

ІНСТИТУТ ФТИЗІАТРІЇ І ПУЛЬМОНОЛОГІЇ
ІМ. Ф.Г. ЯНОВСЬКОГО
АКАДЕМІЇ МЕДИЧНИХ НАУК УКРАЇНИ

ВАЛЕЦЬКИЙ ЮРІЙ МИКОЛАЙОВИЧ

УДК 616.24-002.5-085.2/3-036.8:612.68.001.6

**ЯКІСТЬ ЖИТТЯ І ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ХВОРИХ НА
ВПЕРШЕ ДІАГНОСТОВАНИЙ ТУБЕРКУЛЬОЗ ЛЕГЕНІВ, МЕДИКО-
ЕКОНОМІЧНІ НАСЛІДКИ ЗАХВОРЮВАННЯ ТА ШЛЯХИ ЇХ
ПОЛПЩЕННЯ**

14.01.26 – фтизіатрія

Автореферат
дисертації на здобуття наукового ступеня
доктора медичних наук

Київ – 2007



Дисертацією є рукопис.

Робота виконана в Інституті фтизіатрії і пульмонології ім. Ф.Г. Яновського АМН України.

Науковий консультант

доктор медичних наук, професор

Мельник Василь Михайлович,

Інститут фтизіатрії і пульмонології ім. Ф.Г.Яновського АМН України, завідувач відділу епідеміологічних та організаційних проблем фтизіопульмонології

Офіційні опоненти:

доктор медичних наук, професор

Процюк Радуга Георгійович,

Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця МОЗ України, професор кафедри фтизіатрії з курсом пульмонології;

доктор медичних наук, професор

Панасюк Олексій Варфоломійович,

Медичний інститут Української асоціації народної медицини МОЗ України, професор кафедри інфекційних захворювань, фтизіатрії та пульмонології;

доктор медичних наук, професор

Зозуляк Василь Іванович,

Івано-Франківський державний медичний університет МОЗ України, завідувач кафедри фтизіатрії з курсом мікробіології

Провідна установа

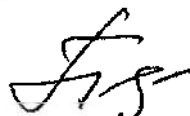
Дніпропетровська державна медична академія МОЗ України, кафедра фтизіатрії.

Захист відбудеться 26 листопада 2007 р. об 11 годині на засіданні спеціалізованої вченої ради Д 26.552.01 при Інституті фтизіатрії і пульмонології ім. Ф.Г. Яновського АМН України (03680, м. Київ, вул. М. Амосова, 10).

З дисертацією можна ознайомитись у бібліотеці Інституту фтизіатрії і пульмонології ім. Ф.Г. Яновського АМН України (м. Київ, вул. М. Амосова, 10).

Автореферат розісланий 24 січня 2007 р.

Учений секретар
спеціалізованої вченої ради



Ж. Б. Бегоулева

ЗАГАЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА РОБОТИ

Актуальність теми. Серед протитуберкульозних заходів найефективнішим вважається лікування хворих (В. М. Петренко, 2002; Й. Б. Бялик із співавт., 2002; Р. Г. Процюк, 2002). Проте близько $(9,52 \pm 1,81) \%$ хворих через різні причини не лікуються (Ю. І. Фещенко, В. М. Мельник, 2002).

Віддалені результати лікування хворих на туберкульоз легень і цукровий діабет, які відмовилися від вчасного виконання операції, вивчав Я. М. Волошин (2002). Що ж до відмови від хіміотерапії хворих на туберкульоз, психологічних особливостей їх та їхніх родин, то в доступній нам науковій літературі відомостей нема.

Поодинокі дослідження стосуються причин неефективного лікування хворих на туберкульоз (Н. А. Жук, 2003). Проте недостатньо їх узагальнено, а також зовсім не вивчено мотиви відмов хворих від лікування. Відсутні публікації про якість життя хворих на туберкульоз, які відмовилися від лікування або були неефективно ліковані, та про членів їх родин. Не досліджено також медико-економічні наслідки відмови хворих від лікування та його неефективності.

Останнім часом окремі вчені (Е. Н. Лукашова, 2002; Е. В. Гнездилова, 2002; В. М. Сухов, 2002) намагаються вивчати психологічні особливості хворих на туберкульоз та проводити їх корекцію. Проте й на сьогодні є не вивченою психологія хворого на туберкульоз легень та членів його родини як при відмові хворого від лікування, так і при його неефективності. Це потребує наукового обґрунтування та розробки технології попередження і психотерапевтичної корекції відмов від лікування та його неефективності у хворих на туберкульоз і поліпшення якості їх життя, а також соціальної реадаптації членів родин хворих. Не розроблено прогнозування можливих відмов від лікування, неповного або неефективного основного курсу антимікобактеріальної терапії, а також якості та тривалості життя цих хворих. Це є предметом нашого дослідження й обґрунтовує його актуальність та доцільність для науки і практичної фтизіатрії не тільки в Україні, а й в інших країнах.

Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами. Напрям проведених досліджень пов'язаний із науково-дослідною роботою Інституту фтизіатрії і пульмонології імені Ф. Г. Яновського АМН України № 0103U000527 "Розробити заходи щодо проведення активного і пасивного виявлення туберкульозу серед осіб підвищеного ризику з урахуванням соціально-економічних, епідеміологічних та медико-біологічних чинників".

Мета дослідження: поліпшити якість життя і стан здоров'я хворих на вперше діагностований туберкульоз легень і мінімізувати медико-економічні наслідки захворювання шляхом розробки технології попередження відмов від лікування та його неефективності зазначених хворих на вперше діагностований туберкульоз легень, поліпшення якості їх життя і стану здоров'я та реадаптації членів їхніх родин.

Задачі дослідження:

1. Вивчити частоту та наслідки відсутнього, ефективного і неефективного лікування хворих на вперше діагностований туберкульоз легенів, ефективність лікування при різних варіантах антимікобактеріальної терапії та розбіжності при різних підходах до аналізу ефективності лікування.

2. Дослідити й узагальнити причини смерті лікованих та нелікованих хворих, відмови від лікування, неефективного та відсутнього лікування, у т. ч. у спонтанно вилікованих від туберкульозу, а також причини формування вперше діагностованого затяжного, занедбаного, нелікованого туберкульозу та еволюцію вперше діагностованого туберкульозу легенів в умовах епідемії і розробити причинно-наслідкову прогностичну математичну модель ефективного й неефективного лікування хворих на туберкульоз.

3. З'ясувати психологічні особливості та психоневротичні розлади у хворих на туберкульоз легенів при ефективному, неефективному й відсутньому їх лікуванні, а також психологічні особливості членів родини та інших наближених до хворих осіб.

4. Вивчити загальну якість життя і стан здоров'я хворих на туберкульоз легенів при ефективному, неефективному й відсутньому їх лікуванні, а також членів їх родин.

5. Розробити прогностичну математичну модель загальної якості життя і стану здоров'я хворих на вперше діагностований туберкульоз легенів.

6. Проаналізувати медичні наслідки, економічні затрати та збитки при ефективному, неефективному й відсутньому лікуванні хворих на туберкульоз легенів.

7. Розробити прогноз відмов від лікування та його переривання хворими на вперше діагностований туберкульоз легенів.

8. Розробити технологію попередження відмов від лікування та його неефективності у хворих на вперше діагностований туберкульоз легенів, поліпшення якості їх життя і стану здоров'я та реадaptaції членів їх родин.

9. Дослідити ефективність технології попередження відмов від лікування та його неефективності у хворих на вперше діагностований туберкульоз легенів, поліпшення якості їх життя і стану здоров'я та реадaptaції членів їхніх родин.

Об'єкт дослідження – туберкульоз легенів.

Предмет дослідження – якість життя та психологічні особливості хворих на вперше діагностований не лікований і раніше неефективно лікований туберкульоз легенів; медико-економічні наслідки лікованого й нелікованого туберкульозу легенів; поліпшення якості життя та психологічних особливостей хворих на туберкульоз легенів та членів їхніх родин, зменшення економічних затрат і збитків від туберкульозу.

Методи дослідження: стосовно всіх хворих застосовували загальноклінічні, клініко-лабораторні, функціональні, біохімічні, рентгенологічні, мікробіологічні дослідження, щодо частини – імунологічне та інструментальне обстеження. Для встановлення норми клініко-лабораторних, біохіміч-

них та імунологічних показників крові досліджували її у 45 здорових донорів віком від 19 до 75 років.

