В. М. Мельник, І. О. Новожилова, В. Г. Матусевич

# ПРИЧИНИ НЕЕФЕКТИВНОГО ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ТУБЕРКУЛЬОЗ ЛЕГЕНЬ

*ДУ "Національний інститут фтизіатрії і пульмонології ім. Ф. Г. Яновського НАМН України"*

## ПРИЧИНЫ НЕЭФФЕКТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ

***В. М. Мельник, И. А. Новожилова, В. Г. Матусевич***

*Резюме*

*Цель* — аналитическая оценка причин неэффективного лечения больных туберкулезом легких на основании опроса врачей-фтизиатров.

*Материалы и методы.* Данные анкетирования 54 врачей-фтизиатров относительно выявления и лечения больных туберкулезом легких по специально разработанной анкете.

*Результаты.* Установлены ведущие причины неэффективного лечения больных ТБ: в целом (рост химиорезистентности — 79,6 % и ко-инфекции — 68,5 %, ухудшение социально-экономических условий — 64,8 %, неэффективное здравоохранение — 31,5 %), с неудачным лечением (позднее выявление — до 68,5 %, низкая приверженность — до 57,4 %, поведенческие факторы — до 55,6 %), с прерванным лечением (алко- и наркозависимость — до 87,0 %, отсутствие постоянного места жительства — до 60,0 %, неконтролированное амбулаторное лечение — до 46,0 %, отсутствие социально-психологической помощи — до 30,0 %, побочные реакции на препараты — до 58,0 %), с летальным исходом (позднее выявление — до 83,0 %, ко-инфекция — до 72,0 %, нарушение режима, сопутствующие заболевания — до 64,0 %). По рейтинговой оценке врачей-фтизиатров позднее выявление туберкулеза является первопричиной неудачного и прерванного лечения, летального исхода.

Выявлена зависимость причин неудачного и прерванного лечения, летального исхода у больных туберкулезом легких от категории случая, возраста и пола, особенностей выявления, наличия МБТ и легочной деструкции, разных факторов риска — безработица, алкогольная и наркотическая зависимость, ВИЧ-инфицирование.

Установлено, что дальнейшая судьба преобладающего большинства больных с неэффективным лечением сложилась неблагоприятно: больше 1/3 из них переведены на паллиативное лечение, около 1/4 — умерли, другие продолжили лечение, результаты которого не известны, но ожидать успеха при таком количестве неблагоприятных факторов не приходиться.

*Выводы*. Большинство причин низкой эффективности лечения туберкулеза связано со сложными социально-экономическими условиями в стране и общемировыми тенденциями, которые обусловили негативные изменения в структуре заболевания, другие — с недостатками организации их выявления и лечения, несовершенством нормативной базы. Тесная связь причин неэффективного лечения туберкулеза между собой требует сотрудничества фтизиатров с другими специалистами (наркологами, инфекционистами, психологами), социальными службами, волонтерскими и общественными организациями. Для преодоления проблемы, кроме усилий медицинской службы, необходимы государственные решения, а предложения по ним должны быть сформулированы специалистами, исходя из научных разработок и нужд практической медицины в современных условиях.

***Ключевые слова:*** туберкулез легких, лечение, эффективность.

**Укр. пульмонол. журнал. 2020, № 1. С. 5–9.**

## CAUSES OF TREATMENT FAILURE IN PATIENTS WITH PULMONARY TUBERCULOSIS

***V. M. Melnyk, I. A. Novozhylova, V. G. Matusevych***

*Abstract*

*An aim* — analytical estimation of causes of treatment failure in patients with pulmonary tuberculosis (TB) on the basis of phthisiologists' reported questionnaire.

*Materials and methods.* Data from 54 phthisiologists in relation to detection and treatment of TB patients were collected using specially designed questionnaire.

*Results.* Leading causes of treatment failure were detected as follows: general (increasing prevalence of drug resistance — 79,6 %, co-infection — 68,5 %, worsening of socio-economic conditions — 64,8 %, ineffective healthcare system — 31,5 %) ineffective treatment (late detection — 68,5 %, low compliance — 57,4 %, behavioral factors — 55,6 %), interrupted treatment (alcohol and drug abuse — 87,0 %, homeless — 60,0 %, lack of direct treatment observation — 46,0 %, lack of social and psychological support — 30,0 %, drug adverse reactions — 58,0 %), death (late detection — 83,0 %, co-infection — 72,0 %, violation of hospital regimen, concomitant diseases — 64,0 %). According to physicians' assessment the late detection of TB was primary cause of treatment failure and interrupted treatment, as well as the cause of death of the patients.

