

В. М. Петренко, С. О. Черенько, Н. А. Литвиненко, Л. М. Циганкова
ОЦІНКА РЕЗУЛЬТАТІВ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ВПЕРШЕ ДІАГНОСТОВАНИЙ
ТУБЕРКУЛЬОЗ ЛЕГЕНЬ ТА З РЕЦИДИВАМИ ЗАХВОРЮВАННЯ ЗА ПОКАЗНИКАМИ
КОГОРТНОГО АНАЛІЗУ

ДУ "Національний інститут фтизіатрії і пульмонології імені Ф. Г. Яновського АМН України"

Широке застосування стратегії DOTS (Directly Observed Therapy Short Course — терапія короткими курсами під контролем) було почато в середині 90-х років минулого сторіччя [7, 9]. В Російській Федерації вона впроваджується із 2004 р. на 34 територіях, що охоплює 42,0 % населення. За показниками когортного аналізу у 2002–2004 рр. у хворих на вперше діагностований туберкульоз легень встановили: ефективне лікування ("вилікування" та "лікування завершене") у 61,4–66,6 %, "помер" — у 9,2–12,9 %, "невдале лікування" — у 10,6–12,9 %, "перерване лікування" — у 7,2–8,1 %, "вибув/переведений" — у 3,3–4,1 %. На зменшення кількості хворих, у котрих лікування виявилось ефективним, вплинув показник "перерване лікування": розкид цього показника за даними 23 територій Російської Федерації становив від 1,9 % у Республіці Інгусетії до 22,3 % у Ленінградській області [1].

Сучасна стратегія боротьби з туберкульозом в Україні була започаткована наказом МОЗ України від 24.05.2006 р. № 318 "Протокол по впровадженню ДОТС-стратегії в Україні" [5], та згідно наказу МОЗ України від 09.06.06 р. № 384 "Протокол надання медичної допомоги хворим на туберкульоз" [4], якими були регламентовані: визначення випадку туберкульозу, клінічна та диспансерна категорія обліку хворого, оцінка ефективності лікування. Окрім того, в Україні набула чинності стратегія лікування хворих на хіміорезистентний туберкульоз (Наказ МОЗ України від 22.10.2008 № 600 "Клінічний протокол надання медичної допомоги хворим на хіміорезистентний туберкульоз"), котра розроблена та впроваджена до дій у вигляді стандартів відповідно до міжнародних рекомендацій [2].

В Україні у 2009 р. вперше була опублікована оцінка ефективності лікування у хворих на вперше діагностований туберкульоз легень з бактеріовиділенням за 2007 рік за показниками когортного аналізу (ефективне лікування визначили у 62,3 % ("вилікування" — у 55,9 %, "лікування завершене" — у 6,4%) та одночасно у хворих на вперше діагностований туберкульоз усіх локалізацій, які виділяли МБТ (мікобактерії туберкульозу) — за традиційним показником (припинення бактеріовиділення після року лікування досягли у 87,4 % хворих) [3]. Тобто, згідно показників ефективного лікування ("вилікування" та "лікування завершене") за когортним аналізом, традиційний показник припинення бактеріовиділення після року лікування був на 25,1 % вищий. Це викликає непорозуміння у зв'язку з тим, що у 2007 р. хворі із вперше діагностованим туберкульозом легень становили 89,6 %,

позалеженним - 10,4 %. Отже, навіть при 100,0 % вилікуванні хворих позалеженним бактеріальним туберкульозом різниця в ефективності лікування не може становити 25,1 %. Причинами такої розбіжності є різна система реєстрації та звітності щодо хворих на туберкульоз та різні дефініції показників результатів лікування, що унеможливує їх порівняння.