Частоту ефективного й неефективного лікування хворих на туберкульоз легенів, а також відмов від лікування вивчали шляхом опрацювання даних офіційної статистичної звітності Волинської області та України, а також через аналіз спостережуваних хворих. Наслідки туберкульозу легенів при неефективному лікуванні та його відсутності досліджували методом ретроспективного аналізу 297 (51,65 %) пацієнтів. Причини смерті нелікованих хворих на вперше діагностований туберкульоз легень з'ясовували шляхом вивчення лікарських свідоцтв про смерть і/або протоколів розтинів 74 (57,81 %) померлих без лікування та 20 (3,99 %) померлих у процесі лікування. Причини відсутності лікування померлих від туберкульозу вивчали шляхом опрацювання первинної медичної документації померлих і анкетування членів їх родин та інших родичів. Причини відмов від лікування, неефективного лікування, формування вперше діагностованого затяжного й занедбаного туберкульозу вивчали методом ретроспективного аналізу первинної медичної документації (карти амбулаторного хворого, історії хвороби) та обстеження хворих і анкетування членів їхніх родин.

Психологічні особливості та еволюцію психоневротичних розладів у хворих вивчали методом анкетування, психометричних та медичних досліджень; у членів родини й наближеного кола осіб – методом психологічного тестування й анкетування 662 (66,33 %) членів родин; 75 (5,26 %) учнів і студентів навчальних закладів; 612 (42,89 %) колег по роботі; 740 (51,26 %) друзів і знайомих хворого.

Загальну якість життя і стан здоров'я хворих на туберкульоз легенів вивчали за допомогою української версії питальника, розробленого ВООЗ, досліджуючи 501 (87,13 %) хворого на туберкульоз або спонтанно вилікованих від нього. За контрольну групу взято 202 здорових мешканців Волині, віко-статевий і соціально-професійний склад яких відповідав хворим основних груп ($P > 0,05$). Загальну якість життя і стан здоров'я членів родин хворих вивчали за цією ж методикою серед 662 (66,33 %) членів родин хворих на туберкульоз.

Медичні наслідки туберкульозу вивчали у 445 (77,39 %) хворих, економічні затрати і збитки – у 475 (82,61 %) спостережуваних. Прогнозування відмов від лікування та його переривання хворими на вперше діагностований туберкульоз легенів, а також побудову причинно-наслідкової прогностичної математичної моделі ефективного й неефективного лікування хворих на туберкульоз проводили методом послідовного аналізу Вальда.

Результати застосування технології попередження відмов від лікування та його неефективності у хворих на вперше діагностований туберкульоз легенів, поліпшення якості їх життя і стану здоров'я та реадптації членів їх родин вивчали у 100 (21,23 %) хворих із застосовуванням цієї технології та у 167 (35,46 %) хворих – без її застосування.

Усі отримані результати обробляли математико-статистичними методами (С. Н. Лапач зі співавт., 2000).

Наукова новизна одержаних результатів полягає в тому, що вперше виявлено розбіжності при різних підходах до вивчення ефективності лікування хворих на туберкульоз легенів і визначено переваги когортного аналізу ефективності лікування над традиційним річним аналізом.

Дістало подальшого розвитку вивчення частоти ефективного й неефективного лікування та відмов від нього хворих на туберкульоз легенів й уперше встановлено, що середня по Волині частота відсутнього лікування хворих нижча від середньої по Україні при майже однакових показниках ефективного й неефективного лікування.

Підтверджено, що стандартизовані режими антимікобактеріальної терапії ефективніші від нестандартного лікування.

Уперше встановлено, що найчастішими причинами відсутнього лікування хворих на вперше діагностований туберкульоз легенів є відмова від лікування і смерть хворого без лікування.

Уперше з'ясовано, що в умовах соціально-економічної кризи та епідемії туберкульозу відмови від лікування хворих на вперше діагностований туберкульоз легенів найчастіше зумовлені соціально-економічними та психологічними чинниками.

Уперше досліджено еволюцію вперше діагностованого туберкульозу легенів без лікування, яка полягає в летальності більше половини хворих, самовилікуванні чверті хворих і первинної хронізації туберкульозу в п'ятій частини хворих.

Подальшого розвитку дістав аналіз причин смерті нелікованих хворих на вперше діагностований туберкульоз легень і виявлено, що вони частіше помирають від прогресування туберкульозу та його ускладнень порівняно з лікованими.

Уперше досліджено загальну якість життя і стан здоров'я хворих на туберкульоз легенів при різному ставленні хворих до лікування та його ефективність і встановлено, що загальна якість життя і стан здоров'я хворих залежить від клініко-рентгенологічної динаміки в процесі лікування: чим ефективніше проводиться лікування, тим швидше поліпшується загальна якість життя та стан здоров'я хворих, і навпаки. У неефективно лікованих хворих цей показник найгірший, а у спонтанновилікованих він не відрізняється від здорових осіб.

Уперше з'ясовано психоневротичні особливості хворих на туберкульоз легенів й доказано, що в ефективно лікованих переважає гармонічний та ейфоричний тип сприйняття хвороби; у неефективно лікованих – неврастеничний, тривожний, анозогностичний, меланхолічний, агресивний типи реагування на хворобу; у тривало нелікованих – тривожний, іпохондричний, паранояльний.

Уперше одержано дані, що психологічні особливості членів родини прямо пропорційно залежать від тяжкості стану хворого: чим тяжчий стан хворого, тим більше пригнічений психологічний стан членів родини, і навпаки.

Уперше отримано результати медико-економічних наслідків при різному ставленні хворих до лікування та його ефективності й доказано, що медико-економічні затрати та збитки збільшуються при тривало відсутньому й пізно розпочатому лікуванні, у хворих на вперше діагностований затяжний, занедбаний туберкульоз та в неефективно лікованих хворих. Найбільшу частку складають економічні збитки від смертності.

Розроблено математичне моделювання загальної якості життя і стану здоров'я хворих на туберкульоз, а також прогнозування відмов від лікування та його неефективності, які мінімізували похибку до 5,0 – 7,6 %.

Удосконалено корекцію відмов від лікування та його неефективності у хворих на вперше діагностований туберкульоз легенів, а також поліпшення якості їх життя, психологічного стану та реадaptaції членів їхніх родин на засадах розроблення однойменної ефективної технології.

Практичне значення одержаних результатів полягає у з'ясуванні причини відмов від лікування, відсутнього та неефективного лікування хворих на вперше діагностований туберкульоз легенів, а також причини смерті нелікованих хворих, усунення яких дає змогу поліпшити ефективність лікування хворих.

Знаючи еволюцію вперше діагностованого туберкульозу легенів та причини формування вперше діагностованого затяжного й занедбаного нелікованого туберкульозу цієї локалізації, можна розробити організаційні заходи до мінімізації такої форми туберкульозу.

Завдяки виявленим психоневротичним особливостям хворих на туберкульоз легенів при ефективному, неефективному й відсутньому їх лікуванні, а також психологічним особливостям членів їхніх родин та інших близьких осіб запропоновано ефективну психокорекцію із застосуванням раціональної і роз'яснювальної психотерапії із сугестією та використанням медікару, а також раціонально-логічне інформування визначеного кола осіб, які сприяють поліпшенню ефективності лікування хворих на туберкульоз.

Розроблені прогностична математична модель загальної якості життя і стану здоров'я хворих на туберкульоз, а також прогноз відмов від лікування, його переривання та зниження загальної якості життя і стану здоров'я хворих дають змогу заздалегідь передбачити зазначені стани й вести упереджену профілактику неефективного лікування, відмов від лікування та його переривання, крім цього, здійснювати дійові кроки до поліпшення загальної якості життя і стану здоров'я хворих на туберкульоз та членів їхніх родин. Цьому сприяє і вивчення загальної якості життя і стану здоров'я хворих на туберкульоз легенів при ефективному, неефективному й відсутньому їх лікуванні та членів їхніх родин при зазначених варіантах лікування хворих.

Науково обґрунтовані медичні наслідки, економічні затрати та збитки при ефективному, неефективному й відсутньому лікуванні хворих на туберкульоз легенів дають можливість мінімізувати економічні затрати і збитки та поліпшити економічну ефективність лікування хворих завдяки розробленій технології попередження відмов від лікування та його

неефективності у хворих на вперше діагностований туберкульоз легенів, поліпшення якості їх життя і стану здоров'я та реадaptaції членів їхніх родин.

Застосування розроблених рекомендацій сприятиме підвищенню клінічної ефективності лікування хворих на туберкульоз легенів та покращенню якості їхнього життя. Рекомендації можуть застосовуватися в закладах охорони здоров'я загальносоматичного та фтизіатричного профілю.

Упровадження результатів досліджень у практику: Інститут фтизіатрії і пульмонології ім. Ф. Г. Яновського АМН України, Волинське обласне територіальне медичне протитуберкульозне об'єднання, Рівненське обласне територіальне медичне об'єднання "Фтизіатрія", Тернопільське обласне комунальне спеціалізоване територіальне медичне об'єднання "Фтизіатрія", Івано-Франківський обласний фтизіопульмонологічний центр, Львівський регіональний фтизіопульмонологічний лікувально-діагностичний центр, Хмельницький, Миколаївський, Кіровоградський, Одеський обласні протитуберкульозні диспансери. Основні висновки та практичні рекомендації висвітлено у 33 публікаціях на тему дисертації.

