

© Валецький Ю.М., 2005
УДК 616.24-002.5-085.2/3-036.8:612.68.001.6

Ю.М. Валецький

АЛГОРИТМКОРЕКЦІЇНЕЕФЕКТИВНОГОЛІКУВАННЯ ХВОРИХНАВПЕРШЕДІАГНОСТОВАНИЙТУБЕРКУЛЬОЗ ЛЕГЕНЬ

Волинське обласне територіальне медичне протитуберкульозне об'єднання

Розроблено алгоритм корекції неефективного лікування хворих на вперше діагностований туберкульоз легень й апробовано його на 45 пацієнтах. Доведено доцільність і вивчено ефективність його використання.

На початку 90-х років XX століття у багатьох країнах світу, включаючи й Україну, різко погіршилася ситуація з туберкульозу. У квітні 1993 р. ВООЗ проголосила туберкульоз глобальною небезпекою [1-3]. З 1995 р. в Україні зареєстрована епідемія туберкульозу, яка прогресує й сьогодні [4]. Для контролю за епідемією туберкульозу застосовується багато різних протитуберкульозних заходів, серед яких найефективнішим вважається лікування хворих [4-8]. Це зумовлено тим, що лікування не тільки позбавляє хворих від недуги, але й завдяки припиненню бактеріовиділення суттєво зменшує кількість джерел збудника, що перериває епідемічний ланцюг передачі туберкульозної інфекції та позитивно впливає на епідемічну ситуацію з туберкульозу [9-14]. Опубліковані поодинокі дослідження стосуються причин неефективного лікування хворих на туберкульоз [4, 15, 16], проте недостатньо узагальнені причини неефективного лікування в сучасних умовах соціально-економічної кризи та епідемії туберкульозу в Україні, а також досконало не розроблені шляхи корекції неефективного лікування хворих на вперше діагностований туберкульоз легень.

Мета дослідження – покращити результати лікування хворих шляхом розробки та застосування алгоритму корекції неефективного лікування (АКНЛ) хворих на вперше діагностований туберкульоз легень.

Матеріали і методи

Розроблено алгоритм корекції неефективного лікування хворих на вперше діагностований туберкульоз легень й апробовано його у 45 хворих (1-а група – основна). Для порівнян-

ня сформовано контрольну групу з 95 хворих (2-а група). Віково-статевий і соціально-професійний склад представників обох груп був однаковим ($P>0,05$). Всі досліджувані були віком від 19 до 75 років (у середньому $34,4\pm5,6$), проживали у Волинській області в 1990-2004 рр. Співвідношення чоловіків до жінок було 2,6:1. За клінічними формами туберкульозу та поширеністю патологічних змін у легенях при виявленні недуги хворі обох груп були ідентичні ($P>0,05$). У хворих обох груп після закінчення основного курсу антимікобактерійної терапії (АМБТ) з приводу вперше діагностованого туберкульозу не досягнутий клінічний ефект. Усім спостережуваним проводили традиційні методи обстеження, а також анкетування. Матеріал дослідження зазнавав математико-статистичної обробки на персональному комп'ютері з використанням програми *Excel-2000* в середовищі *Windows-98* (С.Н. Лапач та ін., 2000).

Результати досліджень та їх обговорення

АКНЛ включає в себе 7 кроків і психологічну прийнятність лікування. Перший крок – рання діагностика й прогностична оцінка неефективного лікування хворого. Річ у тому, що згідно з наказом МОЗ України від 28.10.2003 р. № 499 [17] неефективним лікуванням вважається факт, коли завершений повний основний курс антимікобактерійної терапії, але бактеріовиділення не припинилося, каверни не загоїлися, а у хворого, який не виділяв МБТ і не мав деструкції, інфільтрація і туберкульозні вогнища не розсмокталися (чи не ущільнилися), тобто не досягнуте виліковування після завершення основного курсу терапії. У цій дефініції сумніву немає, однак це надто пізно – лікувати 6-8 міс. й лише тоді вирішити, що лікування неефективне. Ми вважаємо, що слід розрізняти неефективне лікування: I – інтенсивної фази антимікобактерійної терапії і II – фази продовження антимікобактерійної терапії.