Але складнощі полягають у тому, що епідемія туберкульозу залишається проблемою не тільки окремої країни, а світового масштабу, і подолати її можливо лише у разі впровадження в різних країнах загальної міжнародної уніфікованої стратегії щодо виявлення, діагностики, лікування та моніторингу усіх хворих на різні форми туберкульозу [10]. Це дасть можливість приймати узгоджені на міжнародному рівні стратегічні рішення щодо вирішення цієї проблеми. Отже, систематичний аналіз причин виникнення, комплексного моніторингу випадків туберкульозу та ефективності лікування потрібно проводити за міжнародними стандартизованими показниками, який включає у себе когортний аналіз [11]. Традиційний для України показник припинення бактеріовиділення після року лікування немає епідеміологічного значення, оскільки він стосується лише тієї частини хворих, що лікувались протягом року та не охоплює пацієнтів, які перервали лікування. Цей показник свідчить лише про ефективність схем хіміотерапії серед пацієнтів прихильних до лікування, тому він може бути застосований як показник ефективності етапу лікування, наприклад, інтенсивної фази хіміотерапії (ІФХТ) або стаціонарного лікування. Отже, згідно міжнародних рекомендацій та вітчизняного досвіду, для адекватної оцінки результатів лікування, з 2009 року в Україні вирішено враховувати лише показники когортного аналізу (за 2008 рік), які включені до адаптованих стандартних звітно-облікових форм [6].

З метою отримання доказових результатів щодо ефективності лікування за 2009 рік, був проаналізований показник ефективного лікування когортного аналізу, представлений виключно показником "вилікування", без показника "лікування завершено" (табл. 1), тобто ефективне лікування підтверджено припиненням бактеріовиділення за мазком та/або посівом. Такими адміністративними територіями були Автономна Республіка Крим (АРК) і 5 областей України: Закарпатська, Львівська, Рівненська, Тернопільська, Хмельницька [6]. Із даних таблиці 1 видно, що у 6-ти наведених адміністративних територіях величина показника "вилікування" встановлена від 51,3 до 71,8 %, тобто не досягла тестового показника ВООЗ — 85,0 %. Усі інші показники становлять неефективне лікування, причому згідно результатів загалом у даних адміністративних територіях, показники

Таблиця 1

Когортний аналіз результатів лікування хворих на вперше виявлений туберкульоз легень, які виділяли МБТ за 2009 рік (виявлені “за мазком”/“за мазком та/або культурою”),%

Адміністративна територія	Вилікування	Помер	Невдача лікування	Перерване лікування	Вибув або переведений
АР Крим	51,3/58,0	19,1/15,3	18,7/15,8	6,6/6,7	3,5/2,4
Закарпатська	62,0/65,8	7,1/6,3	14,6/13,0	14,9/13,3	1,3/1,4
Львівська	67,8/69,0	7,7/5,3	6,3/13,9	7,7/6,0	1,9/1,3
Рівненська	68,8/65,9	12,8/8,8	15,2/17,2	2,4/6,8	0,8/1,3
Тернопільська	71,8/75,4	9,2/8,5	12,9/10,3	3,7/2,5	1,8/1,4
Хмельницька	69,9/73,9	14,1/12,3	8,0/7,7	4,9/3,1	2,5/2,7
Україна	51,4/51,1	14,3/12,8	16,2/15,5	8,2/7,7	3,6/3,4

“помер”, “невдале лікування”, “перерване лікування” зустрічались у приблизно однаковій кількості хворих. Отже, лікування може бути неефективним не тільки у разі відсутності ефекту від проведеного режиму хіміотерапії, а також у разі впливу інших факторів: несвоєчасного встановлення діагнозу туберкульозу, що призводить до смерті хворих, поганої прихильності хворих до лікування або незадовільним постачанням протитуберкульозних препаратів, що призводить до невдалого лікування через перерви антимікобактеріальної терапії, невідповідність протитуберкульозної хіміотерапії стандартним схемам та розвиток хіміорезистентного туберкульозу. Хоча серед хворих із перерваним лікуванням можливі випадки припинення бактеріовиділення, але у зв'язку із незавершеним основним курсом хіміотерапії (отримання неповної кількості добових доз ПТП) вони не вважаються вилікованими через високий ризик загострення або рецидиву туберкульозу. Хворі, котрим встановлено “невдале лікування” та “перерване лікування” переводяться у 2 категорію диспансерного спостереження (у випадках виявлення чутливих або монорезистентних МБТ до протитуберкульозних препаратів) або у 4 категорію (із мультирезистентними МБТ), і тому є незворотною втратою для когорти, хоча якась частина із них буде вилікована у 2-й або 4-й категорії. Така система оцінки ефективності лікування дуже важлива в епідеміологічному аспекті, тому що є гарантією стійкого припинення бактеріовиділення та малої ймовірності у подальшому виникненні рецидиву захворювання. Таким чином, відсутність загрози передачі туберкульозної інфекції є не тільки сам факт припинення бактеріовиділення, але і проведення повного основного курсу хіміотерапії (ОКХТ), що включає показники “вилікування” та “лікування завершене”. Отже припинення бактеріовиділення у хворих, що не завершили ОКХТ, не може вважатися показником високої ефективності лікування.