Особистий внесок здобувача. Дисертант проаналізував сучасну наукову літературу за темою дисертації, визначив актуальні напрями досліджень, сформулював мету й завдання наукової роботи. Спільно з науковим консультантом розробив програму дослідження та визначив методичне забезпечення реалізації кожного завдання. Автором одноосібно проведено відбір, анкетування та клінічне обстеження 575 хворих та 662 членів їх родин, розроблено всі положення дисертаційної роботи, а також розроблено й апробовано на 100 хворих технологію попередження відмов від лікування та його неефективності у хворих на вперше діагностований туберкульоз легенів, поліпшення якості їх життя і стану здоров'я та реадaptaції членів їхніх родин. Статистична обробка та аналіз матеріалу, текстове та графічне оформлення результатів належить здобувачеві. Автор брав безпосередню участь у підготовці публікацій у співавторстві.

Висловлюємо вдячність за надану консультативну та організаційну допомогу в процесі виконання роботи докторові економічних наук, професорові кафедри державних фінансів М. І. Карліну, докторові психологічних наук, професорові кафедри загальної та соціальної психології Ж. П. Вірній Волинського державного університету імені Лесі Українки та викладачеві кафедри "Електронні апарати" Луцького біотехнічного інституту міжнародного науково-технічного університету М. М. Посельському.

Апробація результатів дисертації. Матеріали дисертації доповідалися на республіканській науково-практичній конференції "Роль первинної і вторинної профілактики основних терапевтичних захворювань у поліпшенні якості життя" (Харків, 2001), науково-практичній конференції "Медико-соціальні аспекти боротьби з туберкульозом. Досвід Київської міської державної адміністрації" (Київ, 2001), міжнародній науковій конференції "Стратегія й тактика боротьби з інфекційними захворюваннями" (Харків, 2001), IX конгресі Світової федерації українських лікарських товариств (Луганськ, 2002), III з'їзді фтизіатрів та пульмонологів України (Київ, 2003),

науково-практичній конференції “Безмежність інформаційного простору – основа освітньої діяльності” (Луцьк, 2004), науково-практичній конференції “Інфекційні хвороби, туберкульоз та сучасний стан довкілля. Епідеміологія, мікробіологія” (Львів, 2005), науковому симпозіумі “Актуальні проблеми фтизіатрії і пульмонології” (Тернопіль, 2005), XV Національному конгресі з хвороб органів дихання (Москва, 2005), а також на науково-практичних лікарських конференціях та фтизіатричних товариствах Волинського обласного територіального медичного протитуберкульозного об’єднання (2000–2004), Рівненського обласного територіального медичного об’єднання “Фтизіатрія” (2005), Тернопільського обласного комунального спеціалізованого територіального медичного об’єднання “Фтизіатрія” (2005), Івано-Франківського обласного фтизіопульмонологічного центру (2005), Львівського регіонального фтизіопульмонологічного лікувально-діагностичного центру (2005), Хмельницького (2005), Одеського (2005) обласних протитуберкульозних диспансерів. Апробацію здійснено в Інституті фтизіатрії і пульмонології ім. Ф. Г. Яновського АМН України (2006).

Публікації. Опубліковано 33 наукових праці на тему дисертації, із них 22 – у провідних фахових журналах.

Обсяг і структура дисертації. Дисертація обсягом 529 сторінок ілюстрована 105 таблицями, 34 рисунками, складається зі вступу, восьми розділів і висновків, трьох додатків; список використаних літературних джерел становить 377 найменувань.

ЗМІСТ РОБОТИ

Загальна характеристика хворих. Нами обстежено 575 хворих на вперше діагностований туберкульоз легенів та його наслідки й 662 (66,33 %) із 998 членів їхніх родин, оскільки 336 (33,67 %) членів родин не погодилися на обстеження. Хворі перебували на диспансерному обліку у Волинській області протягом 1990 – 2003 рр. Їх розподілили на чотири клінічні групи.

До 1-ї (контрольної) групи віднесено 204 (35,48 %) хворих, які пройшли повний основний курс антимікобактеріальної терапії під безпосереднім контролем.

До 2-ї групи включено 140 (24,35 %) раніше неефективно лікованих хворих на вперше діагностований туберкульоз легенів, у яких після 5-місячного основного курсу антимікобактеріальної терапії не досягнуто клінічного ефекту.

До складу 3-ї групи входять 103 (17,91 %) хворих, які на два місяці й більше відмовилися від лікування при вперше в житті встановленому діагнозі туберкульозу легенів, але пізніше їх вдалося залучити до лікування.

4-а група складає 128 (22,26 %) хворих: у 74 (57,81 %) – туберкульоз діагностований посмертно; у 30 (23,44 %) пацієнтів були залишкові зміни після спонтанно вилікуваного туберкульозу легенів; у 24 (18,75 %) було вперше діагностовано занедбаний туберкульоз легенів.

Окрім того, хворих всіх груп було розподілено на три підгрупи: А – лікувалися стандартною антимікобактеріальною терапією; Б – лікувалися інтенсифікованою антимікобактеріальною терапією; В – отримували нестандартне лікування тоді, коли централізовано не закупувалися протитуберкульозні препарати.

Обстежено 416 (72,35 %) чоловіків, 159 (27,65) жінок віком від 19 до 75 років, у середньому ($34,52 \pm 5,37$) років. За статтю, віком та клінічними формами групи були ідентичні ($P > 0,05$).

Антимікобактеріальне лікування 276 (58,60 %) хворих 1–4-ї груп розпочиналося як стандартизоване й контрольоване згідно з наказом МОЗ України від 29.07.1996 р. № 233 “Про затвердження інструкцій щодо надання медико-санітарної допомоги хворим на туберкульоз”. У зв’язку із клінічними причинами, зокрема відсутністю очікуваної ефективності після інтенсивної фази лікування, у 102 (21,66 %) хворих стандартні схеми антимікобактеріальної терапії були інтенсифіковані. Індивідуальні режими антимікобактеріальної терапії застосовані лікарями-фтизіатрами у 195 (41,40 %) хворих, зокрема у 1990–1996 рр., коли в Україні ще не було впроваджено стандартизованого лікування.

До I категорії віднесли 218 (46,28 %) хворих, із них 1-ї групи – 128 (62,75 %); 2-ї групи – 16 (11,43 %); 3-ї групи – 62 (60,19 %); 4-ї групи – 12 (50,00 %); до III категорії – відповідно 35 (17,16 %), 4 (2,86 %), 19 (18,44 %) і 0 хворих; індивідуальними схемами лікувалися відповідно 41 (20,10 %), 120 (85,71 %), 22 (21,35 %), 12 (50,00 %) хворих.

У 25 (58,14 %) пацієнтів 3А підгрупи застосовували мебікар по 1-й таблетці (0,3 г) тричі на день, незалежно від уживання їжі, протягом 20 днів. Це помірний транквілізатор, який не має міорелаксантаної дії, не порушує координації рухів, не має снодійного ефекту.

Науково обгрунтовану раціональну й роз’яснювальну психотерапію із суттєвістю застосовували у 100 (21,23 %) хворих у рамках розробленої нами технології попередження відмов від лікування та його неефективності у хворих на вперше діагностований туберкульоз легенів, поліпшення якості їх життя і стану здоров’я та реадптації членів їх родин, із них у 45 (32,14 %) – 2А підгрупи, 43 (41,75 %) – 3А підгрупи, 12 (50,00 %) – 4А підгрупи, а також у 250 (37,76 %) членів їх родин.

Хірургічне лікування проведено у 22 (4,67 %) хворих, із них в 11 (5,39 %) 1-ї групи; 10 (7,14 %) – 2-ї групи; у 1 (0,97 %) – 3-ї групи. Пневмонектомія виконана в 1 (4,55 %), лобектомія – у 5 (22,73 %) і сегментектомія – у 16 (72,73 %) хворих.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕНЬ ТА ЇХ АНАЛІЗ

Частота ефективного й неефективного лікування хворих на туберкульоз легенів і відмов від нього. За 1990–2003 рр. частота ефективного лікування хворих у Волинській області знижувалася за показником припинення бактеріовиділення з 97,37 % до 80,24 %, або на 17,13 % ($P < 0,001$), а за

показником загосення порожнин розпаду на 8,98 % (із 80,65 % до 71,67 % ($P < 0,003$)). Середня загальна ефективність лікування хворих у Волинській області становить ($83,21 \pm 3,00$) %, що прирівнюється ($P > 0,5$) до середнього показника по Україні ($80,92 \pm 3,33$) %, при стабільній летальності на рівні ($6,00 \pm 1,84$) %.