Зазначена дефініція у наказі МОЗ України від 28.10.2003 р. № 499 свідчить про неефективну II

ОРИГІНАЛЬНІ ДОСЛІДЖЕННЯ

фазу антимікобактерійної терапії. Ми її теж використовували у своїй практиці й діагностували у 25 (55,6 %) хворих 1-ї групи. Аналіз показав, що у зазначених хворих була також неефективна I (інтенсивна) фаза антимікобактерійної терапії, яка не була сприйнята лікарями належним чином.

Неефективну I (інтенсивну) фазу антимікобактерійної терапії діагностували у 20 (44,4 %) хворих, в яких через 2 міс. інтенсивного лікування бактеріовиділення тривало, залишалася виражена інтоксикація, резистентні МБТ виявлені у 7 (35,0 %) хворих, причому в 9 (45,0 %) пацієнтів розвинувся засів довкола основного вогнища, а у 3 (15,0 %) – у здорових відділах легень. Позитивної клініко-рентгенологічної динаміки після інтенсивної фази лікування не виявлено у 19 (95,0 %) хворих. В 1 (5,0 %) особи, як виявилось при ретроспективному аналізі, рентгенолог помилково записав покращання, якого насправді не було. Отже, зазначені ознаки з найбільшою часткою ймовірності дозволяють діагностувати неефективну інтенсивну фазу лікування і вже після її завершення передбачити неефективну фазу продовження, що мало місце у 19 (95,0 %) із 20 хворих 2-ї групи.

Характерно, що у 25 (55,6 %) хворих 1-ї групи, в яких було діагностовано неефективне лікування у фазі продовження, при аналізі виявилася неефективною й інтенсивна фаза лікування, бо у них через 2 міс. інтенсивної терапії бактеріовиділення тривало, залишалася виражена інтоксикація, розвинувся засів довкола основного вогнища або в здорових відділах легень, не було позитивної клініко-рентгенологічної динаміки після інтенсивної фази лікування, резистентні МБТ виявлені у 4 (16,0 %) хворих. Однак, цим ознакам лікарі не придали уваги, бо до завершення лікування залишалося ще 4 міс. або більше й вони помилково вважали, що до цього часу все мине.

Отже, для корекції неефективного лікування хворих на вперше діагностований туберкульоз легень його слід передбачити після інтенсивної фази лікування й чим раніше розпочата корекція неефективного лікування, тим кращий очікується ефект ($r=0,59$, $P<0,02$).

Другий крок – це виявлення причин неефективного лікування кожного конкретного хворого. Мають значення лише ті причини, які можна усунути. Адже у хворого, в якого діагностовано неефективне лікування в I чи II фазі, ми не можемо вплинути, наприклад, на таку групу причин, як несвоєчасна діагностика туберкульозу, бо це факт, який можна використати для впливу на інших осіб, а не на ту,

яка вже отримала певний курс лікування. До таких причин віднесені: відсутність необхідних АМБП – 72 (51,4 %) хворих, соціально-дезадаптований спосіб життя – 5 (3,6 %), незбалансоване харчування – 98 (70,0 %), відсутність моніторингу лікування – 85 (60,7 %), помилки діагностики хіміорезистентності – 49 (35,0 %), ускладнення туберкульозу – 4 (2,9 %), тяжкі супутні недуги – 79 (56,4 %), виснаження пацієнта – 39 (27,9 %), імунодефіцитний стан – 92 (65,7 %), виражена інтоксикація – 102 (72,9 %), непереносність АМБП – 56 (40,0 %), алергізація організму – 61 (43,6 %), масивне бактеріовиділення – 41 (29,3 %), резистентність мікобактерій туберкульозу до АМБП – 13 (9,3 %), неконтрольована АМБТ – 132 (94,3 %), мала кількість або малі дози АМБП – 59 (42,1 %), лікування без урахування резистентності – 38 (27,1 %), відсутність патогенетичних ліків – 95 (67,9 %), неадекватна терапія ускладнень туберкульозу – 2 (1,4 %), недостатнє лікування супутньої патології – 66 (47,1 %), не використання хірургічного лікування – 55 (39,3 %), порушення лікарняного режиму – 73 (52,1 %), перервана терапія – 30 (21,4 %), не завершене лікування – 37 (26,4 %). Отже, кількість причин на 1 хворого була майже однаковою: 9,24 у 1-й групі та 10,18 – у 2-й групі.

