

В. М. Мельник, Ю.М. Валецький ДОЛЯ ХВОРИХ НА ТУБЕРКУЛЬОЗ ЛЕГЕНЬ, ЯКІ НЕ ЛІКУВАЛИСЯ

Інститут фтизіатрії і пульмонології ім. Ф. Г. Яновського АМН України

Не зважаючи на науково-технічний прогрес і досягнення фтизіатричної науки, у багатьох країнах світу, як і в Україні, прогресує епідемія туберкульозу. Поряд із профілактикою та виявленням хворих на туберкульоз, їх лікування має пріоритетне значення. Воно не тільки позбавляє хворих від недуги, але й дозволяє призупинити бактеріовиділення і зменшити кількість джерел інфекції й тим самим мінімізувати кількість заражень здорових осіб. Це суттєво впливає на переривання ланки епідемічного процесу й дозволяє поліпшити епідемічну ситуацію з туберкульозу [2, 3].

На жаль, у всі часи і в різних країнах знаходилася певна кількість хворих, які з різних причин не отримували антимікобактеріальної терапії. У багатьох бідних африканських й азійських країнах це було зумовлено відсутністю антимікобактеріальних препаратів і кількість хворих, яким не проводилося лікування, досягала 70,0–80,0 %. У розвинених країнах частота таких хворих коливається від 0,2 % до 5,9 %. Це найчастіше зумовлено або не діагностуванням туберкульозу, або індивідуальними соціально-психологічними особливостями хворого, який відмовляється від лікування [2, 3].

За Радянських часів існували законодавчі акти, що примушували хворих лікуватися від туберкульозу. До цього часу ми не зустріли жодної публікації про долю хворих, які не лікувалися від туберкульозу.

Матеріал і методи дослідження

Об'єктом дослідження є 209 хворих на вперше діагностований туберкульоз легенів у 1990–2001 роках. Вік їх коливався від 25 до 65 років. Чоловіків було 150 (71,8 %), жінок — 59 (28,2 %). Всі із них мешкали у Волинській області, причому в селі — 100 (47,8 %), в місті — 81 (38,8 %), не мали певного місця проживання — 28 (13,4 %) осіб.

Хворі розподілені на дві клінічні групи. До I (основної) групи віднесено 102 (48,8 %) хворих. Жоден із них не отримував антимікобактеріальних препаратів. До II (контрольної) групи увійшли 107 (51,2 %) хворих, які отримали повний основний курс антимікобактеріальної терапії. Ці групи були ідентичні за віково-статевим складом і клінічними формами туберкульозу легенів ($P > 0,05$). Так, інфільтративний туберкульоз діагностований у 40 (39,2 %) хворих I групи і 45 (42,6 %) — II групи, дисемінований — відповідно у 31 (30,4 %) і 30 (28,0 %), фіброзно-кавернозний — у 17 (16,7 %) і 14 (13,1 %), вогнищевий — у 8 (7,8 %) і 10 (9,5 %), казеозна пневмонія — у 6 (5,9 %) і 8 (7,5 %). Деструкція спостерігалася у 74 (72,6 %) пацієнтів I групи та 81 (75,7 %) — II групи, бактеріовиділення — відповідно у 39 (38,2 %) та 61 (57,0 %) хворих, причому первинна моно- і полірезистентність виявлена у 3 (7,7 %) хворих I та 8 (13,1 %) — II груп. Пацієнтам контрольної групи антимікобактеріальна терапія, що рекомендована ВООЗ, за режимом I категорії проведена 57 (53,7 %), III категорії — 10 (9,5 %); індивідуальні або модифіковані стандартні режими застосовувалися у 40 (37,8 %) хворих II групи.

Нами проведений ретроспективний аналіз первинної медичної документації (карти амбулаторного хворого, історії хвороби) зазначених хворих, а також анкетування хворих і/або їх родичів за спеціально-розробленою анкетною. Анкетування проводили у проміжку від 2,5 до 7 років від моменту діагностування туберкульозу легень у спостережуваних хворих.

