

А. В. Калабуха, В. А. Калабуха, О. Ф. Скворцова

ПРОБЛЕМА ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ТУБЕРКУЛЬОЗ З АСОЦІАЛЬНОЮ ПОВЕДІНКОЮ

Новозбур'ївська обласна протитуберкульозна лікарня
Херсонського обласного управління охорони здоров'я

Однією з причин недостатньої ефективності лікування хворих на туберкульоз легень є недотримання пацієнтами рекомендованих схем протитуберкульозної терапії та рекомендацій щодо лікувально-охоронного режиму [1]. Особливо це стосується хворих на мультирезистентний туберкульоз другої та четвертої категорій. Дуже часто причиною порушень режиму лікування є асоціальна поведінка цих хворих та їх позасуспільний образ життя [2]. Зазначений контингент погано піддається обліку, відповідно, дані про ефективність його лікування відзначаються значною розбіжністю [3]. Виходячи з викладеного, було проведено аналіз результатів лікування хворих на туберкульоз легень з асоціальною поведінкою в умовах обласної туберкульозної лікарні, яка займається лікуванням, переважно, асоціальних пацієнтів.

Матеріали і методи

Новозбур'ївська обласна тублікарня розташована у сільській місцевості Херсонської області, у сосновому лісі, тобто в сприятливих кліматичних умовах. Протягом 2009 року лікарня була цілком забезпечена основними протитуберкульозними препаратами, у першому півріччі в достатній кількості були препарати другого ряду і резервні (протіонамід, гатіфлоксацин, ПАСК, терізідон, клофазам). Задовільною була забезпеченість і патогенетичними ліками (вітаміни, біостимулятори, глюкокортикоїди, дезінтоксикаційні засоби та ін.). Хворі повноцінно харчувались. У лікарні працює досвідчений, відповідальний медперсонал. Хворим призначались максимально інтенсивні схеми лікування з урахуванням тесту медикаментозної чутливості. Контроль за прийомом протитуберкульозних препаратів був забезпечений на 100 %. Таким чином, були створені всі умови для ефективного лікування туберкульозу.

Проведений аналіз строків перебування хворих у лікарні та причин виписки за 6 місяців 2009 року — період, коли лікарня найкраще була забезпечена антибактеріальними препаратами першого і другого ряду. Всього було проліковано 127 хворих на активний туберкульоз легень. Їх розподіл за категоріями лікування, за соціальними негараздами, за віком та статтю представлений на рис. 1, 2, 3.

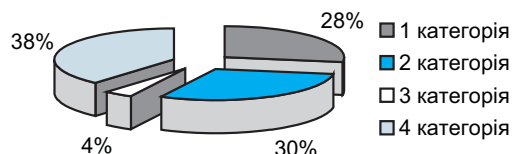


Рис. 1. Розподіл хворих за категоріями лікування, %

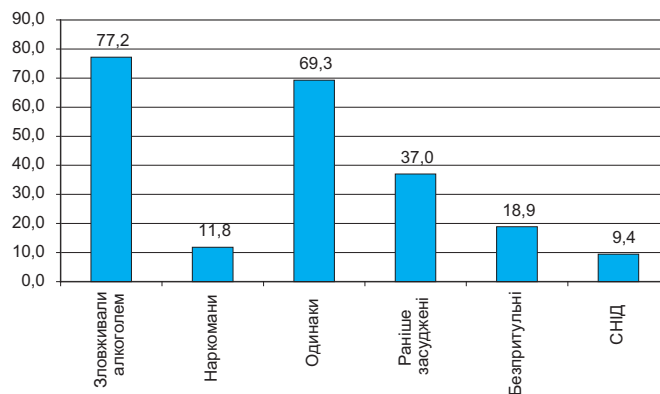


Рис. 2. Розподіл хворих за соціальними негараздами, %

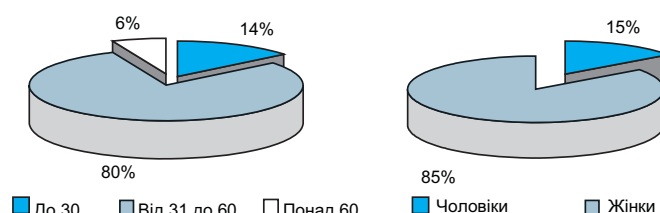


Рис. 3. Розподіл хворих за віком та статтю, %

Як видно з рис. 1–3, 89,0 % хворих мали супутні алкоголізм чи (та) наркоманії, дві третини не мали сім'ї, більш, ніж кожен третій пацієнт перебував у місцях позбавлення волі, кожен п'ятий — без певного місця проживання, кожен десятий мав супутній синдром набутого імунodefіциту. При цьому 93,7 % були у працездатному віці. Також слід відзначити, що з 19 жінок 16 (84,2 %) були соціально дезадаптовані.

Проводився облік результатів за показниками дотримання основного курсу, тривалості лікування та його загальної ефективності. Використовували наступні критерії ефективності лікування: явне клінічне покращання стану, знебацilenня (або, принаймні, значне зменшення масивності бактеріовиділення), істотна позитивна рентгенологічна динаміка.