Третій крок – усунення причин неефективного лікування, яке науково обґрунтовано проводилося лише у 45 хворих 1-ї групи. Так, відсутність необхідних АМБП до 2000 р., коли ще не було централізованих тендерних закупівель, компенсували у 3 (6,7 %) осіб закупівлею їх за цільові кошти, виділені управлінням охорони здоров'я Волинської облдержадміністрації.

Незбалансоване харчування 32 (71,1 %) пацієнтів і соціально-дезадаптований спосіб життя 2 (4,4 %) коригували, госпіталізуючи хворих у стаціонар, а потім – у санаторій, де вони отримували краще харчування і були під наглядом медичних працівників.

Відсутність моніторингу терапії у 27 (60,0 %) осіб, помилки діагностики хіміорезистентності – у 6 (13,3 %) сприяли запізнілому діагностуванню неефективного лікування. Цей дефект коригували інтенсифікацією антимікобактерійної терапії в обох фазах.

У 13 (28,9 %) виснажених пацієнтів застосовували парентеральне харчування. Виразена інтоксикація у 33 (73,3 %) подолана шляхом парентеральної детоксикаційної терапії. Імунодефіцитний стан 30 (66,7 %) хворих самолікувався внаслідок раціонального етіотропного лікування у 21 (70,0 %) й лише у 9 (30,0 %) – застосовували імуномодулятори (спленін, тимоген, декарис) у терапевтичних дозах. Непереносність антимікобак-

ОРИГІНАЛЬНІ ДОСЛІДЖЕННЯ

терієних препаратів у 18 (40,0 %) минула після вживання їх у 2 прийоми після їжі. Підвищена алергізація організму у 20 (44,4 %) пацієнтів була подолана вживанням глюконату кальцію, діазоліну, тавегілу в терапевтичних дозах. Масивне бактеріовиділення у 13 (28,9 %) хворих було показанням до застосування 5-го препарату стрептоміцину в інтенсивній фазі I категорії лікування.

Неконтрольована антимікобактерійна терапія у 42 (93,3 %) осіб 1-ї групи, мала кількість або малі дози препаратів – у 19 (42,2 %), лікування без обстеження на резистентність – у 12 (26,7 %), не призначення патогенетичних середників – у 31 (68,9 %), неправильне лікування кровохаркання – в 1 (2,2 %), недостатнє лікування супутньої патології – у 21 (46,7 %) були відразу усунені після їх виявлення. Ускладнення туберкульозу кровохарканням в 1 (2,2 %) хворого 1-ї групи і тяжкі супутні недуги – у 25 (55,6 %) й недостатнє лікування супутньої патології у 21 (46,7 %) потребували інтенсифікації антимікобактерійної терапії та застосування гемостатичної терапії у першому випадку й лікування супутньої патології як за кошти протитуберкульозного диспансеру, так і хворого. Резистентність мікобактерій туберкульозу до антимікобактерійних препаратів у 4 (8,9 %) осіб призвела до їх заміни на інші – I та II ряду – по 2 (50,0 %) хворих. З 18 (40,0 %) пацієнтів, яким було показане хірургічне лікування, на нього погодилися 17 (94,4 %) осіб 1-ї групи.

Запобіжні заходи щодо порушення лікарняного режиму у 23 (51,1 %) хворих 1-ї групи, перерване лікування – у 10 (22,2 %), не завершене лікування – у 12 (26,7 %) включали застосування раціональної й роз'яснювальної психотерапії з елементами сугестії, видачу пайків амбулаторним хворим.

