим, постійно збагачувати свої знання і прислухатися до думки колег, бачити свою мету не у здобуванні слави та грошей, а в полегшенні страждань і зціленні хворих, у самовідданому служінні людям, які звертаються до нього за допомогою та за порадою."

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 лікувально-профілактичною роботою, спрямованою на відновлення та збереження здоров'я людини.

Дуже важлива роль сімейних лікарів у масових заходах, спрямованих на раннє виявлення і профілактику туберкульозу. До того ж, більшість пацієнтів із симптомами респіраторних захворювань звертається в лікувальні заклади загальної медичної мережі, де і виявляють туберкульоз та навіть завершують лікування хворого. Отже, ефективне проведення протитуберкульозних заходів не можливе без широкої участі в цій роботі лікарів загальної практики – сімейної медицини. Переваги сімейної медицини полягають у тому, що сімейному лікарю відомі конкретні умови праці, побуту, бюджет і харчування сім'ї, наявність хворих, зокрема і на туберкульоз, а також осіб з підвищеним ризиком виникнення цього захворювання, яких щороку направляють на профілактичні обстеження. До слова, в останні роки ризик інфікування продовжує зростати, оскільки сучасні заходи щодо розриву ланцюга передачі туберкульозної інфекції від хворої людини до здорової недостатньо ефективні: несвоєчасне виявлення хворих, незадовільна їх ізоляція та малоєфективне лікування, зокрема мультирезистентного туберкульозу, сприяють поширенню туберкульозної інфекції. Отож пацієнтів із такими симптомами, як кашель, що триває понад 2–3 тижні, нічне потовиділення, загальна слабкість, безпричинне схуднення, тривале, понад тиждень, підвищення температури тіла більше 37 °С, необхідно направляти на рентгенологічне обстеження, дворазове дослідження мокротиння на мікобактерії туберкульозу. Сімейний лікар проводить лікування хворих на туберкульоз в амбулаторних умовах, здійснює контрольовану хіміопрофілактику в групах підвищеного ризику за рекомендацією фтизіатра.

Туберкульоз у групах ризику активно виявляють шляхом призначення скринінгового

флюорографічного обстеження 1 раз на рік. Крім цього, в лабораторних умовах і вдома сімейний лікар діагностує та надає екстрену допомогу при таких невідкладних станах, як спонтанний пневмоторакс, гостра дихальна недостатність, кровохаркання і легеневі кровотечі, гострі алергічні реакції на протитуберкульозні препарати. Випадки туберкульозу та латентної туберкульозної інфекції за умов епідемії туберкульозу виявляють шляхом щорічної туберкулінодіагностики (проба Манту з 2 ТО), яку проводять здоровим дітям від 4 до 14 років. Дітям до 4 років та дітям підліткового віку туберкулінодіагностику проводять за бажанням батьків, у групах ризику – за епідпоказаннями, зокрема в туберкульозних вогнищах. Профілактичну променеву діагностику призначають дітям віком 15 і 17 років. У разі виявлення на рентгенограмі порожнин розпаду, дрібновогнищевої дисемінації пацієнта направляють до фтизіатра на дообстеження з результатами дворазової бактеріоскопії мазка мокротиння. У випадку негативних мазків мокротиння і за наявності вогнищевих або інфільтративних змін на рентгенограмі легень хворому призначають антибіотики широкого спектра дії (за винятком рифампіцину, аміноглікозидів та фторхінолонів) до 2 тижнів, після чого повторюють рентгенограму легень. За відсутності позитивної динаміки пацієнта негайно скеровують до фтизіатра. До фтизіатра направляють осіб при підозрі на позалегенові форми туберкульозу (кістково-суглобового, периферичних лімфатичних вузлів, сечостатевої системи, очей, нервової системи та інших локалізацій).

До дитячого фтизіатра на консультацію направляють дітей: які контактували з хворим на туберкульоз; із гіперергічними реакціями на пробу Манту з 2 ТО (інфільтрат 17 мм і більше або реакція з наявністю везикул, некрозу чи лімфангоїту незалежно від розміру інфільтрату); при зростанні розміру інфільтрату на пробу Манту на 6 мм і більше; за наявності ускладнень вакцинації БЦЖ (холодні підшкірні абсцеси, периферичні лімфаденіти, виразки розміром понад 10 мм, келоїдні рубці, персистувальна та дисемінована БЦЖ-інфекція з ураженням різних органів); при інших ситуаціях, що пов'язані з ризиком захворювання на туберкульоз. Сімейний лікар організовує щеплення вакциною БЦЖ дітей, які не були вакциновані в пологовому будинку, контролює розвиток післявакцинних реакцій.

Лікування хворих на туберкульоз проводять за стандартними режимами під безпосереднім наглядом медперсоналу відповідно до Уніфікованого клінічного протоколу первинної, вторин-

ної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги дорослим "Туберкульоз" (2014) [6]. Хіміопрфілактику дітям та дорослим проводять на основі призначених фтизіатром препаратів. Найпоширенішою схемою хіміопрфілактики є шестимісячне приймання ізоніазиду (5–8 мг/кг). Кількість курсів превентивної хіміотерапії призначають індивідуально.