У Волинській області частота відмов від лікування утримувалася на майже однаковому рівні ($P > 0,05$) і складала ($1,70 \pm 0,39$) %, причому протягом останнього часу вона не зменшилася. Середній показник частоти відмов від лікування по Україні склав ($3,99 \pm 2,66$) % і коливався від 0,99 % до 8,72 %. Із поглибленням соціально-економічної кризи в країні частота відмов від лікування прямо пропорційно збільшувалася ($r = 0,66$; $P < 0,05$).

Отже, середній показник частоти відмов від лікування по Україні ($3,99 \pm 2,66$) % у 2,35 рази вищий ($P > 0,3$), ніж середній по Волині ($1,70 \pm 0,39$) % при майже однаковій частоті ефективного ($80,92 \pm 3,33$) % та ($83,21 \pm 3,00$) % відповідно й неефективного лікування хворих на туберкульоз (відповідно ($9,51 \pm 2,07$) % і ($9,45 \pm 3,60$) %) та летальності ($5,59 \pm 1,07$) % і ($6,00 \pm 1,84$) %).

Наслідки туберкульозу легенів при відсутньому, неефективному й ефективному лікуванні хворих вивчали методом ретроспективного аналізу 297 (51,65 %) спостережуваних.

За період відмови від лікування 103 (17,91 %) хворих 3-ї групи клініко-рентгенологічна й бактеріологічна динаміка невпинно погіршувалася і супроводжувалася вираженою активністю туберкульозного процесу. У жодного з них не зменшилася кількість скарг, частота бактеріовиділення та резистентності, навпаки, у 3 (6,98 %) розвинулося бактеріовиділення; в 1 (0,97 %) – кровохаркання; у 16 (15,53 %) – збільшилися інфільтрація; у 20 (19,42 %) – площа засіву навколо патологічного процесу. Деструкція розвинулась у 15 (14,56 %), а її розміри збільшилися у 24 (23,30 %) пацієнтів.

У 24 (18,75 %) хворих 4-ї групи, котрі не отримували лікування, розвинувся вперше діагностований затяжний, занедбаний нелікований туберкульоз. У всіх пацієнтів від первинного діагностування туберкульозу до початку антимікобактеріальної терапії погіршувалася клініко-рентгенологічна й бактеріологічна характеристика. Лише частота резистентності (13,04 %) до антимікобактеріальних препаратів не збільшувалася, оскільки хворі не лікувалися. Навколо патологічного процесу збільшилися інфільтрація у 20 (83,33 %), площа засіву в 16 (66,67 %) хворих. Розміри деструкції збільшилися в 19 (79,19 %) пацієнтів. Кровохаркання розвинулось у 3 (12,50 %) хворих.

Слід зазначити, що 74 (57,81 %) хворих, котрі не лікувалися, померли.

Що ж до 30 (23,44 %) хворих, які спонтанно викувалися від туберкульозу й були не відомі диспансеру, то залишкові зміни були в 9 (30,00 %) з них у легенях і внутрішньогрудних лімфатичних вузлах, а у 21 (70,00 %) – у легенях і плеврі. Ці особи не скаржилися, клініко-рентгенологічно й лабораторно активності залишкових змін у них не виявлено.

Отже, при відсутності лікування у 18,75 % розвинувся вперше діагностований затяжний і занедбаний туберкульоз; у 23,44 % хворих – спонтанне виділення від туберкульозу; 57,81 % – померли.

Із 140 (24,35 %) раніше неефективно лікованих хворих 2-ї групи за $(5,89 \pm 0,54)$ місяців від початку лікування до діагностування неефективної антимікобактеріальної терапії туберкульозу відбулася істинна негативна динаміка у 136 (97,14 %) хворих: 20 (33,90 %) бактеріонегативних хворих почали виділяти МБТ; частота резистентності збільшилася в 3,12 раза (з 9,29 % до 29,00 % ($P < 0,001$); у 2 (1,43 %) розвинулося кровохаркання; у 29 (20,71 %) пацієнтів збільшилася інфільтрація; у 19 (13,57 %) – площа засіву навколо патологічного процесу; у 18 (12,86 %) – розвинулася деструкція, а у 21 (15,00 %) – збільшилися її розміри. Несправжнє благополуччя спостерігалось у 4 (2,86 %) хворих, зокрема у 3 (2,14 %) хворих не було скарг, в 1 (0,71 %) бактеріовиділовача припинилося бактеріовиділення, проте в них були інші ознаки неефективного лікування: порожнини розпаду не загоїлися, інфільтрація і туберкульозні вогнища не розсмокталися. Однак у всіх 140 (24,35 %) хворих клініко-рентгенологічно й лабораторно зберігалася активність туберкульозного процесу.

Отже, у раніше неефективно лікованих хворих від початку лікування до діагностування неефективності клініко-рентгенологічна й бактеріологічна динаміка була істинно негативною у 97,14 % випадків, а у 2,86 % випадків спостерігалось несправжнє благополуччя (відсутні скарги, припинилося бактеріовиділення при наявності порожнин розпаду, інфільтрації, активних туберкульозних вогнищ).

Ефективність лікування при різних варіантах антимікобактеріальної терапії. Серед хворих 1-ї групи, котрі пройшли повний курс антимікобактеріальної терапії, найкращу ефективність лікування спричиняло застосування стандартних (92,91 %) та інтенсифікованих (стандартна схема + ще один протитуберкульозний препарат) (86,36 %) режимів антимікобактеріальної терапії проти 70,73 % при нестандартній антимікобактеріальній терапії ($P < 0,01$ та $P > 0,1$). При стандартних режимах антимікобактеріальної терапії меншою була частота неефективного лікування (0,71 % і 4,55 %), аніж при нестандартних режимах антимікобактеріальної терапії (12,20 %) при ($P < 0,05$) і ($P > 0,2$), а також зменшувалася летальність (0 проти 2,44 %). Серед хворих усіх груп успішне лікування склало 89,42 % при стандартному лікуванні та 76,84 % при нестандартному лікуванні. Отже, стандартизовані режими антимікобактеріальної терапії на 12,58 % ефективніші від нестандартного лікування ($P < 0,001$).

Розбіжності при різних підходах до вивчення ефективності лікування. Загальностатистичний метод за традиційними дефініціями штучно в 1,66 раза поліпшує ефективність лікування хворих на туберкульоз, оскільки не диференційовано, а ोगульно аналізуються всі хворі з неврахуванням осіб із деяких відомств та когортного їх розподілу. Найраціональнішим є когортний аналіз ефективності лікування за адаптованими нами дефініціями, який показує в 1,66 раза точніші результати. Для цього рекомендуємо для

бактеріовиділювачів прийняти дефініцію ВООЗ, а щодо “вилікування і завершення лікування” для потреб України додавати “в тому числі підтверджене клініко-рентгенологічно”.

Причини смерті нелікованих хворих на вперше діагностований туберкульоз легень вивчали за даними лікарських свідочств про смерть і/або протоколів розтинів 74 (57,81 %) померлих, які не лікувалися від туберкульозу 4-ї групи (група А) та 20 (3,99 %) померлих у процесі лікування 1–4-ї груп, яких віднесли до групи Б, зокрема 1 (0,49 %) – 1-ї групи, 6 (4,29 %) – 2-ї групи, 8 (7,77 %) – 3-ї групи, 5 (20,83 %) із 24 (18,75 %) – 4-ї групи, що лікувалися від вперше діагностованого тривало плинного занедбаного туберкульозу. Хворі, котрі не лікувалися, у 2,66 рази частіше помирали безпосередньо від прогресування туберкульозу та його ускладнень (легенева кровотеча та пневмоторакс), аніж ті, які лікувалися антимікобактеріальними препаратами: 59 (79,73 %) хворих проти 6 (30,00 %) ($P < 0,001$).

Із 74 (57,81 %) померлих, які не отримували лікування, у 73 (98,65 %) туберкульоз діагностований посмертно й 1 (1,35 %) хворий із установленим діагнозом при житті помер, оскільки не лікувався.

Причини відсутності лікування померлих від туберкульозу: зловживання алкоголем (100,00 %; $r = 0,7867$; $P < 0,05$); ігнорування хвороби (94,59 %; $r = 0,8879$; $P < 0,05$); неусвідомлення суті хвороби (87,84 %; $r = 0,7783$; $P < 0,05$); легковажне ставлення до свого здоров'я (52,70 %; $r = 0,6378$; $P < 0,05$); депресія (51,35 %; $r = 0,5850$; $P < 0,05$).

