

ПРО РЕЦИДИВИ ТУБЕРКУЛЬОЗУ ЛЕГЕНЬ

ПРО РЕЦИДИВИ ТУБЕРКУЛЬОЗУ ЛЕГЕНЬ – Констатовано значне почастищення рецидивів туберкульозу легень за останні роки, що зумовлено нерідко передчасною випискою хворих із стаціонару, недовикористанням в повному об'ємі можливих засобів та методів лікування, а також недбалістю відношенням пацієнтів до власного здоров'я.

О РЕЦИДИВАХ ТУБЕРКУЛЕЗА ЛЕГКИХ – Констатовано значительное учащение рецидивов туберкулеза легких за последние годы, что предопределено нередко преждевременной выпиской больных из стационара, недоиспользованием в полном объеме возможных средств и методов лечения, а также небрежным отношением пациентов к собственному здоровью.

ABOUT THE RELAPSES OF LUNG TUBERCULOSIS – The considerable making more frequent of relapses of lung tuberculosis is established in the last few years, that predefined, quite often, by the premature extract of patients from an in-patient department, by the insufficient use in full possible facilities and methods of treatment, and also by careless relation of patients an own health.

Ключові слова: туберкульоз легень, рецидив, лікування.

Ключевые слова: туберкулез легких, рецидив, лечение.

Key words: lung tuberculosis, relapse, treatment.

ВСТУП Туберкульоз – це інфекційна хвороба, яку спричиняють мікобактерії туберкульозу, перебігає з періодичними загостреннями, рецидивами та ремісіями, уражає переважно найбільш, соціально-дезадаптовані групи населення. Соціальний та економічний фактори, недоліки в роботі системи охорони здоров'я, поширення ВІЛ/СНІДу і поява медикаментозно стійких форм туберкульозу сприяють розвитку епідемії, зокрема хіміорезистентного туберкульозу, лікування якого є надто складним, дорогим і малоефективним.

Сьогодні лікування хворих на туберкульоз (ТБ) проводять згідно з уніфікованим клінічним протоколом медичної допомоги (УКПМД) “Туберкульоз” (2012) [1]. У протоколі зосереджено увагу на основних етапах надання медичної допомоги пацієнтам з туберкульозом, а саме: а) туберкульоз із збереженою чутливістю мікобактерій туберкульозу до хіміотерапії; б) хіміорезистентний туберкульоз, в тому числі мультирезистентний туберкульоз. Стандартизована терапія хворих складається з двох фаз: інтенсивної (ІФ) та підтримувальної (ПФ). При проведенні ІФ лікування в стаціонарних умовах отримують 4 протитуберкульозних препарати (ізоніазид+рифампіцин+піразинамід+етамбутол) протягом 2–3 місяців; в ПФ – два хіміопрепарати – чотири місяці в амбулаторних чи санаторних умовах, оскільки такі пацієнти не становлять епідеміологічної загрози для оточуючих їх осіб. Стаціонарне лікування проводять до припинення бакте-

риводілення, що підтверджується методом мікроскопії мазка мокротиння [1].

Загалом, одним з показників ефективності лікування хворих на туберкульоз є зниження відсотка випадків туберкульозу з повторним лікуванням, передусім з рецидивами, серед хворих І, ІІІ категорій. Протягом 2010–2012 років цей показник мав тенденцію до зростання: 26,4, 26,9 і 30,3 % відповідно [2]. Практично у всіх регіонах України за результатами 2012 року констатовано зростання кількості випадків туберкульозу з рецидивами. Слід зауважити, що базовий курс діагностики та лікування одного хворого на “чутливий” туберкульоз вартує приблизно 1000 грн, моно-, полірезистентний – 2300 грн, мультирезистентний – 18 000 грн на рік [3].

Основними чинниками ризику виникнення рецидивів туберкульозу є такі: недбале ставлення до власного здоров'я, зловживання алкоголем, недостатня тривалість стаціонарного лікування з приводу першого випадку туберкульозу, недостатній об'єм хіміотерапії, раннє переведення хворого у неактивну групу диспансерного обліку, супутня патологія [4]. Рецидиви є основним джерелом формування хронічних деструктивних форм туберкульозу і поширення мікобактерій. За даними ВООЗ, серед хворих з рецидивами значна частина є бактеріовиділювачами, а 44 % з них є мультирезистентними. Результати лікування хворих з рецидивами доволі низькі, зменшуються у віддалений період [5].

Тривалість стаціонарного лікування суттєво впливає як на безпосередні, так і віддалені результати лікування. Стандартна інтенсивна фаза, що триває 2–3 місяці, не може бути застосована у значній частині хворих на ВДТБЛ. Частина цих пацієнтів потребує більш тривалого інтенсивного лікування. Оскільки при сучасній епідемічній ситуації при відсутності належної мережі контрольованого амбулаторного лікування зменшувати тривалість стаціонарного етапу хіміотерапії недоцільно [6]. Все це зумовило з'ясувати частоту і причини рецидивів туберкульозу легень у Тернопільській області за останні 4 роки.

МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ На підставі статистичного аналізу за 2010–2013 роки наведено частоту рецидивів туберкульозу в області, а за даними медичних карт стаціонарних і амбулаторних хворих та індивідуального опитування пацієнтів зроблено спробу вивчити причини формування рецидивів.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕНЬ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ Захворюваність на туберкульоз легень в області, а також частоту рецидивів за 2010–2013 роки наведено в таблиці 1.