The correlation between treatment failure, interrupted treatment and death and the category of TB case, age and sex, peculiarities of detection, positive cultures, pulmonary destruction, of different risk factors (unemployment, alcohol and drug abuse, HIV infection) has been established.

It was demonstrated that the further destiny of large majority of patients with treatment failure was unfavorable: more than 1/3 of them were transferred on palliative treatment, about 1/4 — died, other continued treatment with unknown, presumably negative, outcomes.

*Conclusions.* Most causes of TB treatment failure are associated with difficult socio-economic conditions in the country and world tendencies, which stipulated negative changes in the structure of disease. Other causes are connected with the limitations of their detection and treatment, imperfection of laws. All these reasons require collaboration between phthisiologists and other specialists (narcologists, infectologists, psychologists), social services, volunteers and public organizations. The solution of current problem requires joint efforts of medical service providers and government, based on experts' current opinion and practical suggestions.

***Key words:*** pulmonary tuberculosis, treatment, effectiveness.

**Ukr. Pulmonol. J. 2020; 1:5–9.**

*Мельник Василь Михайлович*
*ДУ «Національний інститут фтизіатрії і пульмонології ім. Ф. Г. Яновського НАМН України»*
*Заступник директора з науково-організаційної та науково-методичної роботи*
*Доктор мед. наук, професор*
*10, вул. М. Амосова, 03680, м. Київ, Україна*
*Тел.: 38044 275-41-22, факс: 38044 275-21-18, melnyk@ifp.kiev.ua*

*Vasil M. Melnyk*
*SI "National institute of phthisiology and pulmonology named after F. G. Yanovsky*
*National Academy of medical sciences of Ukraine"*
*Vice-director on scientific organization and scientific methodology*
*MD, professor*
*10, M. Amosova str., Kyiv, 03680, Ukraine*
*Tel.: 38044 275-41-22, fax: 38044 275-21-18, melnyk@ifp.kiev.ua*

© Мельник В. М., Новожилова І. О., Матусевич В. Г., 2020

**www.search.crossref.org**
**DOI: 10.31215/2306-4927-2020-107-1-5-9**

Слід констатувати що, нажаль, протягом останніх п'яти років в Україні не відбулося очікуваного покращання ефективності лікування хворих на туберкульоз (ТБ). Надалі спостерігається поширення мультирезистентного (МР ТБ) та розширено-резистентного (РР ТБ) туберкульозу, ко-інфекції — ТБ/ВІЛ, прогресуючих, ускладнених та занедбаних форм, результати лікування яких закономірно значно гірші, аніж вперше виявленого, чутливого до антимікобактеріальних препаратів (АМБП), не обтяженого несприятливими чинниками (ВІЛ–інфекція, соціальна дезадаптація тощо) ТБ [1, 2]. Залишається гострою проблема перерваного лікування, яке, за даними одних авторів, становить 9,4 % серед хворих на чутливий та 14,7 % — на хіміорезистентний ТБ [3], а за даними інших — досягає 21,8 % [4]. Більш, аніж 1/2 вперше зареєстрованих пацієнтів з позитивним результатом мікроскопії мокротиння переривають лікування до 3 місяців [5]. Частими причинами переривань лікування є тривала інтенсивна фаза протитуберкульозної терапії із включенням ін'єкційних препаратів 2-ої групи та збільшення кількість побічних реакцій у кінці основного курсу хіміотерапії [6].

Недостатня ефективність лікування хворих на ТБ та відсутність позитивних тенденцій щодо її підвищення, свідчить про неспроможність чинної системи надання протитуберкульозної допомоги подолати існуючі проблеми. Суттєві зміни, які відбулися в українському суспільстві, в першу чергу, соціально-економічні негаразди та реформування медичної галузі, вимагають іншої тактики щодо організації лікування хворих на ТБ. Необхідно розробити цілісну, максимально ефективно функціонуючу систему комплексних організаційних заходів спрямованих на підвищення ефективності лікування хворих на ТБ. Оскільки чимале значення при цьому має думка практичних лікарів, ми вирішили скористатися їх досвідом, запропонувавши оцінити причини неефективного лікування хворих на ТБ легень.

*Мета дослідження* — аналітична оцінка причин неефективного лікування хворих на ТБ легень на підставі опитування лікарів-фтизіатрів.

## Матеріали та методи

Лікарям-фтизіатрам із різних адміністративних територій була запропонована анкета, яка передбачала отримання багатовекторної інформації щодо виявлення та лікування хворих на ТБ легень, у тому числі щодо причин неефективного лікування. Усього отримано 54 заповнені анкети. Дані, що наведені в анкетах, зведені у таблиці, проаналізовані, статистично опрацьовані та узагальнені. Статистична обробка даних здійснювалася за загальноприйнятими методами [7].