Причини відмов від лікування протягом двох місяців і більше з моменту встановлення діагнозу туберкульозу вивчали методом ретроспективного аналізу первинної медичної документації (карти амбулаторного хворого, історії хвороби) та обстеження 103 (17,91 %) хворих 3-ї групи та 54 (42,19 %) хворих 4-ї групи й анкетування 41 (6,19 %) членів їхніх родин. Хворі не приймали протитуберкульозні препарати у зв'язку з чотирма групами причин: 1) соціально-економічними (95,00 %); 2) психологічними (50,00 %); 3) медичними (22,73 %); 4) релігійними (9,09 %). Найчастішими причинами відмов від лікування серед хворих 3-ї та 4-ї груп були: зловживання алкоголем (100,00 % і 0,00 %; $r = 0,9145$, $P < 0,05$); відсутність коштів на лікування (82,52 % хворих 3-ї та 92,59 % 4-ї групи; $r = 0,8229$, $P < 0,05$); легковажне ставлення до здоров'я (72,82 % і 42,59 %; $r = 0,7513$, $P < 0,05$); відчуття безнадійності (50,49 % і 61,11 %; $r = 0,6482$, $P < 0,05$); зловживання наркотиками (48,54 % і 0,00 %; $r = 0,8289$, $P < 0,05$); неусвідомлення суті своєї хвороби (40,78 % і 46,30 %; $r = 0,6280$, $P < 0,05$); ігнорування хвороби (40,78 % і 44,44 %; $r = 0,6386$, $P < 0,05$); неусвідомлення загрози здоров'ю (36,89 % і 18,52 %; $r = 0,6247$, $P < 0,05$); невротичні розлади (31,07 % і 22,22 %; $r = 0,7009$, $P < 0,05$); депресія (21,36 % і 14,81 %; $r = 0,6053$, $P < 0,05$); психічні розлади (20,39 % і 0,00 %; $r = 0,7156$, $P < 0,05$); бажання отримати квартиру (14,56 % і 14,81 %; $r = 0,6148$, $P < 0,05$). У більшості хворих вони поєднувались.

Причини неефективного лікування хворих на туберкульоз легень з'ясовані у 140 (24,35 %) хворих 2-ї групи порівняно із 204 (35,48 %)

ефективно лікованими хворими 1-ї групи. Усі причини неефективного лікування ми розподілили на сім груп: 1) соціально-економічні чинники (відсутність антимікобактеріальних препаратів і коштів на лікування, бідність, незбалансоване харчування) – 99,29 % хворих; 2) невчасне діагностування туберкульозу (непроведення профілактичних оглядів, флюорографії) – 71,43 %; 3) особливості туберкульозу (поширений деструктивний процес та його ускладнення) – 57,14 %; 4) особливості організму хворого (тяжкі супутні недуги, імунodefіцитний стан хворого) – у 73,57 %; 5) особливості збудника (масивне бактеріовиділення і резистентність МБТ до антимікобактеріальних препаратів) – 32,86 %; 6) нерациональне лікування (неконтрольованість, мала кількість або малі дози препаратів, неврахування резистентності, непризначення патогенетичних ліків, недостатнє або хибне лікування ускладнень, супутньої патології, ігнорування хірургічним лікуванням при наявності показань) – 100,00 %; 7) порушення режиму (переривання та незавершення лікування) – 52,86 %. У більшості хворих вони поєднувались.

Причини відсутнього лікування хворих на вперше діагностований туберкульоз легенів вивчені при проведенні обсерваційних досліджень за 1990–2003 рр. у Волинській області, де не лікувався 231 (40,17 %) хворий. До групи порівняння віднесено 204 (35,48 %) хворих 1-ї групи, які отримали повний основний курс антимікобактеріальної терапії. Відсутнє лікування зазначених пацієнтів зумовлено: відмовою від лікування протягом двох місяців і більше ($P < 0,05$; $r = 0,7725$, $P < 0,001$); ігноруванням своєї хвороби ($P < 0,05$; $r = 0,1350$, $P < 0,05$); смертю хворого на туберкульоз без лікування ($P < 0,05$; $r = 0,7167$, $P < 0,001$); спонтанним вилікуванням ($P < 0,05$; $r = 0,2558$, $P < 0,05$).

Причини відсутнього лікування у спонтанно вилікованих від туберкульозу з'ясовували у 30 (23,44 %) пацієнтів 4-ї групи. Як контрольну групу визначено когорту із 24 (18,75 %) хворих на вперше діагностований зтяжний і занедбаний туберкульоз легенів, які тривалий час не лікувалися, при прогресуванні туберкульозу й у них розвинувся первинно хронічний процес. З'ясовані такі причини відсутності лікування: психотичні розлади (33,33 %, $r = 0,5264$, $P < 0,05$); поліпшення стану здоров'я хворого і незвертання до медичного працівника (83,33 %, $r = 0,8305$, $P < 0,05$); нестача коштів на лікування (10,00 %, $r = 0,8138$, $P < 0,05$); безсимптомний перебіг хвороби (66,67 %, $r = 0,9266$, $P < 0,05$); помилки діагностики (36,67 %, $r = 0,5943$, $P < 0,05$) та ін.

Причини формування вперше діагностованого зтяжного занедбаного та хронічного туберкульозу вивчали у 43 (9,13 %) хворих, із них у 19 (2,62 %) хворих 1–3-ї груп, які лікувалися, і розвинувся хронічний туберкульоз легенів та у 24 (18,75 %) – 4-ї групи, які не лікувалися й виявлені з вперше діагностованим зтяжним, занедбаним туберкульозом, по суті, із хронічним. Основною причиною вперше діагностованого зтяжного і занедбаного туберкульозу було його пізнє діагностування у всіх хворих, зумовлене незвертанням за медичною допомогою та ігноруванням своєї хвороби, первинна резистентність МБТ до антимікобактеріальних препаратів.

Виявлено п'ять основних причин формування хронічного туберкульозу легенів (це причини I рівня, або основні; решту – причини II, III та ін. рівнів):

1. Нераціональне лікування спостерігалось у 94,74 % хворих ($r = 0,9537$, $P < 0,05$).

2. Резистентність мікобактерій туберкульозу до антимікобактеріальних препаратів (94,74 %, $r = 0,9537$, $P < 0,05$), із них первинна резистентність була у 12,50 % хворих, у решти – вторинна, яка зумовлена такими чинниками: хаотичним застосуванням протитуберкульозних препаратів; застосуванням препаратів без визначення резистентності до нього; перервою лікування протягом ($2,90 \pm 0,24$) місяців.

3. Перерване лікування (78,95 %, $r = 0,8226$, $P < 0,05$) зумовлене такими чинниками: зловживанням алкоголем; відсутністю коштів на лікування; емоційно-психологічними порушеннями; уживанням наркотиків; негативним впливом друзів, сектантських чи інших угруповань; ув'язненням; нещастям у родині; перебуванням під слідством.

4. Незавершене лікування було в 47,37 % хворих ($r = 0,5782$, $P < 0,05$). Воно зумовлене нестачею коштів на закупівлю антимікобактеріальних препаратів до 2000 р.; неконтрольованим лікуванням; зловживанням алкоголем; емоційно-психологічними порушеннями.

5. Відмову від лікування ми аналізували у двох аспектах: а) відмову до початку лікування і відсутність його (55,81 %, $r = 0,9900$, $P < 0,05$); б) відмову в процесі лікування (15,79 %; $r = 0,4526$, $P < 0,05$), у т. ч. відмову від хірургічного втручання.

Еволюцію та ефективність лікування вперше діагностованого туберкульозу легенів в умовах епідемії простежили у всіх 575 спостережуваних чотирьох груп. Не лікувалося 128 (22,26 %) хворих 4-ї групи. У них відбувався такий натуральний еволюційний процес: самовилікування наступило у 30 (23,44 %), уперше діагностований затяжний, занедбаний туберкульоз розвинувся у 24 (18,75 %) і померли 74 (57,81%). Із 30 (23,44 %) осіб із самовилікуванням туберкульозу, через певний час у 5 (16,67 %) розвинувся рецидив туберкульозу. Із 24 (18,75 %) хворих на вперше діагностований затяжний і занедбаний туберкульоз легенів, які пізніше виявили бажання лікуватися і наслідки лікування в яких були такі: ефективне лікування – у 12 (50,00 %); неефективне лікування – у 5 (20,83 %); перерване лікування і пізніше його продовження – у 2 (8,33 %); летальний наслідок – у 5 (20,83 %). Із 344 (59,83 %) хворих 1–2-ї груп, які лікувалися, відзначено такі наслідки: клінічний ефект досягнутий у 301 (87,50 %), із них у 189 (92,65%) – 1-ї групи та у 112 (80,00 %) – 2-ї групи; неефективне лікування було у 27 (7,85 %) хворих 1–2-ї груп, з них 7 (3,43 %) – 1-ї та 20 (14,29 %) – 2-ї груп; хронічний туберкульоз розвинувся у 9 (2,62 %) хворих 1–2-ї груп, з них 7 (3,43%) 1-ї та 2 (1,43 %) – 2-ї груп; померло 7 (2,03 %) хворих: 1 (0,49 %) – 1-ї та 6 (4,29 %) – 2-ї груп. Із 301 (87,50 %) вилікуваного у 9 (2,99 %) через ($3,41 \pm 0,24$) місяців розвинувся рецидив туберкульозу легенів, що на 5,58 % менше від частоти рецидиву після самовилікування (2,99 % проти 16,67 %, $P < 0,05$).

