

Роль сімейного лікаря у наданні медичної допомоги хворим на туберкульоз в амбулаторних умовах

А.Г. Ярешко¹, В.Г. Печериця², М.В. Куліш¹

¹ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава

²Полтавський обласний клінічний протитуберкульозний диспансер, м. Полтава

Реформування системи охорони здоров'я в Україні передбачає розширення повноважень сімейних лікарів у проведенні протитуберкульозних заходів серед населення, організації виявлення, діагностики і лікування хворих на туберкульоз в амбулаторних умовах.

Ключові слова: туберкульоз, сімейні лікарі, протитуберкульозні заходи, амбулаторне медичне обслуговування.

В умовах реформування медичної служби, спрямованої на розширення і удосконалення первинної медико-санітарної допомоги населенню, робота сімейного лікаря щодо протитуберкульозних заходів набуває особливо важливого значення. Туберкульоз (ТБ) є одним з найбільш поширених соціально значущих інфекційних захворювань, яке входить в число 5 основних причин смертності і сьогодні характеризується збереженням глобальної епідемії. Україна входить в число держав, де захворюваність на ТБ серед населення перевищує епідемічний поріг (50 на 100 тис. населення). Кожного року в Україні реєструють понад 30 тис. нових випадків ТБ і близько 8 тис. від нього помирають [5].

Для подолання епідемії ТБ в Україні у 2001 р. був прийнятий Закон України «Про боротьбу із захворюванням на туберкульоз» № 2586-Ш, яким було визначено правові, організаційні та фінансові засади діяльності органів виконавчої влади всіх рівнів. Було прийнято три п'ятирічні «Національні програми протидії поширенню захворювання на ТБ». Але за цей час радикального зниження захворюваності на ТБ не відбулося, хоча протягом останніх 8 років відзначається тенденція до зниження цього показника з 84,1 на 100 тис. у 2005 р. до 67,9 на 100 тис. населення у 2013 р. [4]. Фінансування програм боротьби із захворюваністю на ТБ вистачає тільки на хіміопрепарати. У той самий час, застосування хіміотерапії веде до зростання резистентних форм туберкульозу. Так, за даними ВООЗ, в Україні мультирезистентний ТБ у вперше виявлених хворих на ТБ у 2013 р. склав 16%, а у хворих з рецидивом ТБ цей показник досяг 44%. З 2009 р. до 2013 р. кількість хіміорезистентного ТБ зростає майже у 3 рази. Сприяють цьому безробіття, міграція, низький рівень матеріального забезпечення населення. Важливу роль у цьому відіграють і медичні фактори, особливо ВІЛ-інфекція/СНІД. Захворюваність на ВІЛ/СНІД-асоційований ТБ в Україні з 2001 р. зростає у 10 разів. Важливе значення у підтриманні епідемії ТБ мають сімейні, виробничі та професійні контакти з хворими на туберкульоз. Недотримання вимог протиепідемічних заходів в медичних закладах зумовлює підвищену захворюваність на ТБ серед медичних працівників загальної мережі, у яких цей показник у 2 рази перевищує захворюваність населення, а серед фтизіатрів він у 4 рази вищий. Ці показники свідчать про те, що медичні працівники протитуберкульозних і загальних лікувально-профілактичних закладів не завжди дотримуються стандартів інфекційного контролю.

Отже, існуюча структура надання медичної допомоги населенню, у тому числі і хворим на ТБ, свій ресурс вичерпала, і стає очевидною необхідність її реорганізації. Саме на це і спря-

мована концепція розвитку системи медичної допомоги хворим на амбулаторному етапі. Реформа обмежує госпіталізацію всіх вперше виявлених хворих на ТБ, скорочує строки їхнього стаціонарного лікування з переводом на амбулаторне долікування після припинення бактеріовиділення, а також проведення повного курсу лікування в амбулаторних умовах, якщо хворий не є бактеріовиділювачем, на амбулаторне лікування переводять і хворих на хіміорезистентний ТБ.

З метою створення послідовної системи надання медичної допомоги хворим на ТБ на всіх рівнях і був створений уніфікований клінічний протокол [1, 6], яким передбачається: 1) розширення амбулаторної роботи з виявлення хворих на ТБ, 2) рання діагностика з метою розподілення потоків хворих і відокремлення хворих на резистентні форми ТБ для обмеження подальшого поширення МБТ, 3) організація лікування хворих на ТБ переважно на амбулаторному етапі і оптимізація схем лікування резистентного ТБ з метою обмеження спектра резистентності.

