

В. М. Мельник, В. Г. Матусевич, І. О. Новожилова, І. В. Бушура
ПРИЧИНИ НЕЕФЕКТИВНОЇ АНТИМІКОБАКТЕРІАЛЬНОЇ ТЕРАПІЇ ХВОРИХ
НА ТУБЕРКУЛЬОЗ ЛЕГЕНЬ

ДУ «Національний інститут фізіотерпії та пульмонології ім. Ф. Г. Яновського НАМН України»

Відповідно до положень «Концепції Загальнодержавної цільової соціальної програми протидії захворюванню на туберкульоз на 2018–2021 роки», «Стратегії забезпечення сталої відповіді на епідемії туберкульозу» розроблена стратегія адвокації, комунікації та соціальної мобілізації в галузі контролю над туберкульозом (ТБ) в Україні на 2019–2021 роки (АКСМ-ТБ) в тому числі хіміорезистентного та ВІЛ-інфекції/СНІДу на період до 2020 року» [1]. Вона включає набір додаткових інструментів для забезпечення досягнення цілей Плану дій з боротьби з туберкульозом (ТБ) для Європейського регіону ВООЗ на 2016–2020 роки. Це буде сприяти досягненню мети глобальної стратегії «Покласти кінець ТБ» — зупинити епідемію туберкульозу, а саме до 2035 року: на 95,0 % зменшити смертність від ТБ у порівнянні з 2015 роком, досягти рівня захворюваності менше 10 на 100 тисяч населення та з нульовим рівнем страждань від ТБ, досягти нульового рівня смертності від туберкульозу та нульового рівня захворюваності до 2050 р.

Із основних протитуберкульозних заходів — виявлення, лікування та профілактика цієї недуги, найважливішу роль відіграє лікування хворих, що значно впливає на рівень захворюваності, смертності та поширеності ТБ. Від того, яка ефективність лікування нових випадків ТБ, залежить уся подальша історія хворого: чи він вилікується за 6–8 міс., чи в нього розвинеться хіміорезистентний ТБ і він буде довше лікуватися, включаючи хірургічні методи, чи наступлять хронізація й ускладнення мультирезистентного ТБ чи ТБ із розширеною резистентністю, чи він житиме, чи помре. Тому, щоби впливати на ефективність лікування, важливо знати чинники неефективного антимікобактеріального лікування хворих на вперше діагностований ТБ легень [2, 3, 4].

Фахівцям добре відоме значення багатьох чинників неефективного антимікобактеріального лікування цих хворих. Серед несприятливих медико-соціальних та організаційних факторів неефективного лікування хворих на ТБ легень пріоритетне місце займають відсутність міжвідомчої взаємодії лікарів-фізiatrів із пенітенціарною системою, центрами СНІДу, дитячими організованими колективами, навчальними закладами та іншими органами центральної та місцевої виконавчої влади і, найголовніше та найвпливовіше, недостатнє фінансування лікувально-діагностичного процесу та й усіх протитуберкульозних заходів [2, 3, 4].

Є багато різних причин неефективного лікування хворих на ТБ, які нерідко поєднуються або комбінуються між собою. За неефективним лікуванням хворих, як ланцюгова реакція, тягнеться резистентність мікобактерій й подальше неефективне лікування таких хворих.

Предикторами несприятливого результату хворих на вперше діагностований ТБ можуть бути найрізноманітніші чинники: ТБ туберкульоз із наявністю скарг у межах бронхолегеневого синдрому, симптомів дихальної й легенево-серцевої недостатності, масивне бактеріовиділення з наявністю мікобактерій туберкульозу, стійких як до одного, так і до багатьох лікарських препаратів, поширеність туберкульозного процесу.

До соціальних факторів, що впливають на розвиток несприятливого результату, відносяться низький матеріально-побутовий рівень хворих, перебування в закладах пенітенціарної системи, відсутність освіченості хворих, не відання ними інформації про туберкульоз, що визначає мотивацію до тривалої терапії, особливості соціального статусу. Крім того, до соціальних факторів належать наявність шкідливих звичок і відмова від проходження флюорографії протягом декількох років. З медичних факторів предиктором несприятливого результату вперше виявлених хворих на туберкульоз є наявність супутньої патології внутрішніх органів [2, 3, 4].