У 64 (62,8 %) померлих I групи вивчали лікарські свідоцтва про смерть і/або протоколи розтинів. Якість життя і стан здоров'я вивчали у 38 (37,2 %) хворих I групи та усіх хворих II групи за анкетною, запропонованою ВООЗ [1] із власними корективами та доповненнями. Амбулаторне дослідження функції зовнішнього дихання, ЕКГ і рентгенографія органів грудної клітки проведені 145 (69,4 %) хворим, з них 38 (37,3 %) I групи і всім — II групи. Дослідження мокротиння на наявність мікобактерій туберкульозу за Цілем-Нільсеном і Левенштейном-Єнсенном проведено 18 (17,7 %) хворим I групи і 1 (0,9 %) — II групи, у яких був вологий кашель.

Результати дослідження та їх обговорення

Із 102 (48,8 %) пацієнтів I групи туберкульоз вперше діагностований на автопсії у 63 (61,8 %) померлих. Причинами смерті були прогресування туберкульозу і наслідки інтоксикації у 42 (66,7 %) осіб, профузна легенева кровотеча — у 16 (25,4 %), напружений спонтанний пневмоторакс — у 5 (7,9 %). До настання смерті зовсім не зверталися до лікаря 35 (55,6 %) пацієнтів, інші 28 (44,4 %) — хоч і зверталися до лікаря загальної практики, але прижиттєвий діагноз туберкульозу легенів їм не був установлений і лікування було призначене хибно. Ще у одного (0,9 %) померлого пацієнта прижиттєво діагностований туберкульоз, але він не приймав антимікобактеріальних препаратів, оскільки страждав на дебільність із розладами психічної діяльності. Таким чином, у I групі померло 64 (62,8 %) хворих (у 63 (98,4 %) туберкульоз діагностований посмертно й 1 (1,6 %) помер, оскільки відмовився від лікування), у II групі не померло жодного хворого.

Решта 38 (37,3 %) хворих I групи не приймали проти-туберкульозні препарати в силу різних причин, і за результатами анкетування аргументували відмову від лікування такими мотивами:

- 1) "не вірю в ефективність традиційного лікування і думаю, що мій організм сам переборе хворобу" — 10 (26,3 %) хворих;
- 2) "не вірю, що в мене туберкульоз" — 2 (5,3 %) хворих;
- 3) "боюсь померти від токсичної дії протитуберкульозних ліків" — 3 (7,9 %) хворих;
- 4) "з релігійних переконань" — 1 (2,6 %) хворий;
- 5) "не маю коштів на лікування" — 22 (57,9 %) хворих.

Ця причина зустрічалася на початку 90-х років минулого століття, коли ще не проводилися централізовані закупки антимікобактеріальних препаратів, а місцевих бюджетів не вистачало на ці цілі.

Як бачимо, зазначені мотиви суто суб'єктивні й зумовлені поганою співдружністю лікаря і пацієнта.

Отже, із 38 (37,3 %) хворих I групи, що залишилися живими на момент анкетування (2,5–7 років після впер-

ше в житті встановленого діагнозу) і повторного обстеження хворих виявилися такі результати:

1) спонтанне вилікування туберкульозу легенів — 20 (52,6 %) хворих, або 19,6 % від усіх хворих I групи, що не лікувалися антимікобактеріальними препаратами;

2) хронічний туберкульоз — 18 (47,4 %) хворих, або 17,7 % від усіх нелікованих хворих I групи.

Щодо результатів лікування хворих II групи, слід відмітити суттєві відмінності. Завдяки антимікобактеріальній терапії вилікування за показником загоєння порожнин розпаду і каверн, розсмоктування і/або ущільнення специфічних вогнищ наступило у 103 (96,3 %), успішно прооперовано 3 (2,8 %) хворих і у 1 (0,9 %) пацієнта наступила хронізація туберкульозного процесу.

Спонтанне вилікування туберкульозу легень у всіх 20 (19,6 %) хворих I групи відбулося у осіб з малими клінічними формами туберкульозу, без деструкції та без бактеріовиділення. Проте залишкові зміни після спонтанного вилікування за своїми розмірами практично не відрізнялися від патологічного процесу, що був рентгенологічно виявлений на момент вперше в житті встановленого діагнозу.

Хронічний туберкульоз у всіх 18 (17,7 %) хворих I групи характеризувався поширеними фіброзно-кавернозними змінами із засівом та бактеріовиділенням, тоді як у 1 (0,9 %) хворого на хронічний туберкульоз II групи процес локалізувався в межах верхніх часток обох легенів і бактеріовиділення останні 3 місяці не було.