## Результати та їх обговорення

### *Загальні причини неефективного лікування*

За узагальненими результатами опитування лікарів-фтизіатрів рейтинг причин неефективного лікування хворих на ТБ легень у цілому виявився наступним: 1 місце — зростання кількості хворих із МР ТБ / РР ТБ — (79,6 ± 6,2) %, $p < 0,05$; 2 місце — зростання кількості хворих із ко-інфекцією ТБ / ВІЛ — (68,5 ± 7,6) %, $p < 0,05$; 3 місце — складні соціально-економічні умови, у тому числі зростання кількості соціально-дезадаптованих хворих (безробітні, безхатченки, пенсіонери, бувші ув'язнені, алко- та наркозалежні тощо) та складнощі організації їх лікування — (64,8 ± 8,1) %, $p < 0,05$; 4 місце — відсутність раннього виявлення ТБ — (42,6 ± 10,3) %; 5 місце — відсутність національної нормативної бази щодо амбулаторного лікування хворих на ТБ — (33,4 ± 11,1) %; 6 місце — неефективно діюча система охорони здоров'я у цілому та первинна медико-санітарна допомога (ПМСД) зокрема — (31,5 ± 11,3) %; 7 місце — пізно розпочате лікування після встановлення діагнозу ТБ (з вини хворого або через проблеми передачі пацієнта з первинної ланки на вторинну) — (29,6 ± 11,4) %; 8 місце — недостатньо ефективна організація лікування хворих на ТБ — (24,1 ± 11,9) %. До інших причин належать: недосконалість законодавчої бази; низька прихильність та мотивація до лікування (особливо безробітних, наркотично залежних, прибулих з місць позбавлення волі), низький освітній рівень пацієнтів щодо ТБ, недотримання хворих I категорії у стаціонарах, не розділення пацієнтів за профілем резистентності, недооцінка хворими серйозності свого стану, припинення лікування на амбулаторному етапі, відсутність державних заходів, які забезпечують обов'язковість залучення хворих до лікування, відсутність повноцінного амбулаторного контрольованого лікування, відсутність відповідної підтримки (медичної, волонтерської та інше), соціальна незахищеність, недостатня кількість медичних кадрів на первинній ланці, порушення хворими режиму лікування, погана якість ліків, тривале лікування (особливо МР ТБ), відсутність індивідуального підходу — (18,6 ± 12,3) %.

Окрім загальних причин неефективного лікування хворих на ТБ легень, за даними анкетування лікарів-фтизіатрів вивчалися причини їх невдалого лікування, перерваного лікування та летального завершення, причому для різних категорій випадків (нові, рецидиви, МР ТБ) окремо. Ці причини вивчалися як на підставі рейтингової оцінки, так і за аналізом вибірки найбільш інформативних випадків щодо результатів лікування туберкульозу у різних адміністративних територій України.

### *Причини невдалого лікування*

Узагальнений аналіз, наданих лікарями-фтизіатрами матеріалів, довів, що найчастішими причинами невдалого лікування хворих на ТБ легень є: пізнє виявлення (нові випадки — 68,5 %, 1 рейтинг, рецидиви туберкульозу (РТБ) — 55,6 %, 2 рейтинг та МР ТБ — 51,8 %, 4 рейтинг), порушення хворими режиму лікування (50,1 % — 2 рейтинг, 50,0 % — 3 рейтинг, 55,6 % — 1 рейтинг відповідно), наявність ко-інфекції — ТБ / ВІЛ (50,0 % — 3 рейтинг, 46,3 % та 48,1 % — 5 рейтинг), низька прихильність до лікування через негативне ставлення до свого здоров'я або не усвідомлення всієї небезпеки туберкульозу (48,2 % — 4 рейтинг, 57,4 % — 1 рейтинг, 55,6 % — 2/3 рейтинг), поведінкові причини, у тому числі безхатченки, прибулі з місць позбавлення волі, непрацюючі тощо (42,6 % — 5 рейтинг, 50,0 % — 4 рейтинг, 55,6 % — 2/3 рейтинг), хіміорезистентність (35,2 %, 42,7 % — 6 рейтинг, 33,3 % — 7 рейтинг), а значно рідшими: відсутність