Таблиця 1. Захворюваність на вперше діагностований туберкульоз легень і його рецидиви

Рік	Захворюваність					
	на ВДТБЛ			на РТБЛ		
	абс. число	МБТ+%	CV+%	абс. число	МБТ+%	CV+%
2010	503	48,5	47,9	77	49,4	51,9
2011	499	52,1	47,1	79	46,8	49,4
2012	477	48,8	47,2	98	63,3	59,2
2013	450	53,3	40,2	101	100	79,2

Як видно з наведеної таблиці 1, на фоні зниження захворюваності на вперше діагностований туберкульоз легень (ВДТБЛ) частота рецидивів туберкульозу легень (РТБЛ) прогресивно зростала за останні роки. До того ж, рецидиви характеризувалися значною частотою деструктивних і бацилярних форм туберкульозу, що дуже негативно впливає на епідеміологічну ситуацію, а в подальшому – почастищення хронічних деструктивних форм, передусім мультирезистентного туберкульозу легень.

З'ясувалося, що причиною почастищення рецидивів нерідко була передчасна виписка хворих на ВДТБЛ із стаціонару, з незавершеними репаративними процесами, незагоєними порожнинами розпаду, хоч і після припинення бактеріовиділення за мазком. Стандартну інтенсивну фазу терапії в стаціонарних умовах у 22 % вперше діагностованих хворих з кавернами необхідно продовжувати понад три місяці й не лише до припинення бактеріовиділення за мазком, а і за посівом, і після ліквідації порожнини розпаду, зокрема хірургічним шляхом.

Зауважимо, що амбулаторне лікування (підтримувальна фаза) у 39 (31,7 %) пацієнтів із 123 осіб не було належно контрольоване, у 15 (12,2 %) пацієнтів не було відповідної мотивації до продовження регулярного прийому хіміопрепаратів (байдуже відношення до власного здоров'я, шкідливі звички, важка праця). В цьому є і вина медичних працівників, передусім протитуберкульозних закладів. Не на належному рівні проводиться санпросвітня робота, зокрема індивідуальні бесіди з пацієнтами, оскільки 13 (15,7 %) із 83 осіб дуже слабо орієнтувалися в основних питаннях з туберкульозу. В даний час не варто особливо орієнтуватися на допомогу волонтерів, їх самих потрібно берегти від зараження туберкульозом. Волонтерів слід готувати шляхом періодичних інструктажів і лише пізніше, вони можуть допомагати туберкульозним хворим, зокрема тим, які знаходяться на паліативному лікуванні.

Ефективність лікування хворих на ВДТБЛ і РТБЛ доволі різниться. Так, із 1004 бацилярних хворих на ВДТБЛ у 2010–2011 роках ефективно проліковано 810 (80,7 %), разом з тим, як із 157 з рецидивами 101 (64,3 %) особа, загоєння порожнин розпаду відповідно із 477 – у 301 (63,1 %) і з 80 – у 33 (41,3 %) хворих.

Отже, у хворих з рецидивами і наявними деструкціями в більшості каверни не загоювалися у процесі

антимікобактеріальної терапії. А це – потенційно “хроніч” з мультирезистентністю, які створюють дуже загрозливу епідеміологічну ситуацію в майбутньому.

ВИСНОВКИ Результати роботи свідчать про те, що теперішні регламентовані строки стаціонарного лікування хворих на ВДТБЛ до припинення бактеріовиділення за мазком не завжди оправдані. Комплексну терапію хворих на ВДТБЛ з деструктивним процесом необхідно проводити в стаціонарних умовах не лише до припинення бактеріовиділення, а і до ліквідації порожнин розпаду, використовуючи всі можливі методи, зокрема колапсотерапевтичні та хірургічні. Недотримання цих умов, передчасна виписка хворих, зокрема із залишковими кавернами в подальшому, сприяє почастищенню рецидивів, оскільки лікування в домашніх умовах, із-за різних чинників, не рівноцінне стаціонарному. Все це сприяє більшій частоті рецидивів, хронізації процесу, мультирезистентності з відповідними негативними епідеміологічними наслідками.

Перспективи подальших досліджень Перспективним і необхідним є подальше поглиблене вивчення причин формування рецидивів туберкульозу легень і їх запобігання.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги. – Туберкульоз. – 2012. – 166 с.
2. Туберкульоз в Україні : аналітично-статистичний довідник за 2001–2012 роки. – Київ, 2013.
3. Ковальова Г. Г. Актуальні питання та практичні підходи до підвищення ефективності Загальнодержавної програми протидії захворювання на туберкульоз в Україні / Г. Г. Ковальова // Туберкульоз, легеневі хвороби, ВІЛ-інфекція. – 2013. – № 4. – С. 14–23.
4. Основні чинники ризику виникнення рецидивів туберкульозу в Полтавській області / А. Г. Ярешко, М. Г. Бойко, М. В. Куліш [та ін.] // Туберкульоз, легеневі хвороби, ВІЛ-інфекція. – 2013. – № 4. – С. 55–58.
5. Безпосередні та віддалені результати лікування хворих на деструктивний туберкульоз легень / В. М. Петренко, С. О. Черенько, О. Р. Тарасенко [та ін.] // Український медичний часопис. – 2005. – № 3. – С. 13–18.
6. Віддалені результати лікування хворих на вперше діагностований туберкульоз легень залежно від термінів перебування у стаціонарі протягом основного курсу хіміотерапії / С. О. Черенько, О. Є. Бегоулев, М. В. Погребна [та ін.] // Український пульмонологічний журнал. – 2004. – № 2. – С. 56–59.

Отримано 06.03.14