

В. В. Осетинський
НАДАННЯ ПАЛІАТИВНОЇ ДОПОМОГИ ХВОРИМ НА ТУБЕРКУЛЬОЗ
В УКРАЇНІ З ТОЧКИ ЗОРУ ПАЦІЄНТА

БО «TB-People-Ukraine»

Паліативне лікування туберкульозу (ТБ) — одна з найбільш складних проблем, що постає перед вітчизняною фтизіатричною службою та пацієнтською спільнотою. Ця проблема включає в себе не тільки медичні, але й морально-етичні, епідеміологічні, психологічні та правові аспекти.

В нашому суспільстві, медичній спільноті та у нормативно-правовій базі має місце дещо звужене поняття паліативної допомоги, що включає надання виключно симптоматичного лікування після констатації невиліковності хвороби та припинення спроб радикального («куративного») лікування. У випадку з туберкульозом, паліативне лікування означає автоматично — припинення хіміотерапії. То ж саме про таку інтерпретацію паліативного лікування буде йти мова далі.

Основною причиною призначення паліативного лікування хворому на ТБ є невдача курсу хіміотерапії за 4 категорією. Головним критерієм при прийнятті такого рішення повинна бути абсолютна впевненість у інкурабельності хворого, коли вичерпані усі резерви хіміотерапії, хірургічного та колапсхірургічного лікування, або важкий стан хворого не дозволяє продовжити лікування.

Подібна «патова» ситуація у лікуванні може скластися з різних причин, у тому числі — з вини пацієнта. Але перш за все хотілося б звернути увагу на медичні аспекти. Перш за все до невдачі лікування хіміорезистентного туберкульозу призводить призначення занадто слабких режимів хіміотерапії, особливо — хворим з резистентністю до фторхінолонів та розширеною резистентністю. Недостатня інтенсивність лікування призводить до ампліфікації лікарської стійкості та як наслідок — до ситуації, коли лікувати пацієнта стає нічим. Перш за все причиною такої ситуації є недостатній доступ до препаратів II ряду та резервних препаратів у регіонах. Але досить часто має місце практика, «економного» застосування резервних препаратів, коли їх призначають не одразу, а тільки у випадку явної неефективності лікування, коли це вже запізно.

Іншим важливим фактором, що призводить до неефективного лікування хіміорезистентного ТБ, є недостатня хірургічна активність у випадках деструктивного туберкульозу. Значною мірою це пов'язано з обмеженою кількістю фтизіохірургічних відділень, у яких є можливість проведення таких втручань. Найчастіше такі відділення сконцентровані у великих містах та обласних центрах, що обмежує доступ до хірургічної допомоги для багатьох пацієнтів.

Неефективне лікування туберкульозу має тяжкі наслідки не тільки для хворого та його родини, але й для всього суспільства. Хворі на ТБ, лікування яких було при-

пинено через неефективність, залишаються хронічними бактеріовиділювачами та є джерелом трансмісії туберкульозу з хіміорезистентністю. Це ставить під загрозу всю стратегію подолання епідемії ТБ в Україні.

Натомість, досить велику кількість хворих, що зараз знаходяться на паліативному лікуванні, можна вилікувати шляхом призначення курсу хіміотерапії, що включає нові та резервні протитуберкульозні препарати, а при необхідності — і хірургічного лікування. Але більшості хворих такого шансу не надають. Реєстрація хворого у паліативній категорії часто стає «квитком в один кінець», незважаючи на те, що тих пацієнтів, які вважалися невиліковними ще декілька років назад, сьогодні вже можна успішно вилікувати.

Зусиллями пацієнтської спільноти частину таких хворих вдається повернути до лікування або хоча б поставити у чергу на очікування лікування, але хотілося б щоб зусилля учасників пацієнтських організацій та фтизіатричної служби були спільними. Адже тільки вилікувавши більшу частину цих хворих можна подолати епідемію ТБ.

Щодо самого паліативного лікування — воно повинно стати не «квитком» в один кінець, а повноцінною системою підтримки та покращення життя хворого, а в багатьох випадках — дочекатися призначення нового курсу лікування та одужання.

Сповільнити прогресування ТБ, подовжити життя хворого та знизити масивність бактеріовиділення дозволяють колапсхірургічні операції та колапсотерапевтичні процедури (торакопластика, плевроколагенопластика, клапанна бронхоблокація). Але для більшості паліативних хворих навіть таке лікування стає недоступним через значну віддаленість фтизіохірургічних центрів та в першу чергу — через значну вартість операцій.

Гострою проблемою є і полегшення страждань термінальних хворих на ТБ. Доступ до наркотичних знеболювальних препаратів для хворих на ТБ значно обмежений через особливості контролю за обігом психотропних речовин. Є проблеми і з забезпеченням паліативних відділень обладнанням для довготривалої оксигенотерапії, симптоматичними препаратами та навіть продуктами харчування.

Маємо надію, що спільними зусиллями лікарів, пацієнтських організацій та влади ми зможемо подолати усі накопичені проблеми та спірні питання щодо паліативної допомоги хворим на ТБ. Але найголовніша, на мою думку, мета усіх змін у сучасній фтизіатричній службі — це зробити так, щоб саме поняття невилікового туберкульозу залишилося лише у історії. Вилікувати усіх хворих — єдиний шлях до подолання епідемії.