Виявлення хворих на ТБ здійснюють медичні працівники лікувальних закладів первинної медичної допомоги й інших медичних установ шляхом активного профілактичного флюорографічного обстеження населення або пасивно – за зверненням пацієнта. При цьому враховують особливості клінічного перебігу хвороби у пацієнта. У ранній період ТБ може розвиватися без клінічних проявів, так звана латентна туберкульозна інфекція (ЛТИ). Її діагностують за допомогою туберкулінового тесту Манту. Ранніми проявами ТБ будуть симптоми інтоксикації, такі, як схуднення, нічна пітливість, зниження працездатності. При легеневому ТБ з'являється бронхолегенево-плевральний синдром з обмеженим боєм у боці. Особливої уваги заслуговує кашель тривалістю більше 2 тиж. Такі пацієнти підлягають обстеженню з двократним дослідженням мокротиння на кислотостійкі бактерії (КСБ). Зібране мокротиння доставляють у мікробіологічну лабораторію 1-го рівня для проведення мікроскопії мазка на КСБ. Мокротиння ВІЛ-інфікованих осіб і осіб, які мали контакти з хворими на резистентний ТБ, потрібно направляти на молекулярно-генетичне дослідження. Для виявлення ЛТИ у хворих на ВІЛ-інфекцію проводять пробу Манту з 2 ТО стандартного розчину туберкуліну. Звертають увагу на раніше перенесений ТБ, а також на хвороби, які формують імунodefіцит.

Після фізикального обстеження хворого з підозрою на ТБ легень сімейний лікар окрім мікробіологічного обстеження обов'язково повинен призначити x-променеве обстеження органів грудної клітки.

У разі позитивних результатів дослідження мокротиння на КСБ пацієнта негайно направляють на консультацію на 2-й рівень медичної допомоги або на консультацію до фтизіатра. Діагноз ТБ підтверджують або виключають тільки у протитуберкульозному закладі.

У разі виявлення вогнищевих або інфільтративних змін у легенях у ВІЛ-негативних пацієнтів та у разі негативних результатів дослідження мазків мокротиння сімейний (дільничний) лікар призначає неспецифічну антибак-

Ефективність лікування хворих на вперше діагностований деструктивний туберкульоз легень з використанням інформаційно-хвильової терапії (ІХТ)

Клінічні показники		1-а група (ХТ+ГКС+ІХТ), n=26*		2-а група (ХТ+ ГКС), n=143*		Контрольна група (ХТ), n=98*	
		Абс. число	%	Абс. число	%	Абс. число	%
Нормалізація показників гемограми	ефективне лікування	21	91,3*	106	86,18*	60	69,77
	невдача лікування	2	8,7*	17	13,82*	26	30,23
Припинення бактеріовиділення	ефективне лікування	24	92,31	129	90,21*	78	79,59
	невдача лікування	2	7,69	14	9,79*	20	20,41
Розсмоктування інфільтративних змін	ефективне лікування	24	92,31*	125	87,41*	69	70,41
	невдача лікування	2	7,69*	18	12,59*	29	29,59
Закриття порожнин розпаду	ефективне лікування	23	88,46*	118	82,52*	65	66,33
	невдача лікування	3	11,54	25	17,48*	33	33,67

Примітки: * – під час госпіталізації зміни у гемограмі спостерігалися у 23 пацієнтів 1-ї групи, у 123 пацієнтів 2-ї групи та 86 пацієнтів контрольної групи; * – різниця вірогідна порівняно з відповідними даними контрольної групи (p<0,05).

теріальну терапію на 10–12 днів, за виключенням рифампіцину, аміноглікозидів і фторхінолонів, після чого проводять повторне х-променеве обстеження. У разі відсутності позитивного результату або негативної динаміки пацієнта направляють на консультацію до фізіотерапевта, де встановлюють напрямки ТБ і призначають специфічне лікування.

У ВІЛ-позитивного пацієнта за виявлення у легенях вогнищевих змін або інфільтратів проводять обстеження з метою виключення опортуністичної інфекції і після цього протягом 5 днів разом з лікарем-інфекціоністом центру боротьби зі СНІДом оформляють медичні документи і подають на ЦЛКК для вирішення питання про призначення протитуберкульозного лікування.