Згідно отриманим даним, показники когортного аналізу, на відміну від традиційного показника припинення бактеріовиділення (без урахування повноцінності ОКХТ), показують не тільки ефективність режимів хіміотерапії, але й ефективність реалізації стратегії боротьби з туберкульозом загалом.

Так, ефективне лікування встановлюється за показниками “вилікування” та “лікування завершене” і висвітлює питому вагу хворих, у котрих встановлено припинення/відсутність бактеріовиділення на фоні повного ОКХТ.

Не менш важливим є показник “померло хворих”, котрий також є індикатором своєчасності діагностуван-

ня захворювання та ефективності режимів хіміотерапії та дає можливість виділити питому вагу хворих, котрим призначали неадекватне лікування або несвоєчасно встановили діагноз туберкульозу.

Показник “невдале лікування” є індикатором питомої ваги хворих, що мають резистентність МБТ до протитуберкульозних препаратів та є орієнтиром для розподілу коштів на закупівлю протитуберкульозних препаратів II ряду. Крім того “невдале лікування” свідчить про інші проблеми, які пов'язані з хіміотерапією: пропуск прийому добових доз ПТП, відхилення від стандартизованих схем лікування, низьку якість протитуберкульозних препаратів, погане всмоктування протитуберкульозних препаратів (наявність соматичних захворювань).

Показник “перерване лікування” не відноситься до показників ефективності режимів хіміотерапії, а є індикатором реалізації компоненту “контрольоване лікування”, що включає оцінку забезпечення ПТП протитуберкульозних закладів або врахування кількості хворих з низькою прихильністю до лікування та якість реалізації програм щодо формування у них такої прихильності. Такі хворі є високою групою ризику щодо розвитку у них хіміорезистентного туберкульозу.

Показник “вибув або переведений” є індикатором організаційних питань щодо реєстрації, обліку та спостереження хворих на туберкульоз. Його реєструють лише у тих випадках, коли районний фтизіатр має інформацію про те, що хворий лікується в іншому протитуберкульозному закладі. Якщо така інформація недоступна, пацієнта реєструють за показником «перерване лікування».

Отже, когортний аналіз дає можливість не тільки оцінити результати лікування хворих, але і пояснити причини недостатньої ефективності лікування.

Так, згідно наведених даних табл. 1, в Україні можна виділити наступні основні причини низьких результатів лікування за показниками когортного аналізу.

Один із основних компонентів стратегії боротьби з туберкульозом — лікування під безпосереднім наглядом медичного персоналу (контрольоване лікування) реалізується не в повному обсязі: відсоток хворих, котрим встановили “перерване лікування” досить високий (від 2,4 до 14,9 %). Отже, повинні втілюватись у життя програми щодо формування у хворих прихильності до лікування.

Також результати лікування знижуються по причині високого рівня показника “невдале лікування” — від 6,3 до 18,7 %, що може свідчити у таких хворих як про ймовірну резистентність МБТ до протитуберкульозних пре-

паратів, так і про дефекти проведення антимікобактеріальної терапії (пропуск добових доз протитуберкульозних препаратів). Отже, заради підвищення результатів лікування потрібно підсилювати такі компоненти стратегії боротьби з туберкульозом, як зменшення рівня хіміорезистентного туберкульозу та втілення якісного контрольованого лікування.