Таким чином, доля хворих, які не лікувалися від туберкульозу легенів (I група) набагато складніша і гірша від тих хворих, котрі отримали повний курс антимікобактеріального лікування (II група): спонтанне вилікування можливе в 5,05 раз рідше, аніж вилікування за допомогою антимікобактеріальної терапії, включаючи хірургічне лікування (19,6 % проти 99,1 %; $t = 19,67$, $P < 0,001$), хронічний туберкульоз зустрічається в 19 разів частіше (7,6 % проти 0,9 %; $t = 4,30$, $P < 0,001$), а летальність становить 62,6 %, тоді як при комплексній антимікобактеріальній терапії та фтизіохірургічному лікуванні летальних наслідків можна уникнути або звести їх частоту до мінімуму.

Різноманітні фактори, що впливають на наслідки або результат туберкульозного процесу (Γ), як завдяки лікуванню, так і без лікування, можна інтегрально виразити рівнянням з п'ятьма невідомими: $\Gamma = m + z + r + x + y$, де:

m — особливості туберкульозного процесу, включаючи його поширеність, наявність чи відсутність деструкції; чим тяжчий патологічний процес, тим менша ймовірність його вилікування ($\Gamma = 0,88$, $P < 0,001$);

z — особливості мікобактерій туберкульозу, що спричинили патологічний процес, зокрема наявність резистентності збудника до антимікобактеріальних препаратів; чим до більшої кількості препаратів I ряду резистентні мікобактерії туберкульозу, тим менша ймовірність вилікування ($\Gamma = 0,76$, $P < 0,001$);

r — індивідуальні психологічні особливості хворого, його моральний, психологічний і психічний стан; чим у кращому стані психологічна сфера хворого, тим він дисциплінованіший і має більшу ймовірність вилікуватися, в т.ч. завдяки спонтанному вилікуванню ($\Gamma = 0,71$, $P < 0,001$);

x — духовний і матеріальний стан хворого та його сім'ї, тобто чим духовно й матеріально багатший хворий і чим кращі його сімейні взаємовідносини, тим краща ймовірність досягнення ефективності лікування ($\Gamma = 0,61$, $P < 0,003$);

y — матеріальний стан і забезпеченість лікувального закладу, а також духовний і матеріальний стан лікаря, котрий лікує хворого; тобто, чим краще фінансування і матеріальна оснащеність лікувального закладу, до якого прикріплений хворий, і чим кращий духовний і матеріальний стан лікаря, котрий лікує хворого, тим краща ймовірність ефективнішого вилікування хворого ($\Gamma = 0,72$, $P < 0,001$).

Отже, успіх лікаря-фтизіатра як фахівця багато в чому залежить від того, наскільки швидко і правильно буде вирішене це рівняння. У його вирішенні повинні брати участь хворий і його сім'я, лікар і його лікувальний заклад, держава і її структура.

Ми переконалися, що традиційні для фтизіатрії показники ефективності лікування (припинення бактеріовиділення, загоєння порожнин розпаду і каверн), а також вилікування, поліпшення чи без змін, в т.ч. й з аналізом функції легенів та інших органів і систем не дають повного уявлення про стан хворого та його внутрішні переживання внаслідок захворювання на туберкульоз. Ці показники гармонічно доповнює оцінка якості життя і стану здоров'я хворого, яка повинна стати невід'ємною складовою результатів лікування хворого. Ми не знайшли публікацій щодо вивчення якості життя і стану здоров'я хворих на туберкульоз і зокрема тих, що відмовилися від антимікобактеріальної терапії, що й послужило предметом цього дослідження.

За згаданою вище методикою [1] із власними корективами та доповненнями ми оцінили якість життя і стан здоров'я 38 (37,3 %) хворих I групи порівняно із усіма хворими II групи. Якість життя і стан здоров'я їх оцінювали за чотирима сферами: 1) фізична сфера; 2) психологічна сфера; 3) рівень незалежності; 4) соціальні взаємовідносини. Сума значень цих сфер характеризувала загальну якість життя і стан здоров'я.

Середній індекс якості життя і стану здоров'я 107 (51,2 %) спостережуваних II групи склав $(71,06 \pm 1,12)$, тоді як у 38 (37,3 %) хворих I групи він був у 1,85 раза нижчий ($t = 13,70$, $P < 0,001$) і дорівнював $(38,32 \pm 2,11)$, причому у 18 (17,7 %) хворих на хронічний туберкульоз I групи він був у 4,02 раза менший ($t = 35,09$; $P < 0,001$) і становив $(17,66 \pm 1,03)$, а порівняно із 20 (19,6 %) спонтанно вилікованими хворими I групи — у 1,25 раз нижчий і дорівнював $(56,91 \pm 2,19)$ при $t = 5,75$, $P < 0,001$.