Результати та обговорення

У всіх хворих був розповсюджений туберкульоз. Бактеріовиділювачів — 81,9 % (104), з них у 69,0 % виявлено хіміорезистентність МБТ.

Як правило, стан хворих при вступі був тяжким. Навіть серед хворих на вперше діагностований туберкульоз легень (категорія 1) більшість поступали у дуже занедбаному стані із масивним бактеріовиділенням, множинними деструкціями в обох легенях, кахексією, виразними явищами легенево-серцевої недостатності, вираженою туберкульозною інтоксикацією і рядом супутніх захворювань. Попереднє рентгенообстеження легень виконувалося, в кращому випадку, 5–10 років тому.

Як правило, після певного клінічного покращання хворі залишали стаціонар або починали зловживати алкоголем і (або) психотропними засобами, перешкодити чому у медичного персоналу не було ні юридичних, ні фізичних можливостей. Повертало цих хворих до стаціонару лише прогресування туберкульозу, легенева кровотеча, легенево-серцева недостатність.

Зазначена картина спостерігалася стосовно практично всіх хворих першої, другої та четвертої категорій. Щодо пацієнтів третьої категорії, то тублікарня, фактично, стала для них соціальним притулком.

Найчастіше хворі залишали стаціонар у перші 1 — 2 місяці. Так, у термін до двох місяців, залишили стаціонар 48 хворих (майже 38 %); від 2 до 3 місяців — ще 30 (понад 23 %); від 3 до 4 місяців — 15 (близько 12 %). Причому, ця тенденція спостерігалася у всіх категоріях хворих. Так, до двох місяців лікування залишили стаціонар 22 із 49 хворих четвертої категорії (49 %, кожен другий); 16 з 38 хворих другої категорії (50 %, кожен другий) і 10 із 35 хворих у першій категорії (30 %, або кожен третій).

Причини передчасної та планової виписки представлені в табл. 1.

Таблиця 1

Причини передчасної та планової виписки хворих зі стаціонару

Причина виписки	Кількість хворих	%
Пияцтво	53	41,7
Самовільно покинули стаціонар	37	29,1
Переведено	7	5,5
За вимогою рідних	5	3,9
Планово переведено на амбулаторне лікування	25	19,7
Всього	127	100,0

Таким чином, 90 хворих (70,9 %) були виписані достроково за пияцтво і самовільне вибуття зі стаціонару; 12 (9,4 %) — за об'єктивними причинами; лише 25 (19,7 %) — закінчили основний курс хіміотерапії у стаціонарі.

Результати лікування хворих, що дотрималися строку лікування понад два місяці, представлені в табл. 2.

Таблиця 2

Результати лікування хворих, що дотрималися строку лікування понад два місяці

Строк лікування	Всього	Позитивний результат	Прогресування	Без ефекту
2-3 місяці	30	17 (56,7 %)	3	10
3-6 місяців	29	21 (72,4 %)	2	6
Понад 6 місяців	20	15 (75,0 %)	1	4

Як видно з табл. 2, за умови дотримання адекватної тривалості лікування, у більшості хворих вдалося досягти позитивного результату, при чому зі збільшенням тривалості курсу істотно підвищувалася його частка.

Виходячи із завдання про пошук можливостей впливу на прихильність пацієнтів до лікування, нами був проведений аналіз поведінки хворих щодо лікування після отримання або підтвердження групи інвалідності.

3 грудня 2009 р. по травень 2010 р. (6 місяців) освідчення медико-соціальною експертною комісією пройшли 50 хворих на туберкульоз (17 — первинне освідчення, 33 — підтвердження групи інвалідності). Всі хворі мали продовжувати лікування, принаймні, до 6 місяців. Але четверо (8,0 %) з них пішли з лікарні одразу після отримання групи, в термін до місяця — ще шестеро (12,0 %). Тобто негайно після отримання групи інвалідності і відповідної пенсії (права на пенсію) лікарню залишив кожен п'ятий пацієнт. Далі, також залежно від отримання пенсії, відтік хворих продовжувався. У контрольний термін, через 6 місяців від отримання інвалідності, на лікуванні в стаціонарі залишалося 14 (28,0 %) хворих.

За ці ж півроку 5 (10,0 %) хворих з числа тих, хто самовільно покинув стаціонар, повернулися до тублікарні із загостренням, у край тяжкому стані. На момент написання статті четверо з них померло.

Отже, навіть при повній забезпеченості ліками, проживанням і повноцінним харчуванням (безкоштовним для них і марно витраченим для держави) зазначені хворі, у силу алкогольної залежності або інших психологічних вад, не мають наміру вилікуватись і залишаються постійним джерелом розповсюдження хіміорезистентного туберкульозу. Лікувати їх у амбулаторних умовах також не видається можливим.