Не дивлячись на багаторічний досвід України щодо лікування хворих на туберкульоз, лишається високим показник “померло хворих”, який у 2009 році становив від 7,1 до 19,1 %, що свідчить про значний контингент хворих, котрим діагноз встановлюється несвоєчасно, або/та лікування проводиться неадекватно до стандартних схем хіміотерапії. Для зменшення кількості померлих від туберкульозу потрібно втілювати освітні програми як для спеціалістів загальної лікувальної мережі, так і для населення щодо основних ознак захворювання та методів його своєчасної діагностики, а також здійснення регулярного контролю за відповідністю хіміотерапії стандартним схемам.

Втрата ефективності відбувається також за рахунок неможливості отримання інформації щодо результатів лікування окремих хворих (висвітлює рівень показника “вибув/переведений”), що пов’язане з відсутністю на даний час загального реєстру хворих на туберкульоз.

В клініці ДУ НІФП вивчалися безпосередні та віддалені результати лікування хворих як на вперше діагностований деструктивний туберкульоз легень із бактеріовиділенням, так і на рецидиви захворювання. Результати стаціонарного лікування (2 та більше місяців) хворих на туберкульоз (безпосередні результати) оцінювали за традиційними показниками — припиненням бактеріовиділення, загоєнням каверн, тому що термін основного курсу хіміотерапії хворих перевищував термін їх госпіталізації. Після виписки зі стаціонару результати лікування хворих оцінювали після року спостереження в диспансері за показниками когортного аналізу (віддалені результати). Ці данні включалися до річного звіту.

Результати стаціонарного лікування визначали у 992 хворих на вперше діагностований туберкульоз легень із

Таблиця 2

Когортний аналіз результатів лікування хворих із вперше діагностованим туберкульозом легень із бактеріовиділенням в клініці ДУ НІФП, в Україні та Києві

Показники когортного аналізу	Кількість хворих, які лікувались в клініці ДУ НІФП		Результати лікування хворих (за мазком) у 2009 р, %	
	абс. число	%	в Україні	у Києві
Вилікування	703	76,3	51,4	43,9
Лікування завершено	0	0	6,3	9,9
Помер	0	0	14,3	6,2
Невдача лікування	40	4,3	16,2	17,4
Перерване лікування	179	19,4	8,2	18,7
Вибув або переведений	0	0	3,6	3,9
Усього	922	100,0	100,0	100,0

бактеріовиділенням, що лікувались в клініці ДУ НІФП, у 856 із них зібрили віддаленні результати лікування за показниками когортного аналізу. Отримані дані порівняли з даними відповідних показників в Україні та м. Києві (табл. 2). У хворих на вперше діагностований туберкульоз легень із бактеріовиділенням, за показниками когортного аналізу, лікування було ефективне (“вилікування” + “лікування завершено”) у 76,3 % (дані по ДУ НІФП), у 51,4 % (дані по Україні), у 43,9 % (дані по м. Києву) пацієнтів, відповідно, що не досягає встановленого ВООЗ рівня ефективного лікування — 85,0 % випадків [11].

Для прикладу щодо результатів лікування когорти хворих на вперше діагностований туберкульоз легень із бактеріовиділенням (за мазком) в Україні у 2009 році наведена графічна схема (рис). Ефективне лікування досягли у 57,7 % хворих (“вилікування” — у 51,4 % + “лікування завершено” — у 6,3 % хворих, відповідно). Неефективне лікування встановили у 30,5 % хворих (“неудале лікування” — 16,2 % + “померло хворих” — у 14,3 %, відповідно). Хворих, котрим встановили “неудале