Сімейний лікар повинен проводити санітарно-просвітницьку роботу в сім'ї, з хворим, як і з населенням загалом. Санітарно-просвітницька робота – це безперервний процес, який полягає у висвітленні властивостей збудника туберкульозу, шляхів його передачі, проявів захворювання, лікування та прфілактики. Без чіткого розуміння хворим, що таке туберкульоз, без належних гігієнічних навичок, правильної поведінки в сім'ї, колективі, розумної прихильності до лікування боротьба з туберкульозом, зокрема хіміорезистентним, приречена на невдачу. Однак не варто впадати в "закодований" песимізм, потрібно нівелювати негативні явища стосовно навіть такої небезпечної форми, як мультирезистентний туберкульоз. У зв'язку з цим, сімейний лікар повинен бути проінформований про позитивні зрушення в подоланні туберкульозу, недоліки в роботі як загально-медичної, фтизіатричної служби, так і первинної ланки, тобто сімейного лікаря.

У Тернопільській області в останні роки спостерігають позитивну динаміку епідеміологічного процесу, зменшення захворюваності й смертності від туберкульозу. В 2014 р. ефективність лікування хворих на вперше діагностований туберкульоз легень з бактеріовиділенням становила 87,6 %. Однак, поряд з цим, спостерігали низку недоліків. Зокрема, кількість хворих, які померли від туберкульозу протягом одного року спостереження за останнє десятиріччя зросла з 15,6 до 22,2 % ($p < 0,05$). Це свідчить про не своєчасне виявлення туберкульозу на різних

рівнях медичної служби, зокрема і первинної ланки. Виявлено недоліки і при роботі у вогнищах туберкульозної інфекції, оскільки за останні 10 років захворюваність контактних осіб у вогнищах туберкульозної інфекції (на 1000 контактних) зросла з 5,2 до 9,9 ($p < 0,05$). Це вже явний недолік у роботі фтизіатрів і сімейних лікарів. За 2010–2014 рр. на тлі зниження захворюваності на туберкульоз легень (з 506 до 444 осіб) значно збільшилась кількість рецидивів туберкульозу – з 23,8 до 61,2 % відповідно ($p < 0,05$). До слова, із загальної кількості хворих, які перебували на стаціонарному лікуванні в обласному протитуберкульозному диспансері, мультирезистентність констатовано у 8,5 % осіб, зокрема з 2005 до 2014 р. вона зросла з 4,2 до 17,4 % ($p < 0,05$). Летальність серед хворих на мультирезистентний туберкульоз становила 17,2 %, з них до одного місяця – 1/3 осіб. Найбільшу поширеність мультирезистентного туберкульозу спостерігають у м. Тернопіль, Тернопільському, Теребовлянському та Підволочиському районах (53,7 %). Це надзвичайно тривожна ситуація в роботі медичної служби, передусім фтизіатричної, у цих районах.

Висновки

На завершення, акцентуємо увагу на тому, що сімейна медицина – це медицина сьогодення і майбутнього, а сімейний лікар – універсал, який маючи ґрунтовні знання з основних розділів медицини, зокрема і фтизіатрії, надає первинну прфілактичну допомогу прикріпленому за сімейно-територіальним принципом населенню в умовах амбулаторно-поліклінічного закладу чи вдома. Сімейний лікар надає першу медичну допомогу та ліквідовує вогнища інфекційних захворювань, проводить серед населення пропаганду здорового способу життя, відповідального ставлення до свого здоров'я як найвищої особистої і суспільної цінності. Адже "Здоров'я – це не все, але все без здоров'я – ніщо" (Сократ).

Список літератури

1. Туберкульоз в Україні : аналіт.-стат. довід. К. 2015; 142.
2. Мельник В. Туберкульоз – проблема соціальна й економічна. Ваше здоров'я 2012; 40–41: 8.
3. Феценко ЮІ, Мельник ВМ. Контроль за туберкульозом в умовах адаптаційної ДОТС-стратегії. К.: Медицина 2007; 480.
4. Сасенко Ю. Соціальний портрет України і моделі майбутнього. Універсум 2004: 10–12: 4–10.
5. Свінціцький АС. Здоров'я населення як важливий чинник державотворення та національної безпеки. Практ. лікар 2013; 2: 7–13.
6. Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги дорослим "Туберкульоз" 2014; 179.

TUBERCULOSIS IN FAMILY PRACTICE

I. T. Piatnochka, S. I. Kornaha, T. V. Kornaha
I. HORBACHEVSKY TERNOPIL STATE MEDICAL UNIVERSITY

Background. *In this article we describe a modern family doctor as a comprehensive paediatrician, who preserves human health, and their importance in fight with tuberculosis. Drug-resistant tuberculosis has become an urgent matter, multidrug-resistant TB in particular. In Ukraine 23.4% of patients suffer from TB diagnosed for a first time and 58.6% from recurrent cases of the disease.*

Objective. *The aim of our research is to present a family doctor as a comprehensive paediatrician and demonstrate their importance in fight with tuberculosis in modern times.*

Results. *In recent years in Ternopil region the positive dynamics of epidemiological process, decrease in incidence and mortality from tuberculosis is evidenced. In 2014, the efficiency of treatment of patients who were diagnosed with bacterial pulmonary tuberculosis for a first time, was 87.6%. However, the number of patients, who died of TB within one year of observation over the last decade, increased from 15.6% to 22.2%, ($p < 0.05$). This proves an untimely tuberculosis diagnosis at different levels of medical services, at primary one in particular. Mortality rate in patients with multidrug-resistant tuberculosis is 17.2%, 1/3 persons died up to one month.*

Conclusions. *Family doctor provides first medical aid, eliminates foci of infectious diseases, promotes healthy lifestyle among population, and is responsible for their health as the highest personal and social value.*

KEY WORDS: tuberculosis, family doctor, healthcare.

Received: 2015.06.10