Причинно-наслідкова прогностична математична модель ефективного й неефективного лікування хворих на туберкульоз полягає у виявленні причинно-наслідкових кореляційних зв'язків і прогнозуванні за методом послідовного аналізу Вальда. Найвагомішими виявлено такі ознаки: вчасність і точність діагностики туберкульозного процесу; чим швидше поставлений етіологічний чи гістологічний діагноз туберкульозу, тим швидше розпочнеться лікування і тим кращий його ефект ($r = 0,61$, $P < 0,001$); особливості туберкульозного процесу, включаючи його поширеність, наявність чи відсутність деструкції; чим тяжчий патологічний процес, тим менша ймовірність його вилікування ($r = 0,88$, $P < 0,001$); особливості мікобактерій туберкульозу, котрі спричинили патологічний процес, зокрема наявність резистентності збудника до антимікобактеріальних препаратів; чим до більшої кількості препаратів I ряду резистентні мікобактерії туберкульозу, тим менша ймовірність вилікування ($r = 0,76$, $P < 0,001$); індивідуальні психологічні особливості хворого, його моральний, психологічний і психічний стан; чим у кращому стані психологічна сфера хворого, тим він дисциплінованіший і має більшу ймовірність вилікуватися, у т. ч. завдяки спонтанному вилікуванню ($r = 0,71$, $P < 0,001$); стан імунологічно-біологічних компенсаторних механізмів та імунобіологічної резистентності організму; чим менші порушення імунобіологічних компенсаторних механізмів організму, тим хворий має більшу можливість вилікуватися ($r = 0,60$, $P < 0,001$); духовний і матеріальний стан хворого та його сім'ї, тобто чим духовно та матеріально багатший хворий і чим кращі його родинні взаємини, тим краще він харчується і тим краща ймовірність досягнення ефективності лікування ($r = 0,61$, $P < 0,003$); матеріальний стан і забезпеченість лікувального закладу, тобто чим краще фінансування і матеріальна оснащеність лікувального закладу, до якого прикріплений хворий, тим краща ймовірність ефективнішого вилікування хворого ($r = 0,72$, $P < 0,001$); духовний і матеріальний стан лікаря, котрий лікує хворого, рівень його кваліфікації, знань та досвіду; чим кращий духовний, матеріальний і професійний стан лікаря, котрий лікує хворого, тим краща ефективність лікування ($r = 0,55$, $P < 0,001$);

Наявність ознаки оцінювали як 10 %, або +0,1, відсутність ознаки – 0, а сума їх становить (r_s). Якщо обчислити й виразити в числовій величині, наприклад у відсотках чи десятих суму всіх відсотків або балів, то можна спрогнозувати, наскільки ефективний чи неефективний буде результат лікування. Чим більше (r_s) наближається до 0,8 чи до 80,00 %, тим ефективнішим буде лікування. Чим ближче до 0 наближатиметься (r_s), тим прогнозується гірший ефект. Похибка прогнозу складає $\pm 1,0$ %.

Психологічні особливості та еволюцію психоневротичних розладів у хворих на туберкульоз легенів при ефективному, неефективному й відсутньому їх лікуванні вивчали методом анкетування 501 (87,13 %) хворого 4-х груп. Проводили психометричні дослідження на початку лікування, через 2, 5, 6 місяців лікування. Хворих розподілили на три групи: група А – 204 (40,72 %) хворих, які отримали повний основний курс антимікобактеріальної терапії під безпосереднім контролем і розраховували на ефективне

лікування; група Б – 140 (27,94 %) раніше неефективно лікованих хворих; група В – 157 (31,34 %) хворих, які не лікувалися, або зовсім (30 чол., або 19,11 % зі спонтанним вилікуванням), або надто пізно приступили до лікування через відмову – (103, або 73,57 %), або мали вперше діагностований затяжний і занедбаний туберкульоз, який не був вчасно діагностований (24, або 15,29 % пацієнти). Усі вони реагували на діагностований у них туберкульоз, але по-різному. У хворих розвивалися ті чи інші психологічні (501 чол., або 100,00 %), психічні (39 чол., або 7,78 %), невротичні (127 чол., або 25,35 %) і нервово-психічні розлади (87 чол., або 17,37 %), які поєднувалися, збалансовувалися й еволюціонували. Виявлено, що зазначена симптоматика не постійна. Вона еволюціонує пропорційно стану хворих, наявності інтоксикації, гіпоксії і клінічних проявів, котрі турбують хворого ($r = 0,76$, $P < 0,001$).

Нами виявлено 14 психотипів реагування пацієнтів на свою хворобу. Порівняно із 140 (27,94 %) неефективно лікованими у 204 (40,72 %) ефективно лікованих хворих переважав гармонічний (48,04 % проти 0,71 %; $P < 0,001$) та ейфоричний (25,00 % проти 0,71 %; $P < 0,001$) тип сприйняття хвороби. У раніше неефективно лікованих переважав неврастенічний (16,43 % проти 3,92 %; $P < 0,001$); тривожний (14,29 % проти 0,49 %; $P < 0,001$); анозогнозичний (13,57 % проти 1,47 %; $P < 0,001$); меланхолічний (12,86 % проти 2,94 %; $P < 0,001$); агресивний (12,14 % проти 1,47 %; $P < 0,001$) типи реагування на хворобу порівняно з ефективно лікованими. У 157 (31,34 %) тривалий час не нелікованих хворих переважав тривожний (15,92 % проти 0,49 %; $P < 0,001$), іпохондричний (14,65 % проти 0,98 %; $P < 0,001$); параноїальний (12,74 % проти 0,00 %; $P < 0,001$) психотипи порівняно з ефективно лікованими. Ми не виявили залежності між психотипами реагування на туберкульоз та між клінічними формами хвороби ($P > 0,05$).

Дослідивши в динаміці особливості психоневротичних розладів у хворих на туберкульоз легенів, ми виділили чотири етапи їх еволюції, притаманні для всіх хворих. Перший етап тривалістю 1,5–2 тижні, у середньому ($12,50 \pm 1,3$) дб, ми назвали стресово-невротичним. Потім наставав другий етап – психічної адаптації. Більшість хворих через ($2,35 \pm 0,27$) тижнів у А групі, ($4,37 \pm 0,10$) тижнів у Б групі, ($3,15 \pm 0,35$) тижнів у В групі; $P < 0,001$), залежно від типу нервової системи хворого і сприятливості перебігу туберкульозу, приходили в стан нервово-психічної рівноваги. Третій етап ми назвали етапом динамічних психоневротичних розладів. Еволюція психоневротичних розладів проходила в прямо пропорційній залежності від перебігу й ефективності лікування туберкульозу ($r = 0,72 \pm 0,12$, $P < 0,001$): чим тяжчий стан хворого, тим вираженішими були психологічні розлади, і навпаки. Останній, четвертий етап характеризувався інволюцією при одужанні або посиленні психоневротичних розладів при неефективному лікуванні. Це прямо пропорційно залежало від результату лікування хворого ($P < 0,001$).

Психологічні особливості членів родини і наближеного кола осіб до хворих на туберкульоз досліджували методом психологічного тестування і анкетування 662 (66,33 %) членів родин досліджуваних хворих. Ми також вивчали міжособистісні стосунки контактів – 75 (5,26 %) учнів і студентів навчальних закладів, 612 (42,89 %) співробітників, 740 (51,26 %) друзів і знайомих хворого на туберкульоз.

На першому етапі психометричного дослідження здійснювали попереднє знайомство з родиною та її членами, іншими контактами і виявили таке. У 72 (10,88 %) членів родини та 205 (14,37 %) інших контактів був алкоголізм. Девіація поведінки була відповідно у 79 (11,93 %) і 123 (8,62 %), інші джерела психічної травматизації – у 68 (13,28 %) родин і 23 (1,61 %) контактних. Конфлікти були у 500 (99,80 %) родин і з 842 (59,00 %) контактними, напруженість і тривожність – відповідно у 489 (94,22 %) і 1001 (70,15 %).

На II-му етапі, загального знайомства з родиною, навчальним закладом, місцем роботи, колом друзів, виявили, що 159 (24,02 %) членів родин, 94 (6,59 %) друзі і знайомі спотворили реальну ситуацію і сказали неправду. Це так звані “родинні фільтри” або “товариські фільтри”, які ми виявили і які спотворювали правильне уявлення про ситуацію.

На III-му етапі виявляли всі психотравмуючі ситуації в родині, у навчальному закладі, на місці роботи, серед кола друзів за шкалою Т. Х. Холмса зі співавт. (2001), а на IV-му етапі встановлювали психологічний діагноз (родинний, навчальний, на роботі, серед друзів).