Є ряд факторів, які дозволяють запідозрити, що патологічний туберкульозний процес у хворого спрямовується на неефективне лікування. Передвісниками неефективного лікування є: на тлі основного курсу антимікобактеріальної терапії та умовного благополуччя з'являється масивне бактеріовиділення, фебрильна температура тіла тривалістю менше 2 тижнів, прогресуючий дефіцит маси тіла, кашель із гнійним харкотинням і наявністю сухих або вологих хрипів. Рентгенологічними предикторами негативного результату антимікобактеріальної терапії хворих на туберкульоз є збільшення площі туберкульозного ураження в легенях більше частки, наявність множинних сформованих каверн розміром понад 4,0 см у діаметрі з численними вогнищами засіву.

У процесі антимікобактеріальної терапії іноді не вдається досягти загоєння порожнин розпаду й розсмоктування інфільтративних змін, у більшості випадків відзначається негативна клініко-рентгенологічна динаміка. У пацієнтів із негативним результатом антимікобактеріальної терапії статистично частіше реєструються такі ускладнення, як дихальна недостатність (переважно середнього ступеня тяжкості) і кровохаркання. Частіше діагностують такі супутні захворювання, як синдром алкогольної залежності, хронічний не обструктивний бронхіт, патологія сечостатевої системи і шлунково-кишкового тракту.

Спрощуючи причини можливих невдач антимікобактеріальної терапії у хворих на туберкульоз можна виділили чотири найсуттєвіших групи причин: несвоєчасне виявлення й пізно розпочате лікування хворих на ТБ легень, особливості туберкульозного процесу, нераціональне лікування, зокрема недосконала антимікобак-

теріальна терапія, передчасне припинення лікування.

1. Несвоєчасне виявлення й пізно розпочате лікування хворих на туберкульоз легень. Поєднання різних факторів, що складають цю групу, спостерігалися у 50,4 % хворих, за статистичними середньоукраїнськими даними — $(45,7 \pm 2,1)$ %. При виявленні за мазком і/або культурою відсоток кількості хворих на ВДТБ легень з КСБ+ та МБТ+ серед усіх ВДТБ легень, збільшився за період 2012–2017 рр. відповідно з 44,6 % до 65,7 % та наближується до індикатора ВООЗ — 70,0 %. Виявлення випадків ТБ в закладах первинної медико-санітарної допомоги залишається низьким, хоча і збільшилось з 1,4 % до 2,9 % відповідно. Через погіршення раннього виявлення ТБ збільшувалася питома вага занедбаних випадків із поширеним деструктивним процесом до $(37,4 \pm 3,5)$ %. Ці показники повсюдно зростають за останні роки, оскільки охоплення скринінгом щодо ТБ серед дорослого й дитячого населення зменшується з року в рік. Так, охоплення дорослого населення профілактичними, флюорографічними оглядами продовжує зменшуватися — з 51,4 % у 2012 р. до 46,4 % у 2016 р. та до 45,9 % у 2017 р., а відсоток охоплення дітей віком 4–14 років туберкулінодіagnostикою зменшився відповідно з 64,4 % до 43,3 % та 49,7 %. Це сприяє збільшенню питомої ваги деструктивного туберкульозу у хворих на вперше діагностований ТБ, збільшення кількості хворих на ТБ із масивним бактеріовиділенням до $(38,2 \pm 5,5)$ %.

Серед хворих на несвоєчасно виявлений ТБ та із пізно розпочатим лікуванням інтоксикація утримувалася на $(3,4 \pm 1,2)$ міс. довше, ліків витрачено на $(32,4 \pm 6,7)$ % більше, ніж серед пацієнтів на своєчасно діагностований ТБ і рано розпочате лікування.