соціально-психологічної підтримки на амбулаторному етапі лікування (20,4 % — 7 рейтинг, 18,6 % — 8 рейтинг, 22,2 % — 9 рейтинг), супутні захворювання та ускладнення (20,4 % — 8 рейтинг, 22,2 % — 7 рейтинг, 25,9 % — 8 рейтинг), побічні реакції на протитуберкульозні препарати (ПТП) (по 14,9 % — 9 рейтинг, 40,7 % — 6 рейтинг),– ятрогенні причини (9,3 %, по 5,6 %, — 10 рейтинг), недотримання режимів лікування через нерегулярне постачання ПТП (по 1,9 %, 3,7 % — 11 рейтинг); інші причини — недосконалість законодавчої бази, не дотримання інфекційного контролю — перехресне зараження хворих в умовах стаціонару, соціальні причини, відсутність нових препаратів та ефективних схем лікування, пізнє виявлення стійкості до ПТП, недостатній контроль за лікуванням — видача ліків хворим на руки, відмова від антиретровірусної терапії (АРТ) або перервана АРТ у ВІЛ-інфікованих, небажання хворих лікуватись щоб зберегти групу інвалідності і соціальні пільги, міграція населення, робота за кордоном (інші причини зазначили відповідно 22,2 %, 22,2 % та 16,7 %).

Виявлена залежність причини невдалого лікування хворих на ТБ легень від наступних чинників:

– категорія випадку (у хворих з МР ТБ переважали низька прихильність до лікування — 56,8 % проти 16,2 %, $p < 0,05$ з рецидивами та 27,0 %, $p > 0,05$ з новими випадками, резистентність до ПТП — 50,0 % проти 14,3 %, $p < 0,05$ та 35,7 %, $p > 0,05$, 1/2 відмовлялися від лікування / від операції, всі мали незадовільну переносимість АМБТ, одночасно 3 і більше чинники ризику — 36,7 % проти 13,2 % з новими випадками та 30,0 % з рецидивами, $p > 0,05$);

– вік та стать (чоловіки частіше мали низьку прихильність до лікування — 30,2 % проти 16,1 % у жінок, шкідливі звички — 39,6 % проти 12,9 %, одночасно 3 і більше чинників ризику — 28,3 % проти 9,6 %; у віці 18–35 років частіше спостерігалося пізнє звернення — 66,7 % проти 51,3 % 36–55 років та 4,8 % — 55 і більше років, низька прихильність до лікування — 33,3 % проти 24,4 % та 27,6 % відповідно, одночасно 2 чинники ризику — 50,0 % проти 32,1 % та 37,9 %, $p > 0,05$);

– особливості виявлення (пізнє — у 81,1 % хворих із низькою прихильністю до лікування, у 84,8 % із шкідливими звичками, у 78,8 % із супутніми захворювання та ускладнення, у 75,0 % з ВІЛ — інфікуванням, 78,6 % із резистентністю до ПТП, у 100,0 % із відмовою від лікування, у 93,9 %, із одночасно 3 і більше чинники ризику — 93,9 %, $p < 0,05$);

– наявність МБТ та легеневої деструкції (МБТ виділяли 81,8 %, а легеневу деструкцію мали 94,2 %; ці хворі переважали за низькою прихильністю до лікування — 100,0 % та 86,5 % відповідно, шкідливими звичками — 97,8 % та 82,6 %, пізнім зверненням — 95,9 % та 85,1 %, супутніми захворюваннями та ускладненнями — 90,9 %, ВІЛ — інфікуванням — 81,3 %, резистентністю до ПТП — 94,6 % та 75,0 %, відмовою від лікування — по 100,0 %, незадовільною переносимість АМБП — по 100,0 %, одночасно 3 і більше чинники ризику — 81,8 % та 100,0 %;

– чинників ризику: переважали безробітні (пізнє звернення — 66,2 %, низька прихильність до лікування — 67,6 %, шкідливі звички — 69,6 %, супутні захворювання та ускладнення — 45,5 %, ВІЛ — інфіковані — 50,0 %, із резистентністю до ПТП — 57,1 %, відмовилися від лікування — 50,0 %) та хворі, які зловживали алкоголем (низька прихильність до лікування — 59,5 %, відмовилися від лікування — 50,0 %); мали одночасно 3 і більше чинники ризику — 69,7 % безробітних та 63,6 % алкоголь залежних, $p < 0,05$.

Подальша доля переважної більшості хворих за багатьма чинниками ризику склалася несприятливо: значна кількість переведена на паліативне лікування (з низькою прихильністю — 45,9 %, із шкідливими звичками — 34,8 %, з ВІЛ-інфікуванням — 31,2 %, з резистентністю до ПТП –35,7 %) та, хоча чимала кількість хворих із різними причинами невдалого лікування продовжили його (із пізнім зверненням — 32,4 %, із супутніми захворюваннями та ускладненнями — 39,3 %, з ВІЛ-інфікуванням — 37,5 %, з резистентністю до ПТП — 32,1 %, $p > 0,05$), результати невідомі та важко очікувати на вилікування з огляду на таку кількість несприятливих чинників; 66,7 % хворих з трьома і більше чинниками ризику померли.