Як можна утримати у стаціонарі бацилярних хворих, змусити їх дотримуватися лікувального режиму, не палити, не вживати алкоголю, наркотиків, не залишати самовільно стаціонар? І виписка їх за порушення режиму, і переміщення з одного стаціонару до іншого ніяких позитивних результатів не дає. Повертаючись до питання про соціальну пенсію для асоціальних осіб, вважаємо за потрібне констатувати наступне:

- соціальні витрати у таких випадках ідуть не на утримання сімей (якщо вони є) чи лікування, а цілком витрачаються на алкоголь або ж наркотики;

- хворий все одно повертається до стаціонару, але вже в такому стані, що і витрати на лікування більші, і вилікувати його вже неможливо;

- за цей період такий асоціальний хворий не просто розповсюджує інфекцію, а й інфікує більш вірулентними (бо вони пройшли через ослаблений організм) та стійкими до АБП першої та другої груп мікобактеріями; відповідно з кожним роком зростає часка хворих із первинною стійкістю до антибіотиків.

При цьому, крім медичної, перед лікарями постає також і складна етична проблема. Лікар не має права не направити хворого на МСЕК за наявності медичних ознак інвалідності. Але, як видно з вищенаведеного аналізу поведінки хворих щодо лікування після отримання або підтвердження групи інвалідності, для понад 10 % пацієнтів це означає смертний вирок. А слід враховувати ще й епідеміологічну небезпеку, яку становлять такі пацієнти.

На нашу думку, хворих, які отримали групу інвалідності і одразу ж залишили стаціонар, потрібно позбавляти можливості отримувати пенсію до повернення у стаціонар і надання відповідної довідки з місця лікування до органів соціального забезпечення. Інакше соціальна

пенсія по інвалідності виявляється лише джерелом для пияцтва, наркоманії та матеріальної незалежності від родичів та близьких.

Можливо потрібно виробити механізм опікування над хворими з асоціальною поведінкою — видавати пенсію родичам, якщо вони є, або утримувати пенсію на депозитних рахунках доки людина лікується, або винайти інші організаційно-юридичні механізми.

За нашою думкою, необхідно також створення хоспісу (за прикладом тих, що вже є в Україні для невеликочисельних хворих онкозахворюваннями, СНІДом), хоча б одного для декількох областей для подальшої реабілітації за межами постійного туберкульозного вогнища, яким є тублікарня.

Висновки

Особи з асоціальною поведінкою, які хворіють на туберкульоз легень, представляють контингент, який істотно впливає на формування резервуару туберкульозної інфекції, оскільки 70,9 % не дотримуються навіть основного курсу протитуберкульозної терапії.

При дотриманні хоча б основного курсу лікування досягається покращання у 75,0 % пацієнтів із числа зазначеного контингенту.

Фактором зниження прихильності до лікування у асоціальних хворих на туберкульоз легень є отримання ними соціальної пенсії, яка дозволяє продовжити асоціальний образ життя.

Вирішення питання про направлення пенсійних коштів зазначених хворих на їх лікування може сприяти підвищенню ефективності останнього за рахунок створення умов, які утруднюють продовження асоціального способу життя і сприяють виконанню адекватного курсу лікування.

ЛІТЕРАТУРА

1. Митник, З. М. (гол. ред.). Туберкульоз в Україні: Аналітично статистичний довідник за 1999–2009 роки [Текст] / З. М. Митник, гол. ред.; В. Г. Бідний, С. О. Черенько, Ю. І. Фещенко, М. В. Голубчиков, відпов. ред.; О. П. Сакальська, О. М. Павленко, О. П. Недоспасова, О. Р. Сметаніна, І. В. Мотрич, розробники. — К., МОЗ України, 2010. — 96 с.
2. Огляд наркотичної ситуації в Україні за 2007–2009 роки [Текст] / Український медичний та моніторинговий центр з алкоголю та наркотиків МОЗ України. — К., 2010. — 26 с.
3. Проблеми інтеграції програм для надання спеціалізованої медичної допомоги хворим на ВІЛ/СНІД-туберкульоз та наркотичну залежність [Текст] / Ю. І. Фещенко [та ін.] // Укр. Пульмонолог. журн. — 2011. — № 1. — С. 5–12.

ПРОБЛЕМА ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ С АСОЦИАЛЬНЫМ ПОВЕДЕНИЕМ

А. В. Калабуха, В. А. Калабуха, О. Ф. Скворцова

Резюме

В статье представлены результаты лечения и подходы к оказанию специализированной медицинской помощи больных туберкулезом с асоциальным поведением. Лица с асоциальным поведением, больные туберкулезом, представляют контингент, который существенно влияет на формирование резервуара туберкулезной инфекции, поскольку в среднем 70 % больных не придерживаются даже основного курса противотуберкулезной терапии. В статье предложены некоторые пути решения этой сложной проблемы.

TREATMENT OF TUBERCULOSIS IN PATIENTS WITH ANTI-SOCIAL BEHAVIOR

A. V. Kalabukha, V. A. Kalabukha, O. F. Skvortsova

Summary

The therapeutic options and the results of treatment of tuberculosis patients with anti-social behavior have been summarized in current report. The population of tuberculosis patients with anti-social behavior forms a reservoir of tuberculosis infection. In average 70 % of these patients do not comply with even main course of chemotherapy. Several solutions of this complicated problem have been presented in the article.