В останні роки, за даними аналітичних звітів збільшилася кількість відмов від стаціонарного лікування хворих на вперше діагностований ТБ, через що пізно розпочиналася антимікобактеріальна терапія. Причини цього різні: побутове пияцтво хворих; не застосування примусового лікування бактеріовиділювачів; віддалення протитуберкульозних закладів від населених пунктів і труднощі добирання до них через подорожчання проїзду, зменшення кількості автобусних рейсів; боязнь залишати домашні господарства на тлі погіршення свого добробуту тощо.

2. Особливості туберкульозного процесу. Негативний вплив на ефективність лікування був, коли хворі починали лікування занедбаних деструктивних, бактеріальних форм туберкульозу, що негативно впливає на ефективність лікування. Чим поширеніший туберкульозний про-

цес при несвоєчасному виявленні з деструкцією й засівом, особливо при супутніх цукровому діабеті й алкоголізмі, наркоманії, тим тривалішою антимікобактеріальна терапія для припинення бактеріовиділення ($\gamma = 7,5$, $p < 0,05$). Результативність лікування погіршують і супутні захворювання. За статистичними даними, такі супутні недуги як цукровий діабет, виразкова хвороба шлунку і дванадцятипалої кишки, неспецифічні хвороби органів дихання коливались в межах 7,3–12,0 %. Ефективність лікування хворих погіршилась в 1,5–2 рази.

3. Нераціональне лікування, зокрема недосконала антимікобактеріальна терапія, недостатня інтенсивність, тривалість, комплексність, контрольованість. Ретроспективна експертна оцінка показала, що в 71,2 % хворих етіопатогенетична терапія могла б бути інтенсивнішою, раціональнішою та ефективнішою. За даними матеріалу з адміністративних територій, на результати лікування хворих на ТБ негативно впливали нестача протитуберкульозних і патогенетичних ліків у протитуберкульозних закладах.

4. Передчасне припинення лікування, як чинник неефективної антимікобактеріальної терапії хворих на вперше діагностований ТБ легень, спостерігалось в 32,4 % осіб. Причинами передчасної виписки зі стаціонару були алкоголізм і пияцтво, наркоманія, критичні сімейно-побутові обставини, самовільне (немотивоване) залишення стаціонару, відмова від подальшого лікування у зв'язку із суб'єктивним поліпшенням загального стану, бажання лікуватися в іншому лікувальному закладі. Тривалість стаціонарного лікування, як правило, перевищувала реальну потребу. Стаціонарне лікування більшості хворих поєднувалося з погано організованим амбулаторним лікуванням, яке у всіх опитаних воно було неконтрольованим.

Таким чином, причини неефективної антимікобактеріальної терапії пов'язані із поєднанням різних суб'єктивних і об'єктивних факторів. Найголовнішими з них вважаються: несвоєчасне виявлення хворих із занедбаними формами ТБ, нераціональна етіопатогенетична терапія за недостатньою інтенсивністю, комплексністю й короткими термінами, лікарська стійкість мікобактерій, ускладнення патологічного процесу й деякі супутні захворювання, неадекватне відношення хворого до лікування й завчасне його припинення. Неефективна антимікобактеріальна терапія хворих на вперше діагностований ТБ легень часто є пусковим механізмом хіміо-резистентного ТБ й переходом процесу в хронічний деструктивний.

ЛІТЕРАТУРА

1. Адвокація, комунікація та соціальна мобілізація в боротьбі з ТБ: збірник успішного досвіду проведення заходів / Секретаріат партнерства спільно з Головою Керівного комітету. Київ, 2018. 29 с.
2. Ефективність лікування хворих за результатами виконання «Загальнодержавної цільової соціальної програми протидії захворюванню на туберкульоз на 2012–2016 роки» / В. М. Мельник та ін. // Укр. пульмонолог. журн. 2018. № 1. С. 19–22.
3. Оцінка контролю за туберкульозом в Україні за період 2006–2010 рр. / Ю. І. Фещенко та

ін. // Укр. пульмонолог. журн. 2011. № 4. С. 5–9.

4. Фещенко Ю. І., Мельник В. М. Організація протитуберкульозної допомоги населенню. Київ: Здоров'я, 2012. 656 с.