Четвертий крок – корекція антимікобактерійної терапії та її інтенсифікація серед осіб 1-ї групи – проводилася в таких напрямках:

- продовження I фази лікування на $(1,56 \pm 0,12)$ міс. – у 19 (42,2 %) пацієнтів;
- продовження II фази лікування на $(2,03 \pm 0,19)$ міс. – у 21 (46,7 %);
- інтенсифікація I та II фази шляхом призначення додаткового антимікобактерійного препарату – у 16 (35,6 %), тобто змінена I категорія була у 13 (28,9 %), III категорія – у 3 (6,7 %) хворих;
- застосування II категорії після невдачі за I та III категоріями – у 15 (33,3 %);
- заміна препаратів замість тих, до яких діагностована резистентність – у 4 (8,9 %);
- інтенсифікація патогенетичної терапії – у 31 (68,9 %);

- застосування хірургічного лікування – у 17 (37,8 %) хворих;

П'ятий крок – застосування патогенетичної терапії здійснювалося у всіх пацієнтів, хоча інтенсифікація патогенетичної терапії була у 31 (68,9 %) хворого.

Шостий крок – хірургічне лікування осіб з неефективною антимікобактерійною терапією проведено у 17 (37,8 %).

Сьомий крок – протирецидивна антимікобактерійна терапія проводилася усім раніше неефективно лікованим представникам 1-ї групи, оскільки ми вважаємо факт неефективного лікування показанням до протирецидивного лікування.

Реалізуючи АКНЛ, слід зважати на психологічну прийнятність лікування, яка повинна супроводжувати усі кроки алгоритму корекції неефективного лікування хворих на вперше діагностований туберкульоз легень. Це означає, що не слід призначати велику кількість таблеток та ін'єкцій, як це було у 29 (64,4 %) осіб, через що 9 (31,0 %) з них налякалися і відмовлялися від лікування, 12 (41,4 %) – викидали патогенетичні ліки через неконтрольоване лікування. У 16 (35,6 %) осіб лікування було психологічно прийнятне, оскільки їм призначали оптимальну кількість ліків, щоб зменшити непомірне медикаментозне навантаження.

Висновки

1. Припинення бактеріовиділення у 1-й групі наставало в 1,45 разу частіше, ніж у 2-й групі (84,6 проти 58,2 %; $P < 0,01$); загоєння деструкції та каверн – в 1,24 разу частіше (88,9 проти 71,6 %; $P < 0,01$); успішне лікування – в 1,27 разу частіше (93,3 проти 73,8 %; $P < 0,001$); частота загострення туберкульозу – в 4,27 разу рідше (4,4 проти 18,9 %; $P < 0,02$); частота прогресування туберкульозу – в 8,06 разу рідше (2,2 проти 17,9 %; $P < 0,01$); загальна летальність (0,0 проти 6,3 %; $P > 0,05$), у т.ч. післяопераційна летальність (0,0 % із 17 оперованих проти 10,0 % із 10 оперованих; $P > 0,05$).

2. Зазначені переваги алгоритму корекції неефективного лікування хворих на вперше діагностований туберкульоз легень свідчать про доцільність його застосування за відсутності ефекту від специфічної терапії.

Література

1. Global tuberculosis program and global vaccination program World Health Organization // Weekly Epidemiological record. – 1995. – N 32. – 7 p.