У пацієнтів з гістологічним підтвердженням ТБ специфічну терапію за протоколом призначають одразу, незалежно від наявності результатів бактеріологічного дослідження мокротиння чи біоптату на МБТ.

У разі відсутності у сімейного лікаря можливості проведення діагностичних обстежень при підозрі на ТБ легень або ТБ позалегенової локалізації пацієнта необхідно направити на консультацію до фізіотерапевта.

Лікування хворих на ТБ проводять у протитуберкульозних закладах. Після досягнення припинення бактеріовиділення хворий може бути переведений на амбулаторний етап долікування. При цьому дільничний фізіотерапевт повинен передати сімейному лікарю медичну карту обліку хворого ТБ 01 або ТБ 01 МРТБ з призначенням лікуванням, а також необхідні протитуберкульозні препарати. У карті пацієнта медичний працівник амбулаторії обов'язково відзначає контрольоване ним вживання пацієнтом протитуберкульозних препаратів. Неefективні схеми лікування хворого на туберкульоз не допускаються. У разі порушення хворим режиму лікування сімейний лікар відновлює його в порядку, встановленому законодавством.

Кожного місяця хворий на ТБ повинен бути оглянутий дільничним фізіотерапевтом з підтвердженням або корекцією лікування. У разі появи побічних реакцій на протитуберкульозні препарати сімейний лікар робить позначку у карті, повідомляє фізіотерапевта і вносить зміни відповідно до його рекомендацій.

По завершенню контрольованого лікування сімейний (дільничний) лікар направляє пацієнта до фізіотерапевта і передає йому форму ТБ 01 або ТБ 01 МРТБ.

Протокол допускає можливість лікування хворого з бактеріовиділенням вдома за умов можливості ізоляції хворого в окремій кімнаті, відсутності дітей до 18 років і задовільних санітарних та житлово-побутових умов.

Профілактичне лікування в епідосередку ТБ сімейний лікар проводить за призначенням дільничного фізіотерапевта.

Таким чином, в умовах реформування медичної служби

обов'язки сімейного лікаря у протитуберкульозній роботі суттєво розширюються. Планування організації раннього виявлення ТБ шляхом виконання флюорографії у дорослих і діагностику інфікування у дітей за допомогою тесту Манту з 2 ТО РPD, а також виявлення хворих за зверненням, доповнюють проведенням лікування ТБ на амбулаторному етапі і контролем за суворим дотриманням режиму лікування хворим. Амбулаторний етап лікування хворих на ТБ за новим протоколом суттєво розширений і набув інструктивного характеру з широким долученням до контролю за вживанням ліків хворими окрім медичного персоналу працівників Червоного Хреста, волонтерів і навіть членів сім'ї хворого.

Концепція розвитку амбулаторного обслуговування хворих на ТБ передбачає значне скорочення строків стаціонарного лікування ТБ до 60 днів у 2015 р. і до 30 днів у 2016 р. З цього приводу не можна не нагадати, що ТБ має глибокі соціальні корені і широка мережа протитуберкульозних закладів у нашій країні була спрямована не тільки на ізоляцію хворих шляхом госпіталізації як протиепідемічний захід, а й на захист соціально не захищених верств населення, яких за останні роки в Україні не зменшилось. Суттєво може вплинути на епідеміологічну ситуацію з ТБ скорочення строків стаціонарного лікування, тривалість якого раніше визначали критерієм стабільності припинення бактеріовиділення (триразовим негативним аналізом мокротиння на МБТ). Реформа рекомендує знизити цей критерій до однократного отримання негативного мазка мокротиння. Отже, концепція реформування протитуберкульозної роботи в Україні, по суті, руйнує соціальний і медичний фактори протиепідемічної роботи в країні. Окрім того, перенесення на амбулаторний етап лікування хворих на резистентний ТБ може поставити питання про посилення інфекційного контролю в місцях прийому таких хворих і соціальний захист медичних працівників, які будуть проводити цей прийом.

Для вирішення цієї надскладної проблеми – лікування хворих на резистентний до хіміопрепаратів ТБ – були розроблені методи підвищення ефективності лікування таких хворих [2, 3]. Клінічні дослідження засвідчили, що застосування хвильових технологій у лікуванні хіміорезистентного ТБ – це сучасний і перспективний шлях, оскільки не має протипоказань і побічної дії і може бути поєднаний зі специфічним і патогенетичним лікуванням, покращує переносимість хворими препаратів і суттєво підвищує ефективність лікування (таблиця).