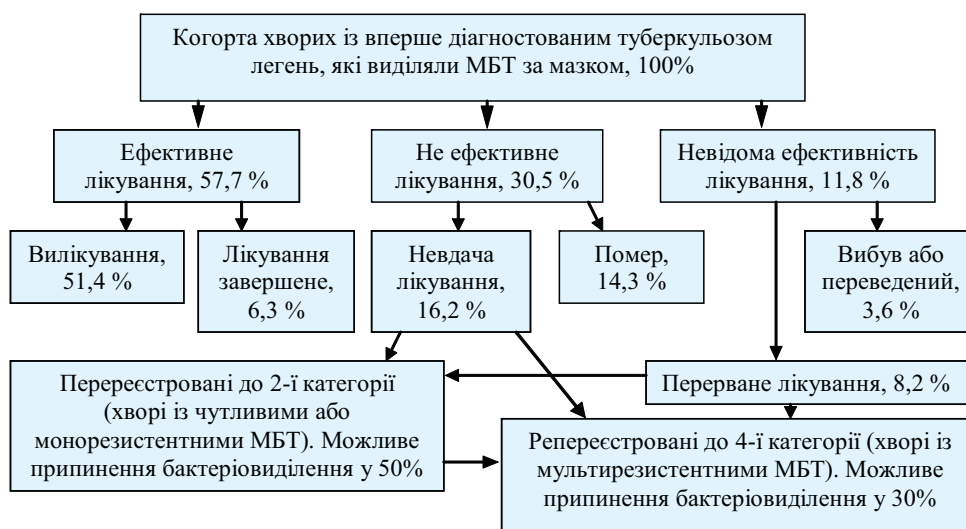


Рис. Схема результатів лікування когорти хворих на вперше виявлений туберкульоз легень із бактеріовиділенням

лікування”, перевели у 2-гу або у 4-ту категорії залежно від результатів тесту медикаментозної чутливості. За даними клініки ДУ НІФП — у 4,3 % хворих, за даними України — у 16,2% хворих, за даними м. Києва — у 17,4% хворих. У разі визначення мультирезистентних МБТ у хворих 2-ї категорії (які були до цього переведені із 1-ї категорії у 2-гу), їх переводили у 4-ту категорію для продовження лікування, хоча у подальшому такі хворі мають шанс досягти “вилікування”, але в межах іншої категорії, де вони реєструються згідно визначення випадку туберкульозу. Таким чином, в певній мірі ефективність лікування визначеної когорти хворих знижується за рахунок кількості хворих із невідомими подальшими результатами хіміотерапії. Але така реєстрація хворих має епідеміологічне значення, тому що висвітлює не тільки питому вагу хворих, що становлять епідеміологічну небезпеку для оточуючих, але і дають детальну інформацію щодо характеру процесу бактеріовиділювачів та визначення прогнозу їх виліковування. В значній мірі ефективність лікування знижується за рахунок кількості хворих, яким встановили “перерване лікування”: за даними ДУ НІФП — у 19,4 % хворих (за даними України — у 8,2 % хворих, за даними м. Києва — у 18,7 % хворих, відповідно, та “вибув або переведений”: за даними України — у 3,6 % хворих, за даними м. Києва — у 3,9 % хворих, відповідно).

В ДУ НІФП у 179 хворих, яким встановили “перерване лікування” (виписані із стаціонару ДУ НІФП до 6 міс та не продовжили лікування в ПТД за місцем проживання) простежили їх результати лікування на момент завершення року спостереження. Згідно показників когортного аналізу, “вилікування” досягли у 92 (51,4%) пацієнтів, у 87 (48,6%) пацієнтів лікування було не ефективне: “невдале лікування” — у 85 (47,5%) хворих, “померло” — у 2 (1,1%) хворих, відповідно. Тобто із 992 хворих, котрих лікували в ДУ НІФП, незалежно від повноцінності першого курсу хіміотерапії, встановлено припинення бактеріовиділення у 795 (86,2%) із них. В протитуберкульозних закладах України перервали лікування 8,2 %, і, згідно інструкції щодо диспансеризації контингентів хворих на туберкульоз, їх перевели до 2 категорії. Це привело до того, що ефективність лікування хворих на вперше діагностований бактеріальний туберкульоз легень зменшилась на відсоток хворих, які перервали лікування, хоча половина із них може вилікуватися і буде зареєстрована як вилікувані у 2-й диспансерній категорії. Отже, групи хворих із перерваним лікуванням та вибулі із спостереження приводять до зниження ефективності лікування хворих на вперше діагностований туберкульоз легень. З іншого боку, показники ефективного лікування (“вилікування” + “лікування завершене”) когортного аналізу, віддзеркалюють частоту припинення бактеріовиділення у хворих на фоні проведення повноцінного лікування, що є більш якісним показником результатів лікування хворих на туберкульоз. Окрім того, когортний аналіз показників неефективного лікування дав можливість виділити та окремо оцінити перспективи та прогноз лікування хворих, що за тих чи інших причин не отримували повноцінного лікування.