Таким чином, якість життя і стан здоров'я хворих, які не лікувалися від туберкульозу легенів, суттєво гірші, ніж у тих, що лікувалися антимікобактеріальними препаратами, в т.ч. й хірургічними методами, навіть при спонтанному вилікуванні від туберкульозу без антимікобактеріальної терапії, що зумовлено великими залишковими змінами.

Після переконливих персональних бесід (від 2 до 7) з кожним із 18 (17,7 %) пацієнтів I групи, включаючи бесіди психолога із 7 (38,9 %) пацієнтами, всі з них приступили до лікування хронічного туберкульозного процесу в легенях. Це свідчить про те, що мотиви відмови від лікування цих хворих були суб'єктивними, і негативний психологічний настрій їх можна було відкоригувати у позитивний бік. Через те у обласних протитуберкульозних диспансерах бажано вводити ставки психологів. Це суттєво вплине на зменшення кількості відмов від лікування та зменшить частоту перерваного лікування хворих.

Висновки

1. Серед хворих, що не лікувалися від туберкульозу легенів, летальність складає 62,8 %, спонтанне виліку-

вання — 19,6 %, хронічний туберкульоз розвивається у 17,7 % пацієнтів.

2. Мотиви відмови хворих від лікування — суб'єктивні й зумовлені поганою співдружністю лікаря і пацієнта.

3. Якість життя і стан здоров'я хворого може служити одним із показників ефективності лікування хворих на туберкульоз.

4. Якість життя і стан здоров'я хворих, які не лікувалися від туберкульозу легенів, суттєво гірші, ніж у тих, що лікувалися антимікобактеріальними препаратами, в т.ч. й хірургічними методами.

5. У обласних протитуберкульозних диспансерів доцільно вводити ставки психологів, що зменшить кількість відмов від лікування та частоту перерваного лікування хворих.

ЛІТЕРАТУРА

1. *Методика оцінки якості життя / Всесвітня організація охорони здоров'я: Українська версія (Рекомендації по використанню) / За наук. ред. д.м.н. С. В. Пхіденко. — Дніпропетровськ: Пороги, 2001. — 58 с.*
2. *Ридер Г. Л. Эпидемиологические основы борьбы с туберкулезом. — Пер. с англ. — Москва: Весь мир, 2001. — 192 с.*
3. *Фещенко Ю. І., Мельник В. М. Сучасні методи діагностики, лікування і профілактики туберкульозу. — Київ: Здоров'я, 2002. — 904 с.*

ДОЛЯ ХВОРИХ НА ТУБЕРКУЛЬОЗ ЛЕГЕНЬ, ЯКІ НЕ ЛІКУВАЛИСЯ

В. М. Мельник, Ю. М. Валецький

Резюме

Проаналізовані результати перебігу туберкульозу 209 хворих. Із 102 (48,8 %) хворих, що не лікувалися від туберкульозу легенів, спонтанне вилікування наступило у 19,6 %, хронічний туберкульоз розвинувся у 17,7 %, померли 62,8 % хворих. Вивчені мотиви відмови хворих від лікування і розроблений алгоритм поліпшення ефективності лікування хворих на туберкульоз легенів. Якість життя і стан здоров'я хворих, які не лікувалися від туберкульозу легенів, суттєво гірші, ніж у тих, що лікувалися. Запропоновано вводити ставки психологів у обласних протитуберкульозних диспансерах.

THE PROPORTION OF PATIENTS WITH PULMONARY TUBERCULOSIS WHO DID NOT RECEIVE TREATMENT

V. M. Melnyk, Ju. M. Valetsky

Summary

We analyzed the course of tuberculosis of 209 patients. Among 102 (48,8 %) patients, who were not treated from pulmonary tuberculosis, a spontaneous healing occurred in 19,6 %, chronic tuberculosis — in 17,7 % and the death was registered in 62,8 % of patients. The reasons of refusal of the patients from treatment were studied and the algorithm of improvement of effectiveness of treatment was worked out. The quality of life and a state of health of patients, who were not treated from pulmonary tuberculosis, was much worse than in patients, who received treatment. It was offered to create the positions of psychologist at regional antituberculosis dispensaries.