***Причини перерваного лікування***

Найчастішими причинами перерваного лікування хворих на ТБ легень за рейтингом лікарів-фтизіатрів є: пізнє виявлення (нові випадки — 68,5 %, 1 рейтинг, РТБ — 55,6 %, 2 рейтинг та МР ТБ — 51,8 %, 4 рейтинг), порушення хворими режиму лікування (50,1 % — 2 рейтинг, 50,0 % — 3 рейтинг, 55,6 % — 1 рейтинг відповідно), наявність ко-інфекції — ТБ / ВІЛ (50,0 % — 3 рейтинг, 46,3 % та 48,1 % — 5 рейтинг), низька прихильність до лікування через негативне ставлення до свого здоров'я або не усвідомлення всієї небезпеки туберкульозу (48,2 % — 4 рейтинг, 57,4 % — 1 рейтинг, 55,6 % — 2/3 рейтинг), поведінкові причини, у тому числі безхатченки, прибулі з місць позбавлення волі, непрацюючі тощо (42,6 % — 5 рейтинг, 50,0 % — 4 рейтинг, 55,6 % — 2/3 рейтинг), хіміорезистентність (35,2 %, 42,7 % — 6 рейтинг, 33,3 % — 7 рейтинг), а значно рідшими: відсутність соціально-психологічної підтримки на амбулаторному етапі лікування (20,4 % — 7 рейтинг, 18,6 % — 8 рейтинг, 22,2 % — 9 рейтинг), супутні захворювання та ускладнення (20,4 % — 8 рейтинг, 22,2 % — 7 рейтинг, 25,9 % — 8 рейтинг), побічні реакції на ПТП (по 14,9 % — 9 рейтинг, 40,7 % — 6 рейтинг), ятрогенні причини (9,3 %, по 5,6 %, — 10 рейтинг), недотримання режимів лікування через нерегулярне постачання ПТП (по 1,9 %, 3,7 % — 11 рейтинг); інші причини — недосконалість законодавчої бази, не дотримання інфекційного контролю — перехресне зараження хворих в умовах стаціонару, соціальні причини, відсутність нових препаратів та ефективних схем лікування, пізнє виявлення стійкості до ПТП, недостатній контроль за лікуванням — видача ліків хворим на руки, відмова від АРТ або перервана АРТ у ВІЛ-інфікованих, небажання хворих лікуватись щоб зберегти групу інвалідності і соціальні пільги, міграція населення, робота за кордоном (зазначили відповідно по 22,2 % та 16,7 %).

Встановлена залежність причин перерваного лікування хворих на ТБ легень від таких чинників: 1) кате-

горія випадку (у хворих з МР ТБ переважали низька прихильність до лікування — 56,8 % проти 16,2 %, p < 0,05 з рецидивами та 27,0 %, p> 0,05 з новими випадками, резистентність до ПТП — 50,0 % проти 14,3 %, P < 0,05 та 35,7 %, p > 0,05, 1/2 відмовлялися від лікування / від операції, всі мали незадовільну переносимість АМБТ, одночасно 3 і більше чинники ризику — 36,7 % проти 13,2 % з новими випадками та 30,0 % з рецидивами, p > 0,05); 2) вік та стать (чоловіки частіше мали низьку прихильність до лікування — 30,2 % проти 16,1 % у жінок, шкідливі звички — 39,6 % проти 12,9 %, одночасно 3 і більше чинників ризику –28,3 % проти 9,6 %; у віці 18–35 років частіше спостерігалося пізнє звернення — 66,7 % проти 51,3 % 36–55 років та 4,8 % — 55 і більше років, низька прихильність до лікування — 33,3 % проти 24,4 % та 27,6 % відповідно, одночасно 2 чинники ризику — 50,0 % проти 32,1 % та 37,9 %, p > 0,05); 3) особливості виявлення (пізнє — у 81,1 % хворих із низькою прихильністю до лікування та у 84,8 % із шкідливими звичками, p > 0,05, у 78,8 % із супутніми захворювання та ускладнення, у 75,0 % з ВІЛ-інфікуванням, 78,6 % із резистентністю до ПТП, у 100,0 % із відмовою від лікування, у 93,9 %, із одночасно 3 і більше чинники ризику — 93,9 %, p < 0,05); 4) наявність МБТ та легеневої деструкції (МБТ виділяли 81,8 %, а легеневу деструкцію мали 94,2 %; ці хворі переважали за низькою прихильністю до лікування — 100,0 % та 86,5 % відповідно, шкідливими звичками — 97,8 % та 82,6 %, пізнім зверненням — 95,9 % та 85,1 %, супутніми захворюваннями та ускладненнями — 90,9 %, ВІЛ-інфікуванням — 81,3 %, резистентністю до ПТП — 94,6 % та 75,0 %, відмовою від лікування — по 100,0 %, незадовільною переносимістю АМБП — по 100,0 %, одночасно 3 і більше чинники ризику — 81,8 % та 100,0 %; 5) чинників ризику (переважали безробітні: пізнє звернення — 66,2 %, низька прихильність до лікування — 67,6 %, шкідливі звички — 69,6 %, супутні захворювання та ускладнення — 45,5 %, ВІЛ-інфіковані — 50,0 %, із резистентністю до ПТП — 57,1 %, відмовилися від лікування — 50,0 % та алкоголь залежні хворі: низька прихильність до лікування — 59,5 %, відмовилися від лікування — 50,0 %; мали одночасно 3 і більше чинники ризику — 69,7 % безробітних та 63,6 % алкоголь залежних p < 0,05).