ОРИГІНАЛЬНІ ДОСЛІДЖЕННЯ

2. Groups at risk: WHO Report on the tuberculosis epidemic. – Geneva: WHO, 1996. – 28 p.
3. Rieder H.L., Watson J.M., Raviglione M.C. et al. Epidemiological tuberculosis control in Europe. – Geneva: WHO, 1998. – 31 p.
4. Фещенко Ю.І., Мельник В.М. Сучасні методи діагностики, лікування і профілактики туберкульозу. – К.: Здоров'я, 2002. – 904 с.
5. Петренко В.М. Лечение больных туберкулезом // Доктор. – 2002. – № 4. – С. 25-28.
6. Бялик Й.Б., Петренко В.М., Литвиненко Н.А. та ін. Ефективність різних режимів індивідуалізованої антибактеріальної терапії у хворих із вперше діагнованим деструктивним туберкульозом легень з бактеріовиділенням // Укр. хіміо-терапевтичний журнал. – 2002. – № 1. – С. 27-23.
7. Процюк Р.Г. Профилактика туберкулеза // Доктор. – 2002. – № 4. – С. 29-34.
8. Maher D., Chaulet P., Spinaci S., Harries A. Treatment of Tuberculosis: Guidelines for National Programmes. – 2th ed. – WHO/TB, 1997. – 77 p.
9. Мельник В.М. Эпидемиологическое значение эффективности лечения больных туберкулезом // Проблемы туберкулеза. – 2002. – № 4. – С. 5-9.
10. Ридер Г.Л. Эпидемиологические основы борьбы с туберкулезом: Пер. с англ. – М.: Весь мир, 2001. – 192 с.
11. Styblo K. Epidemiology of Tuberculosis. – The Hague: WHO, 1991. – 457 p.
12. Beaglehole R., Bonita R., Kjellström A. Basic epidemiology. – Geneva: WHO, 1993. – 259 p.
13. Fletcher R.H., Fletcher S.W., Wagner E.H. Clinical Epidemiology. The essentials: 3th Ed. – Philadelphia: W&W, 1996. – 346 p.
14. Dolin P. Tuberculosis Epidemiology from a Gender Perspective // Gender and Tuberculosis. An International Research Workshop: Report from the workshop at the Nordic School of Public Health (Göteborg, May 24–26, 1998). – Stockholm: Elanders Gotab, 1998. – P. 29-40.
15. Мельник В.М., Валецький Ю.М., Манохина О.Ю., Дорошенко П.М. Причини неефективного лікування хворих на вперше діагнований деструктивний туберкульоз легень // Журнал практичного лікаря. – 2004. – № 4. – С. 17-20.
16. Жук Н.А. Причины неэффективного лечения больных туберкулезом // Проблемы туберкулеза. – 2003. – № 4. – С. 34-39.
17. Наказ МОЗ України від 28.10.2003 р. № 499 «Про затвердження інструкцій щодо надання допомоги хворим на туберкульоз і неспецифічні захворювання легень». – К., 2003. – С. 3-41.

ALGORITHM OF CORRECTION OF UNEFFECTIVE MEDICAL TREATMENT OF PATIENTS WITH THE FIRST DIAGNOSED TUBERCULOSIS

Yu.M. Valetsky

SUMMARY. *The algorithm of correction of ineffective medical treatment of patients with the first diagnosed white plague was elaborated and it was approved on 45 patients. The expediency and efficiency of its application was proved.*

© Юнявічюс І., Шурна А., Лайшконіс А., 2005
УДК 616.314-051:614.89(474.5)

І. Юнявічюс, А. Шурна, А. Лайшконіс

ВИКОРИСТАННЯ ІНДИВІДУАЛЬНИХ ЗАСОБІВ ЗАХИСТУ НА РОБОЧОМУ МІСЦІ ДОНТОЛОГАМИ ЛІТВИ

Каунаський медичний університет, Литва

У статті висвітлено використання нових технологій в одонтологічній практиці, пов'язаних з утворенням аерозолів, які мають важливе значення в інфікуванні на робочому місці. Описано використання литовськими спеціалістами індивідуальних засобів захисту.

Сучасна одонтологічна робота неможлива без препарування зубів борами, що обертаються по-

вітряною турбіною і охолоджуються стисненим повітрям і водою. Ціна цього прогресу – небезпека перенесення інфекційних хвороб, що розповсюджуються повітряно-краплинним шляхом і через кров, медичному персоналу, який працює в одонтологічній клініці [1-3]. Хоча більшість пацієнтів на здоров'я не скаржиться і ніяких видимих ознак хвороби не має, проте зазвичай у ротовій порожнині кожного з них міститься бага-