За даними показників когортного аналізу у хворих

на вперше діагностований туберкульоз легень із бактеріовиділенням (за мазком) в Україні, у 2009 році відсоток хворих, яким встановили “перерване лікування”, значно варіював у різних адміністративних областях України — від 2,4 % хворих у Рівненській області до 18,7 % хворих у м. Києві [6]. Отже, оскільки більшість хворих, яких лікували в клініці ДУ НІФП, були мешканцями м. Києва, то це пояснює високий рівень показника “перерване лікування” в ДУ НІФП (у 19,4 % хворих), порівняно зі загальноукраїнським (у 8,2 % хворих, відповідно).

Отже, за попередніми даними, у хворих на вперше діагностований туберкульоз легень із бактеріовиділенням, рівень показників когортного аналізу за 2009 рік в Україні свідчив про якість організації проведення основного курсу хіміотерапії, її ефективність, кількість пацієнтів, прихильних до лікування та тих, у котрих є підозра на хіміорезистентний туберкульоз та/або несвоєчасно встановлений діагноз туберкульозу.

Результати лікування хворих за час перебування в стаціонарі неможливо оцінити за показниками когортного аналізу, тому що на цьому етапі не проводиться повністю основний курс хіміотерапії. Тому для оцінки роботи стаціонару можливо використовувати традиційні показники: припинення бактеріовиділення та загоєння каверн.

Для одержання повних даних щодо ефективності лікування когорти хворих на вперше діагностований туберкульоз легень із бактеріовиділенням, доцільно додатково проводити аналіз когорти хворих, котрим встановили “невдале лікування” або “перерване лікування” (та провели повторний курс лікування одразу після першого). Кількість хворих когорти, у котрих встановили “вилікування” після першого або повторного курсу лікування, у сумі визначили питому вагу вилікуваних хворих. У частини таких хворих по причині неефективного консервативного лікування проводили хірургічні операції, які призвели до припинення бактеріовиділення у них. Таким чином, результати ефективно проведених повторних курсів хіміотерапії та хірургічних втручань ніяк не відобразились на рівні показника “вилікування” хворих когорти першого курсу хіміотерапії (там зафіксований результат неефективного лікування).

Отже, слід усвідомлювати, що когортний аналіз не відображає в повній мірі кінцеві результати лікування когорти хворих, які її складають. З урахуванням хірургічного та повторного лікування остаточно ефективність лікування може бути вищою, що позитивно відобразиться на епідеміологічних показниках за рахунок зменшення кількості хворих на активний туберкульоз у тому числі кількості хворих 4 категорії.

У збірнику “Туберкульоз в Україні (аналітично-статистичний довідник за 2000–2010 рр.)” опубліковані результати лікування хворих із рецидивом туберкульозу за 2009 рік за показниками когортного аналізу лікування [6].

В таблиці 3 наведені дані щодо порівняння ефективності лікування рецидивів туберкульозу за когортним аналізом в ДУ НІФП, в Україні та Києві. Ефективне лікування рецидивів туберкульозу в цілому по Україні досягли у 39,6 % хворих (“вилікування” — у 34,1 % хворих +

Таблиця 3

Когортний аналіз результатів лікування хворих із рецидивом туберкульозу легень

Показники когортного аналізу	Кількість хворих із рецидивом туберкульозу легень, які лікувалися у клініці ДУ НІФП		Результати лікування хворих із рецидивом туберкульозу легень (виявлених за мазком), 2009-го р.	
	абс.	%	в Україні	у Києві
			%	
Вилікування	79	66,3	34,1	29,0
Лікування завершено	0	0	5,5	6,5
Помер	0	0	19,0	14,5
Невдача лікування	31	26,1	27,5	24,2
Перерване лікування	9,0	7,6	9,6	19,4
Вибув або переведений	0	0	4,3	6,5
Усього	119	100,0	100,0	

“лікування завершено” — у 5,5 % хворих), а в клініці ДУ НІФП — у 66,3 % хворих, відповідно, що обумовлено не тільки високим рівнем загальноукраїнських показників “померло хворих” (у 19,0 % хворих) та “невдале лікування” (у 27,5 % хворих), а також великою кількістю пацієнтів, у яких встановили “перерване лікування” (у 9,6 % хворих) та “вибув або переведений” (у 4,3 % хворих, відповідно).