Другою частиною було вивчення ступеня реадaptaції членів родини хворого наближених до нього осіб. З'ясовано, що у 502 (96,72 %) із 519 родин пацієнт вніс значний дисонанс у родину, причому у 400 (79,68 %) несвідомо, а у 102 (20,32 %) свідомо. У всіх членів родини протягом $(2,50 \pm 0,12)$ тижнів наступав стресовий або кризовий стан, який у 269 (51,83 %) родин повторювався у міру погіршення стану хворого. Психологічні розлади й матеріальні затрати серед членів родини призводили до так званої “соціально-психологічної хвороби родини”.

Реакцію родини, або родинну дезадаптацію, при захворюванні одного або декількох членів родини на туберкульоз ми розподілили на три періоди: 1-й – усвідомлення ситуації, що склалася; 2-й – динамічні зміни психологічного клімату в родині протягом лікування (тривав протягом обох фаз лікування); 3-й – реадaptaція психологічного клімату в родині різного ступеня: повної, вираженої, часткової, відсутньої.

Загальну якість життя і стан здоров'я хворих на туберкульоз легенів вивчали за допомогою української версії питальника, розробленого ВООЗ, досліджуючи 501 (87,13 %) хворого на туберкульоз або спонтанно вилікуваних від нього. За контрольну групу взято 202 здорових мешканців Волині, віко-статевий і соціально-професійний склад яких відповідав хворим основних груп ($P > 0,05$). Якість життя ми розглядали відповідно до ВООЗ “як сприйняття індивідами їх положення в житті в контексті культури та системи цінностей, у яких вони живуть, і відповідно з їх власними цілями,

сподіваннями і турботами". Тобто якість життя людини є комплексним поняттям, яке складається з оцінки фізичного здоров'я, психологічного стану, соціальних взаємовідносин, трудової діяльності та фінансових ресурсів, рівня незалежності людини та її безпеки, оцінки стану навколишнього середовища, духовної сфери людини та її переконань.

У 202 (66,23 %) здорових осіб Волині загальна якість життя і стан здоров'я складала ($95,94 \pm 1,60$) балів і була на 10,73 % нижчою, аніж у населення розвинених європейських країн, яка, за узагальненими науковими даними, складає ($107,47 \pm 2,09$) балів ($t = 4,3805$; $P < 0,001$).

Порівняно з контрольною групою ($95,94 \pm 1,60$ балів) на момент діагностування туберкульозу загальна якість життя і стан здоров'я була на 35,32 % нижчою в ефективно лікованих хворих ($62,05 \pm 1,33$ балів; $t = 16,2886$; $P < 0,001$), на 39,72 % гіршою у раніше неефективно лікованих хворих ($57,83 \pm 1,21$ балів; $t = 18,9979$; $P < 0,001$), на 17,92 % меншою у хворих, які тривало не лікувалися ($78,75 \pm 1,40$ балів; $t = 8,0855$; $P < 0,001$) і статистично вірогідно не відрізнялася в осіб, спонтанно вилікованих від туберкульозу ($96,79 \pm 2,11$ балів; $t = 0,3210$; $P > 0,5$). За період відмови від лікування хворих, або протягом ($3,2 \pm 0,7$) місяців від діагностування до лікування туберкульозу, загальна якість життя і стан здоров'я їх знизилися на 28,05 %, або з ($78,75 \pm 1,40$) балів до ($56,66 \pm 1,32$) балів. Це дає нам підставу зробити припущення, що однією із причин відсутності лікування у спонтанно вилікованих від туберкульозу була їхня висока якість життя під час захворювання, а також цей факт може бути однією із причин відмови хворих від лікування. Отже, чим ефективнішим було лікування, на що вказувала позитивна клініко-рентгенологічна динаміка, тим кращою ставала загальна якість життя і стан здоров'я хворих, і навпаки ($r = 0,79$, $P < 0,001$).

Загальну якість життя і стан здоров'я членів родин хворих на туберкульоз вивчали за тією ж методикою, що й хворих - серед 662 (66,33 %) членів родин хворих на туберкульоз, а також 202 здорових осіб. Порівняно із здоровими людьми ($95,94 \pm 1,60$ балів) у членів родин неефективно лікованих хворих загальна якість життя і стан здоров'я були на 7,25 % нижчими ($88,98 \pm 1,36$ балів; $P < 0,001$); у членів родин ефективно лікованих хворих – на 7,10 % нижчими ($89,13 \pm 1,72$ балів; $P < 0,01$); у членів родин тривало не лікованих хворих – на 5,95 % нижчими ($90,23 \pm 1,24$ балів; $P < 0,01$), причому у членів родин спонтанно вилікованих хворих загальна якість життя і стан здоров'я прирівнювалися до здорових людей ($96,17 \pm 1,51$ балів; $P > 0,5$). Отже, загальна якість життя і стан здоров'я членів родин мала таку ж тенденцію, як і серед хворих: чим швидше поліпшувався стан хворих, тим швидше покращувалася загальна якість життя членів родин, і навпаки ($P < 0,001$).

Прогностична математична модель загальної якості життя і стану здоров'я хворих на туберкульоз ґрунтується на аналізі 501 (83,13 %) хворого, а також 202 здорових осіб. Спершу вивчали загальну якість життя і стан здоров'я в динаміці на різних етапах лікування хворих, виявляючи при цьому взаємозв'язки між субсферами однієї і тієї ж та інших сфер, а також

різні обмеження у поліпшенні загальної якості життя і стану здоров'я. На основі кореляції, простої та множинної лінійної регресії розробили шість проміжних моделей стосовно окремих сфер і субсфер за умов їх нульового значення та впливу різних факторів і обмежень, виявивши таким способом коефіцієнт детермінації, який показує ступінь впливу кожного фактору на загальну якість життя і стан здоров'я хворих на туберкульоз. Ця модель вже при первинному огляді хворого дає можливість прогнозувати його загальну якість життя і стан здоров'я.

Медичні наслідки, економічні затрати і збитки при ефективному, неефективному й відсутньому лікуванні хворих на туберкульоз легенів вивчали, аналізуючи 445 (77,39 %) хворих.

Медичні наслідки. Порівняно з контрольною групою, успішне лікування в якій становило 92,65 %, цей показник у неефективно лікованих був в 1,26 раза гіршим ($P < 0,001$), у тих, що відмовлялися від лікування, – у 1,24 раза меншим ($P < 0,003$), а порівняно із тривало плинним поширенням туберкульозом – у 3,71 раза гіршим ($P < 0,001$). Профілактична робота у вогнищах туберкульозної інфекції найактивніше проводилася у ефективно та неефективно лікованих і була незадовільною в тих, котрі тривалий час відмовлялися від лікування.

Порівняно з ефективно лікованими, середня тривалість одного випадку втрати працездатності у яких складала ($64,21 \pm 1,64$) днів, у тих, що тривалий час відмовлялися від лікування, вона була в 1,96 раза вищою ($P < 0,001$), у неефективно лікованих – у 2,15 раза вищою ($P < 0,001$), у хворих на тривало плинний поширений процес – у 5,13 раза вищою ($P < 0,001$). Порівняно з ефективно лікованими, серед яких інвалідами визнано 29,41%, у тих, що відмовлялися від лікування, та неефективно лікованих інвалідів було у 2,38 – 2,43 раза більше ($P < 0,001$) при 100-відсотковій інвалідності хворих на затяжний поширений процес (у 3,40 раза більше; $P < 0,001$).

Найдовше в стаціонарі лікувалися хворі на затяжний, занедбаний туберкульоз ($371,00 \pm 25,95$ днів) та раніше неефективно ліковані ($151,65 \pm 5,32$ днів) порівняно з ($75,23 \pm 9,54$) днями серед ефективно лікованих, однак найбільша летальність спостерігалася серед перших (33,33 %) та тих, що тривалий час відмовлялися від лікування (11,67 %) при 0,49 % серед ефективно лікованих.

Загальні медико-економічні затрати на спостережуваних хворих становлять 2 207 015,92 грн, причому найбільше коштів витрачено на лікування і диспансеризацію хворих (1 105 563,77 грн, або 50,09 %), у 1,83 раза менше на моніторинг у процесі лікування ($P < 0,001$), у 3,12 раза менше на профілактику туберкульозу у вогнищах інфекції ($P < 0,001$) і в 7,73 раза менше на виявлення і діагностику туберкульозу ($P < 0,001$).

Медико-економічні затрати на одного ефективно лікованого хворого становлять 4 696,64 грн, при неефективному лікуванні ці затрати збільшуються на 23,02 %, а при тривало відсутньому й пізно розпочатому лікуванні економічні затрати ще більші: на 29,50 % порівняно з ефективно лікованими й на 8,41 % порівняно з неефективно лікованими. Найбільші фінансові

затрати необхідні для хворих із затяжним, занедбаним туберкульозом (21 240,01 грн на одного хворого), що в 4,52 раза більше від ефективно лікованих, у 3,48 раза більше від неефективно лікованих, у 3,19 раза більше від тих, які відмовлялися від лікування. Навіть для вперше в житті посмертного діагностування туберкульозу затрачається 189,21 грн на одну автопсію, а для діагностування спонтанно вилікуваного туберкульозу у віддалені терміни – 22,68 грн на одну особу.