Як і у хворих з невдалим лікуванням, доля переважної більшості хворих з перерваним лікуванням у подальшому склалася несприятливо, оскільки багато хворих були переведені на паліативне лікування (з низькою прихильністю — 45,9 %, із шкідливими звичками — 34,8 %, з ВІЛ-інфікуванням — 31,2 %, з резистентністю до ПТП –35,7 %), а 66,7 % хворих з трьома і більше чинниками ризику померли. Продовжили лікування: з пізнім зверненням — 32,4 %, з супутніми захворюваннями та ускладненнями — 39,3 %, з ВІЛ-інфікуванням — 37,5 %, з резистентністю до ПТП — 32,1 %, однак сподіватися на вилікування, за такими несприятливими чинниками, марно.

***Причини летального завершення туберкульозу***

Встановлено, що біля 1/2 хворих з новими випадками та РТБ померли у термін до 1–2 місяців (47,5 % та 55,6 % відповідно), а з МР ТБ — у термін > 2–4 місяців (33,2 %) від початку лікування.

За рейтингом лікарів-фтизіатрів частими причинами летального завершення лікування хворих на ТБ легень є: пізнє виявлення (нові випадки — 83,1 %, РТБ — 79,3 %, МР ТБ — 80,8 % — 1 рейтинг, P < 0,05, окрім "наявність ко-інфекції" та "супутні захворювання"), наявність ко-інфекції — туберкульоз та ВІЛ (71,7 %, 69,8 %, 69,2 % відповідно — 2 рейтинг), порушення хворим режиму лікування, у тому числі залежність від алкоголю та наркотиків тощо (62,3 %, 64,1 % — 3 рейтинг, 55,8 % — 4 рейтинг), супутні захворювання та ускладнення (51,0 %, 51,0 % — 4 рейтинг, 64,5 % — 3 рейтинг), рідшими: відсутність постійного місця проживання (26,4 % — 5 рейтинг, 24,5 % — 6 рейтинг, 23,1 % — 7 рейтинг), резистентність до ПТП (24,5 % — 6 рейтинг, 39,6 %, 48,0 % — 5 рейтинг), побічні реакції на ПТП (9,5 %, 13,2 % — 7 рейтинг, 13,2 % — 6 рейтинг); інші причини — недосконала законодавча база; відмова від АРТ, перерва в АРТ у ВІЛ-інфікованих; відсутність коштів для звернення до медичного закладу; відмова від лікування (зазначили відповідно 17,0 %, 18,9 %, 17,36 %). Цікаво, що для хворих з МР ТБ такі причини летального завершення, як пізнє виявлення, наявність ко-інфекції, порушення режиму лікування, супутні захворювання та ускладнення випереджали резистентність до ПТП, яка посідала лише 5 рейтингове місце.