У Києві ефективне лікування рецидивів туберкульозу досягли у 35,5 % (“вилікування” — у 29,0 % + “лікування завершено” — у 6,5 % хворих, відповідно). Неefективне лікування встановили у 38,7 % (“померло” — у 14,5 % + невдале лікування — у 24,2 % хворих, відповідно). У 19,4 % хворих усієї когорти встановили “перерване лікування”, що, як правило, було пов’язано з поганою прихильністю таких хворих до лікування. Деякою мірою на зниження ефективності лікування вплинув рівень показника “вибув або переведений” (у 6,5 % пацієнтів). Отже, у хворих на рецидив туберкульозу легень рівень показників когортного аналізу також дав можливість визначити несприятливі фактори впливу на результати лікування і розробити заходи спрямовані на їх усунення.

Гірші результати лікування за показниками когортного аналізу у хворих на рецидив туберкульозу в Україні і Києві, порівняно з такими в ДУ НІФП, можна пояснити наступним фактом. В ДУ НІФП з 2007 року усіх хворих, котрим встановлювали випадок повторного лікування (у тому числі і рецидив туберкульозу), вважали такими, що мають ризик МР ТБ та призначали стандартні режими лікування за 4-ю категорією (до моменту отримання ТМЧ МБТ), що включали в себе 2 ПТП I та 3 ПТП II ряду (EZLfxAmPas (де E — етамбутол, Z — піразинамід, Lfx — левофлоксацин, Am — амікацин, Pas — ПАСК), замість стандартного режиму за 2-ю диспансерною категорією. Така тактика була впроваджена у зв’язку з тим, що у хворих на рецидив туберкульозу ризик МР ТБ підтвердився у 52,3 % випадків [8].

Робота виконана за кошти державного бюджету.

Висновки

1. У 2009 році в Україні у хворих на вперше діагностований туберкульоз легень, які виділяли МБТ за мазком, за показниками когортного аналізу лікування було ефективним лише у 57,7 % хворих (“виліковано” 51,4 % хворих + “лікування завершено” у 6,3 % хворих).

2. Оцінка результатів лікування за показниками когортного аналізу надає інформацію не тільки щодо ефективності лікування хворих на туберкульоз, але і дозволяє визначити причини низьких результатів лікування: “контрольоване лікування” реалізується не в повному обсязі, що збільшило кількість хворих, котрим встановили “перерване лікування”; наявний високий рівень резистентності МБТ до протитуберкульозних препаратів та дефекти проведення антимікобактеріальної терапії (пропуск добових доз протитуберкульозних препаратів) призводять до “невдалого лікування”; існує значний контингент хворих, котрим діагноз туберкульозу був встановлений несвоєчасно, або/та лікування проводилось неадекватно до стандартних схем хіміотерапії, що збільшило рівень показника “померло хворих”; втрата ефективності відбувається також за рахунок неможливості отримання інформації щодо результатів лікування окремих хворих (висвітлює рівень показника “вибув або переведений”).

3. В Україні аналіз показників результатів лікування за когортним аналізом у хворих із рецидивами туберкульозу легень та бактеріовиділенням, виявленим за мазком, свідчить про його низьку ефективність (“виліковано” + “лікування завершено” встановлено у 39,6 % хворих), що може бути обумовлено перш за все застосуванням неадекватних режимів хіміотерапії (“померло хворих” + “невдале лікування” встановлено у 46,5 % хворих), а також значною кількістю хворих із невідомими їх результатами (“перерване лікування” + “вибув або переведений” встановлено у 13,9 % хворих). Для підвищення ефективності лікування хворих цього контингенту необхідно призначати режими хіміотерапії із урахуванням поширеності мультирезистентності МБТ в регіонах згідно ТМЧ МБТ. У випадках, коли профіль резистентності МБТ невідомий та існує ризик наявності мультирезистентного туберкульозу, доцільно призначати хворим стандартний режим хіміотерапії, який розроблений для хворих 4-ї клініко-диспансерної категорії.

