

**К. М. Островська, І. Я. Макойда, М. М. Островський, Л. А. Баблюк,
О. Б. Молодовець, А. Б. Зубань**
**ПОТЕНЦІЙНІ ШЛЯХИ ПОПЕРЕДЖЕННЯ ЗРОСТАННЯ РЕЗИСТЕНТНОГО ТУБЕРКУЛЬОЗУ
СЕРЕД ВПЕРШЕ ВІЯВЛЕНИХ ХВОРИХ**

ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»

Незважаючи, на значимі досягнення у розвитку медицини діагностичної та лікувальної на початку ХХІ, перед людством загалом та медичною спільнотою зокрема, знову постала проблема туберкульозу. Здавалось, давно відома хвороба, мала б уже бути подолана та залишитись спогадами на сторінках історії медицини. Проте ні. Туберкульоз не тільки не здає своїх позицій, але й знаходить нові механізми «завоювання територій». На першому плані, за даними Глобального фонду, стоїть зростання кількості випадків хіміорезистентного туберкульозу (ХРТБ). Неправильна терапія хворих на попередніх етапах лікування, внутрішньолікарняне перехресне інфікування стійкими штамами в умовах стаціонару, через неналежне дотримання заходів інфекційного контролю, роки вживання препаратів зі значною кількістю побічних дій (730 днів — 14600 таблеток) — все це призводить до посилення тягаря захворюваності на резистентний туберкульоз серед населення. Україна входить в перелік країн високого пріоритету за ХРТБ з 2014 року та займає «чинне» 2 місце в Європі.

Недооцінка пацієнтом ризику для здоров'я, життя, інфікування оточення, призвело до появи та зростання кількості вперше діагностованого ХРТБ. За даними єдиного державного реєстру хворих на туберкульоз по Івано-Франківській області за 2017–2018 роки, відмічається зниження з 51,2 (705 випадків) до 47,1 (647 випадків) на 100 тис. рівня загальної захворюваності на туберкульоз. Показники питомої ваги ХРТБ знизились на 0,5 % — з 24,5% (173 з 705 хворих) до 24 % (155 з 647 хворих), проте зберігається негативна тенденція, щодо показників резистентності серед нових випадків. Так, первинне інфікування МРТБ — 32 (20,6%) пацієнти у 2018 році, серед яких 5 дітей, проти 24 (13,9 %) у 2017 (2 дітей), РРТБ 8 (5,2 %) осіб 2018 р. та 4 (2,3 %) особи 2017 р. Також прослідковується одновекторна спрямованість зростання показників питомої ваги розпаду серед діагностованих випадків з 37,6 % до 39,6 %.

Дані рентгенологічних досліджень за 2017 р. засвідчують, що у 3 (75,0 %) з 4 хворих на РРТБ та 18 (75,0 %) з 24 пацієнтів на МРТБ спостерігались порожнини розпаду. В порівнянні з даними 2017 року, в 2018 спостерігається не тільки негативна тенденція зростання кількості випадків інфікування первинно резистентними формами, але й наростання показників, що свідчать про розпад легеневої тканини. В усіх 100,0 % хворих з РРТБ та у 30 (93,8 %) з 32 хворих на МРТБ. За клінічними формами, переважав інфільтративний та дисемінований підострий туберкульоз.

Нажаль, дані статистики це живі люди, які, маючи діагноз туберкульоз, розпочинають життя де є стигматизація з боку сусідів, колег по роботі, близького оточення, медичного персоналу, соціальна дезадаптація, тривале лікування та велика кількість побічних дій від хіміотерапії. І це, тільки мала частка тих проблем, з якими стикається пацієнт.

Пріоритетними шляхами вирішення нагальних питань повинна стати пацієнт-орієнтована модель лікування. І це не тільки якісні препарати та скорочені режими лікування, запозичені з міжнародних протоколів. Режим терапії — це один з компонентів у комплексному лікуванні хворого з ХРТБ. Залучатись повинні всі механізми протидії туберкульозу: повномасштабна швидка діагностика, міждисциплінарний підхід до вирішення поточних проблем пацієнта, соціальний та психологічний супровід. Своєчасна госпіталізація та контроль над паліативними хворими, можливо, вирішення питання про примусове лікування в закладах закритого типу цієї категорії пацієнтів, оскільки, вони утворюють ту когорту, яка інфікує резистентними штамми найчастіше. Окремим розділом повинно іти негайне широке впровадження нових препаратів Деламаніду, Бедаквеліну, постійний контроль якості інших протитуберкульозних середників та забезпечення повноцінною патогенетичною терапією.

Підсумовуючи вищесказане, хочеться зазначити, що питання туберкульозу не може бути вирішене тільки в рамках пацієнт-лікар. Це ситуація, яка переводить усіх дотичних до проблеми з категорії спостерігачі в категорію активні учасники. А до проблеми дотичні усі.

© Островська К. М., Макойда І. Я., Островський М. М., Баблюк Л. А., Молодовець О. Б., Зубань А. Б., 2019