Причини перерваного лікування хворих на ТБ легень залежать від таких чинників: 1) категорія випадку (хворі з МР ТБ частіше мали три і більше чинники ризику одночасно — 57,9 % проти 17,2 % з новими випадками та 41,2 % з РТБ); 2) стать (у чоловіків частіше спостерігався поширений туберкульоз — 86,3 % проти 70,0 % у жінок, шкідливі звички — 59,8 % проти 30,0 %, 3 і більше причини — 41,2 % проти 26,7 %); 3) наявність МБТ та легеневої деструкції (МБТ виділяли 88,7 %, а легеневу деструкцію мали 70,8 %, P < 0,05, ці хворі переважали над хворими без МБТ за поширеністю ТБ — 85,5 % та 83,3 %, шкідливими звичками — 55,6 % та 54,9 %); 4) чинники ризику (поширений ТБ частіше мав місце у хворих з алкогольною та наркотичною залежністю — 92,2 % та 90,9 %, у ВІЛ — інфікованих — 70,27 %, у хворих із супутніми захворюваннями — 76,3 %, у безробітних — 88,3 %; майже у всіх хворих з алкогольною та наркотичною залежністю ці чинники ризику, у поєднанні з поширеністю туберкульозу, стали основною причиною летального завершення — 90,2 % та 90,9 %, p < 0,05 у порівнянні з усіма іншими, так само і ВІЛ-інфікування у 86,5 %, p < 0,05 стало безпосередньою причиною летального завершення; 90,9 % ВІЛ-інфікованих були залежними від наркотиків, p < 0,05 у порівнянні з усіма іншими; супутні захворювання та ускладнення майже у 1/2 хворих, які їх мали, стали причиною летального завершення; майже усі споживачі наркотиків мали 3 і більше чинника ризику — 90,9 %, p < 0,05; інші чинники ризику — контакт із хворим на ТБ, курці, безхатченки, мігранти, ув'язнені, з місць тимчасового перебування людей — притулки/гуртожитки, малозабезпечені, багатодітні тощо найчастіше мали місце у хворих, у яких причинами летального завершення були поширеність ТБ — 94,4 %, p < 0,05, шкідливі звички — 61,1 % та резистентність до ПТП — 50,0 % — p > 0,05).

## Висновки

1. 1/4 усіх причин низької ефективності лікування хворих на ТБ легень пов'язані з організаційними недоліками щодо виявлення та лікування, дещо менше — з недосконалістю нормативної бази, найбільше — із складними соціально-економічними умовами в країні та загальними світовими тенденціями, які обумовили негативні зміни у структурі захворюваності (збільшення кількості МР ТБ / РР ТБ, ко-інфекції ТБ / ВІЛ, соціально-дезадаптованого населення).

2. За рейтинговою оцінкою лікарів-фтизіатрів пізнє виявлення ТБ є першою серед причин невдалого (68,5 %) та перерваного лікування (68,5 %), летального завершення (83,1 %), $p < 0,05$. Встановлено прямий зв'язок причин неефективного лікування туберкульозу з чинниками ризику: алко- та наркозалежністю, безробіттям, ВІЛ-інфікуванням та їх поєднанням, що потребує співпраці фтизіатрів з іншими фахівцями (наркологи, інфекціоністи, психологи), залучення соціальних служб, волонтерських і громадських організацій до процесу виявлення та лікування хворих на ТБ.

3. Причини неефективного лікування ТБ тісно пов'язані між собою, тому для вирішення проблеми у цілому, окрім зусиль медичної служби, необхідні державницькі рішення, а пропозиції щодо них мають бути визначені та запропоновані фахівцями, виходячи з наукових доробок та потреб практичної медицини в сучасних умовах. При визначенні стратегії щодо подолання проблеми неефективного лікування хворих на ТБ необхідно враховувати те, що є причини, які можна усунути зусиллями медичної служби, є такі, розв'язання яких пов'язано з прийняттям нових законодавчих актів та продовженням медичної реформи, та існує чимало загальних причин, вирішення яких неможливе без покращання соціально-економічних умов в країні та "оздоровлення" суспільства.

## Подяка

Автори статті щиро дякують усім колегам, які відгукнулися на прохання щодо надання даних, які передбачені анкетою. Слід відмітити, що анкета складалася з багатьох таблиць та відповідей на запитання щодо існуючих проблем та викладення власного бачення стосовно їх вирішення, тому її заповнення вимагало значного часу. Нам приємно особисто подякувати: Тхоровському М.А., Клименко Т.І., Литвиненко В.Д., Цвігуну А.О., Флизнюк С.В. та Литвинюк О.П. (Вінницька область та м. Вінниця), Валецькому Ю.М. (Волинська область), Котельниковій А.О. (Дніпропетровська область), Акент'євій О.О., Чернецькій О.В. та Лозко Л.В. (Житомирська область), Яценко О.В., Хуторянській З.Я., Федченко Т.С., Новіковій Л.В., Шулік Ю.В., Коломойцю В.О. та Морозовій І.М. (Запорізька область, м. Запоріжжя ), Щасливій А.М. (Кіровоградська область), Баненковій Є.О. (Миколаївська область), Сміт О.А. (Полтавська область), Михальчуку В.І. (Рівненська область), Ковальовій Т.Ф. (Харківська область), Коваль Г.В. (Херсонська область), Зінченко Н.Б., Ярмошенко О.В., Шмігіріловій Л.В. та Дядик Н.С. (м. Київ), Троян К.П. (Житомирська область), Мануйлову Д.М. (м. Житомир), Корпенко Ж.В. та Масовець Р.М. (Чернігівська область). Окрему подяку висловлюємо професору, д-ру мед. наук Зайкову С.В. за сприяння у проведенні анкетування на курсах підвищення кваліфікації на кафедрі фтизіатрії та пульмонології КМАПО ім. Шупика

Велике спасибі всім, шановні колеги, за Вашу небайдужість до спільної справи!