4. Визначення за допомогою когортного аналізу основних причин, від яких залежать результати лікування хворих на туберкульоз легень, в тій чи іншій місцевості, дають можливість визначити пріоритетні заходи для підвищення ефективності лікування хворих на туберкульоз.

ЛІТЕРАТУРА

1. *Итоги и опыт работы центрального НИИ туберкулеза РАМН в пилотных территориях по контролю за выявлением и лечением туберкулеза (когортный анализ)* [Текст] / В. В. Пунга [и др.] // Проблемы туберкулеза и болезней легких. — 2006. — № 8. — С. 6–8.
2. *Надання медичної допомоги хворим на хіміорезистентний туберкульоз* [Текст] : стандарт / Ю. І. Фещенко [та ін.] ; МОЗ України. — Київ, 2008. — 83 с. нак 600.
3. *Порівняльні дані про розповсюдженість туберкульозу та ефективність діяльності протитуберкульозних закладів України за 1998–2008 рр* [Текст]. — Київ, 2009. — 179 с.

5. *Протокол надання медичної допомоги хворим на туберкульоз* [Текст] : стандарт / Ю. І. Феценко [та ін.] ; МОЗ України. — Київ, 2006. — 87 с. нак 384.
6. *Протокол по впровадженню ДОТС-стратегії в Україні* [Текст] : стандарт / Ю. І. Феценко [та ін.] ; МОЗ України. — Київ, 2006. — 51 с. нак 318.
7. *Туберкульоз в Україні (аналітично-статистичний довідник за 2000–2010 роки)* [Текст]. — К.: 2011. — 103 с.
8. *Феценко, Ю. І.* Організація лікування хворих на туберкульоз [Текст] / Ю. І. Феценко, В. М. Мельник — К.: Здоров'я, 2009. — 488 с.
9. *Частота та профіль медикаментозної резистентності МБТ у хворих на вперше діагностований туберкульоз легень, які були раніше лікованими, та рецидиви захворювання* [Текст] / С. О. Черенько [та ін.] // Сучасні проблеми туберкульозу в Україні : причини та шляхи їх подолання : матеріали всеукраїнської науково-практичної конференції. — Київ, 2008. — С. 78–84.
8. *Brewer, T. F.* To control and beyond: moving towards eliminating the global tuberculosis threat [Text] / T. F. Brewer, S. J. Heymann // J. Epidemiol. Community Health // — 2004. — № 58. — P. 822–825.
9. *Implementing the Stop Tb strategy: a handbook for national tuberculosis control programmes* [Text] / World Health Organization (WHO): Geneva, Switzerland. — 2008. — p. 184.
10. *Treatment of tuberculosis: guidelines* — 4th ed. [Text] / World Health Organization (WHO): Geneva, Switzerland. — 2008. — p. 184.

ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ВПЕРВЫЕ ВЫЯВЛЕННЫМ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ И С РЕЦИДИВАМИ ЗАБОЛЕВАНИЯ ПО ПОКАЗАТЕЛЯМ КОГОРТНОГО АНАЛИЗА

**В. М. Петренко, С. А. Черенько, Н. А. Литвиненко,
Л. М. Цыганкова**

Резюме

Применение когортного анализа в оценке результатов лечения больных впервые выявленным туберкулезом легких и с рецидивами заболевания позволяет не только оценить результаты терапии, но и определить причины недостаточной эффективности. Установление основных факторов, от которых зависят результаты лечения больных туберкулезом легких в той или иной местности, дают возможность определить приоритетные мероприятия для повышения эффективности химиотерапии.

EVALUATION OF EFFECTIVENESS OF TREATMENT IN PATIENTS WITH NEWLY DIAGNOSED PULMONARY TUBERCULOSIS AND RELAPSES OF THE DISEASE BASED ON COHORT ANALYSIS

**V. M. Petrenko, S. O. Cherenko, N. A. Lytvynenko,
L. M. Tsygankova**

Summary

The use of cohort analysis in patients with new cases of sputum-positive tuberculosis and those with relapses of the disease allows not only to evaluate treatment effectiveness but also reveals the reasons for treatment failure. Recognition of major causes of ineffective treatment would significantly improve the results of chemotherapy in this group of patients.