Результати проведеного дослідження засвідчили, що більш ефективним був режим лікування хворих 1-ї та 2-ї груп, в лікуванні яких були застосовані хіміогормонотерапія і поєднання її з ІХТ. Розсмоктування інфільтрації досягнуто

відповідно у 92,31% та 87,41% хворих, тоді як у контрольній групі – у 70,41% ($p < 0,05$) осіб. Припинення бактеріовиділення досягнуто відповідно у 92,31% та 90,21% осіб, закриття каверн відповідно у 88,46% та 82,52% хворих, що суттєво перевищує показники контрольної групи – 79,59% ($p > 0,05$) та 66,33% ($p < 0,05$) відповідно.

Роль семейного врача в оказании медицинской помощи больным туберкулезом на амбулаторном этапе

А.Г. Ярешко, В.Г. Печерица, М.В. Кулиш

Реформирование системы здравоохранения в Украине предусматривает расширение полномочий семейных врачей в проведении противотуберкулезных мероприятий среди населения, организации выявления, диагностики и лечения больных туберкулезом в амбулаторных условиях.

Ключевые слова: туберкулез, семейные врачи, противотуберкулезные мероприятия, амбулаторное медицинское обслуживание.

ВИСНОВКИ

Отже, за умов реалізації концепції розвитку амбулаторного медичного обслуговування хворих на туберкульоз інформаційно-хвильова терапія може бути ефективним засобом у паліативному лікуванні хворих на мульти- та полірезистентний туберкульоз.

The role of the family physician in medical care TB patients in outpatients' clinic

A.G. Yareshko, V.G. Pechericza, M.V. Kulish

Reformation of the system of public health in Ukraine foresees expansion of plenary powers of family physicians in realization of antitubercular measures among a population, organization of detection, diagnostics and treatment of patients with tuberculosis in ambulatory terms.

Key words: tuberculosis, family physicians, TB measures outpatient medical care.

Сведения об авторах

Ярешко Анатолий Григорьевич – Высшее государственное учебное заведение Украины «Украинская медицинская стоматологическая академия», 36011, г. Полтава, ул. Шевченко, 23; тел.: (05322) 7-20-47, (066) 692-76-88. E-mail: anatolijayareshko@yandex.ru

Печерица Владимир Георгиевич – Полтавский областной клинический противотуберкулезный диспансер, 36011, г. Полтава, ул. Шевченко, 23

Кулиш Марина Владимировна – Высшее государственное учебное заведение Украины «Украинская медицинская стоматологическая академия», 36011, г. Полтава, ул. Шевченко, 23

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Наказ МОЗ України № 620 від 04.09.2014 р. «Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги дорослим: Туберкульоз». – К., 2014. – 171 с.
2. Патент № 62429 А Україна, МПК А 61 В 8/00. Спосіб лікування полірезистентного туберкульозу / Ярешко А.Г., Колбун М.Д.: заявник і патентовласник ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія». – № у 2009

товласник ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія». – № у 2003 032450; заявл. 21.03.2003; опубл. 15.12.2003, бюл. № 12.
3. Патент № 48325 U Україна, МПК А 61 Р 31/00 А 61 В 8/00 А 61 N 5/00. Спосіб лікування хронічного туберкульозу легень / Ярешко А.Г., Колбун М.Д., Коптев М.М., Куліш М.В.: заявник і патентовласник ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія». – № у 2009

10451; заявл. 15.10.2009; опубл. 10.03.2010, бюл. № 5.
4. Туберкульоз в Україні: аналітико-статистичний довідник. – Кіровоград: Поліум, 2014. – 106 с., 87 табл.
5. Фещенко Ю.І. Епідемія туберкульозу в Україні: історичні аспекти та сучасний стан проблеми / Ю.І. Фещенко, С.А. Черенко // Науковий журнал МОЗ України. – 2012. – № 1 (1). – С. 48–57.

6. Фещенко Ю.І. Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Туберкульоз»: особливості його підготовки та чим відрізняється від попередніх клінічних протоколів / Ю.І. Фещенко, С.О. Черенко, А.І. Барбова // Туберкульоз, легеневі хвороби, ВІЛ-інфекція. – 2013. – № 2. – С. 8–18.

Статья поступила в редакцию 24.02.2015