## ЛІТЕРАТУРА

1. Фещенко ЮІ, Мельник ВМ, Турченко ЛВ. Погляд на проблему боротьби з туберкульозом в Україні. Укр. пульмонол. журн. 2016;(3);5–10.
2. Мельник ВМ., та ін. Концептуальні засади реформування фтизіохірургічної служби в Україні. Укр. пульмонол. журн. 2017;(2)Додаток;14–15.
3. Руденко В., Горбасенко И., Борткевич С., Пилипенко В., Матвиенко М., Турченко Л. Аналіз державної політики протидії туберкульозу в Україні в контексті переходу на амбулаторну модель лікування. Аналітична записка. Электронный информационный бюллетень. Август 2016;(1):28–60. Режим доступу :http://stoptb.in/wp-content/uploads/2018/03/Bulletin_1.pdf.
4. Тестов ВВ., Стерликов СА., Васильева ИА. и др. Результаты химиотерапии у больных туберкулёзом с множественной лекарственной устойчивостью возбудителя в регионах Российской Федерации. Туберкулёз и болезни лёгких. 2014;(4):9–13.
5. Стерликов СА. Характеристика и результаты основного курса лечения впервые выявленных больных туберкулезом легких, зарегистрированных в 2011 г. Туберкулёз и болезни лёгких. 2014;(7);16–20.
6. Гранкіна НВ, Литвиненко НА. 8-місячна інтенсивна фаза хіміотерапії при лікуванні хворих на Мультирезистентний туберкульоз: наскільки це необхідно? Укр. пульмонол. журн. 2016;(2);29–31.
7. Лапач СН., Чубенко АВ., Бабич ПН. Статистические методы в медико-биологических исследованиях с использованием Excel. Київ: Морион. 2000;320 с.

## REFERENCES

1. Feshchenko Yul, Melnyk VM, Turchenko LV. *Poglyad na problemu borotby z tuberkulozom v Ukrayini* (A look at the problem of tuberculosis control in Ukraine). *Ukr. pulmonol. zhurn*. 2016;(3);5–10.
2. Melnyk VM, et al. *Kontseptualni zasady reformuvannya ftyziokhirurhichnoyi sluzhby v Ukrayini* (Conceptual bases of reformation of the phthisiosurgical service in Ukraine). *Ukr. pulmonol. zhurn*. 2017;(2, Dodatok);14–15.
3. Rudenko V, Horbasenko Y, Bortkevych S, et al. *Analiz derzhavnoyi polityky protydiyi tuberkulozu v Ukrayini v konteksti perekhodu na ambulatornu model likuvannya. Analitychna zapyska. Elektronnyy informatsyonnyy byulleten* (Analysis of the state policy of tuberculosis control in Ukraine in the context of transition to outpatient treatment model. Analytical note. Electronic newsletter). Avgust. 2016;(1):28–60. Available at: http://stoptb.in/wp-content/uploads/2018/03/Bulletin_1.pdf
4. Testov VV, Sterlikov SA, Vasilyeva IA, et al. *Rezultaty khimioterapii u bolnykh tuberkulozom s mnozhestvennoy lekarstvennoy ustoychivostyu vozbuditelya v regionakh Rossiyskoy Federatsii* (Results of chemotherapy in patients with multidrug-resistant tuberculosis of the pathogen in the regions of the Russian Federation). *Tuberkulez i bolezni legkikh*. 2014;(4):9–13.
5. Sterlikov SA. *Kharakteristika i rezultaty osnovnogo kursa lecheniya vpervyye vyyavlennykh bolnykh tuberkulezom legkikh, zaregistrirovannykh v 2011 g* (Characterization and results of the main course of treatment for newly diagnosed pulmonary tuberculosis patients registered in 2011). *Tuberkulez i bolezni legkikh.* 2014;(7);16–20.
6. Grankina NV, Lytvynenko NA. *8-misyachna intensyvna faza khimioterapiyi pry likuvanni khvorykh na multyrezystentnyy tuberkuloz: naskilky tse neobkhidno* (8-month intensive phase of chemotherapy in the treatment of patients with multidrug-resistant tuberculosis: how necessary is it)? *Ukr. pulmonol. zhurn*. 2016;(2);29–31.
7. Lapach SN, Chubenko AV, Babych PN. *Statystycheskye metody v medyko-biologicheskikh issledovanyyakh s ispolzovaniem Excel* (Statistical methods in biomedical research using Excel). Kyiv: Morion. 2000;320p.