Загальні *економічні збитки* склали 24 255 803,41 грн, причому найбільшу питому вагу мали збитки від смертності працездатних хворих (21 641 821,52 грн, або 89,22 %) і в 15,65 – 17,56 раза меншими ($P < 0,001$) були збитки від тимчасової втрати працездатності (1 231 667,67 грн, або 5,08 %) та внаслідок інвалідності (1 382 314,22 грн, або 5,70 %).

Економічні збитки на одного ефективно лікованого хворого склали 4 817,13 грн, причому в 50,30 раза більші збитки серед померлих пацієнтів, у 22,85 раза більші серед пацієнтів на затяжний, занедбаний туберкульоз, у 6,82 раза більші від тих, які відмовилися від лікування, у 4,42 раза більші серед неефективно лікованих.

Медико-економічні збитки в 10,99 раза переважають над затратами (51 064,85 грн проти 4 646,35 на одного хворого). Це означає, що на кожен витрачений гривню збитки складають 10,99 грн. Інтерполюючи ці розрахунки на статистичні дані, у 2003 р. Волинській області нанесені збитки в сумі 155 233 382,72 грн.

Прогнозування відмов від лікування та його переривання хворими на вперше діагностований туберкульоз легенів проводили методом послідовного аналізу Вальда. На етапі підготовки прогностичного дослідження ми проаналізували 300 (52,17 %) хворих, їх усю первинну медичну документацію і виявили 205 медико-соціальних і клінічних ознак із 510 їх градаціями, які могли бути потенційними факторами відмови від лікування та його переривання. Ці ознаки закодовані та зведені в кодувальну таблицю в комп'ютерній базі даних. За критерієм Фішера-Стьюдента (t) визначали значущість кожної із зазначених ознак, обчислювали прогностичний коефіцієнт кожної ознаки. Із них ми відібрали 15 ознак і 47 їх градацій, які траплялися найчастіше й виявилися прогностично високо інформативними щодо відмови від лікування та переривання лікування. Обстеживши хворого, лікар підкреслює в анкеті ті ознаки, котрі виявлені в нього, і помічає відповідні прогностичні коефіцієнти, які ще називають як бали. Потім підраховують суму прогностичних балів для визначення прогнозу відмови від лікування або можливого його переривання. Установлено, що низький ступінь ризику – менше 0,5 бала, середній – 1,0 – 7,0 балів, високий – більше 7,0 балів. Похибка розробленого прогнозу складає $\pm 5,00$ %.

Першим етапом у реалізації технології попередження відмов від лікування та його неефективності у хворих на вперше діагностований туберкульоз легенів, поліпшення якості їх життя і стану здоров'я та реадaptaції членів їх родин є прогнозування відмов від лікування чи його переривання, прогнозування неефективності лікування та зниження загальної

якості життя і стану здоров'я хворих. Показанням до застосування цієї технології є бактеріальний туберкульоз, тяжкий стан хворого, туберкульоз у соціально-дезадаптованих хворих, оскільки в них найвища ймовірність переривання, відмов від лікування та його неефективності з негативними наслідками. Технологія складається із п'ятих взаємопов'язаних, взаємодоповнюючих алгоритмів:

1. Алгоритм корекції відмов від лікування хворих на вперше діагностований туберкульоз легенів. Його здійснювали десятима кроками: 1) обстеження хворого; 2) інформування пацієнта про діагноз і про передбачуване лікування; 3) проведення прогнозування відмов від лікування та його переривання методом послідовного аналізу Вальда або бального методу; 4) обговорення з хворим діагнозу і плану лікування; 5) вивчення причин відмов від лікування; 6) усунення причин відмови від лікування; 7) раціональна й роз'яснювальна психотерапія із сугестією; 8) раціонально-логічне інформування обраного кола посадових осіб, колег по роботі, членів родини для вирішення тих об'єктивних проблем хворого, які були причиною відмови від лікування; 9) потенціювання раціональної психотерапії мебікаром; 10) зміцнення взаємовідносин "лікар – хворий – інші медичні працівники".

Для отримання згоди на проведення специфічної протитуберкульозної терапії в осіб, які від неї відмовляються, поряд із раціональною й роз'яснювальною психотерапією із сугестією у 25 (58,14 %) пацієнтів проводили медикаментозну транквілізуючу терапію за допомогою мебікару по 1-й таблетці (0,3 г) тричі на день незалежно від уживання їжі протягом 20 днів. Інші 18 (41,86 %) хворих не отримували мебікар, а лише раціональну й роз'яснювальну психотерапію із сугестією. Застосування мебікару сприяло:

а) зменшенню кількості проведених психотерапевтичних сеансів до того часу, доки хворий погодився на лікування, у 1,67 раза (з $(5,84 \pm 0,43)$ до $(3,49 \pm 0,56)$ сеансів; $t = 3,3284$; $P < 0,001$);

б) зменшенню часу, затраченого на одну психотерапевтичну корекцію, у 2,03 раза (з $(0,67 \pm 0,03)$ до $(0,33 \pm 0,02)$ год; $t = 9,4299$; $P < 0,001$);

в) зменшенню кількості днів, потрібних на отримання згоди на лікування в процесі психотерапевтичної корекції, у 1,68 раза (з $(7,01 \pm 0,54)$ до $(4,17 \pm 0,21)$ днів; $t = 4,9017$; $P < 0,001$);

г) зменшенню кількості переривань лікування у процесі основного курсу антимікобактеріальної терапії в 10,03 раза (з $(3,21 \pm 1,12)$ до $(0,32 \pm 0,03)$ переривань; $t = 2,5794$; $P < 0,02$).

Доказано, що транквілізатор мебікар сприяє потенціюванню раціональної і роз'яснювальної психотерапії із сугестією.

Завдяки застосуванню алгоритму корекції відмов від лікування хворих на вперше діагностований туберкульоз легенів: хворі погодилися на лікування в 15,98 раза швидше ($(5,59 \pm 0,27)$ проти $(89,31 \pm 7,54)$ днів, $t = 11,0963$; $P < 0,001$); загальна тривалість відмови від лікування після діагностування туберкульозу іншими лікарями була в 1,36 раза меншою ($(65,77 \pm 5,11)$ проти $(89,31 \pm 7,54)$ днів; $t = 2,5844$; $P < 0,02$); кількість короткотривалих

переривань лікування у процесі основного курсу антимікобактеріальної терапії була в 5,89 раза меншою ($(2,95 \pm 0,23)$ проти $(17,37 \pm 1,55)$; $t = 9,2025$; $P < 0,001$); кількість довготривалих (понад один місяць) переривань лікування у процесі основного курсу антимікобактеріальної терапії була в 5,72 раза меншою ($2,33$ % проти $13,33$ %; $t = 2,2202$; $P < 0,05$) порівняно із хворими, у яких цей алгоритм не застосовувався.

2. Алгоритм формування взаємовідносин "лікар – хворий – інші медичні працівники" здійснювали шістьма кроками: 1) перший контакт лікаря і хворого; 2) наступні зустрічі після часткового проведення обстежень, або другий-третій день перебування в стаціонарі, і зміна вражень; 3) завершення обстежень, обговорення діагнозу та лікування, стресовий стан хворого; 4) формування позитивної системи уявлень у хворих; 5) спрямування хворих на правильні шляхи до здоров'я і формування моделі видужання; 6) стосунки лікаря і хворого з іншими медичними працівниками.

Виявлені такі переваги застосування цього алгоритму: 1) підвищення рівня якості лікування і зниження у 2,58 раза частоти відхилень від стандарту ($29,00$ % проти $74,85$ %; $t = 8,1227$; $P < 0,001$); 2) зведення до нуля кількості обґрунтованих скарг хворих ($0,00$ % проти $3,59$ %); 3) зведення до нуля кількості обґрунтованих скарг родичів хворих ($0,00$ % проти $1,20$ %); 4) зменшення середньої кількості відвідувань на дому на 1 хворого у 2,11 раза ($(13,24 \pm 2,15)$ проти $(27,90 \pm 3,57)$; $t = 3,5178$; $P < 0,001$); 5) зменшення питомої ваги профілактичних відвідувань в 1,91 раза ($(31,92 \pm 2,38)$ проти $(61,03 \pm 3,02)$; $t = 7,5707$; $P < 0,001$); 6) збільшення питомої ваги вдалих відвідувань хворими ($(88,86 \pm 1,45)$ проти $(67,55 \pm 2,05)$; $t = 8,4867$; $P < 0,001$); 7) збільшення частоти охоплення хворих амбулаторним лікуванням в 1,20 раза ($99,00$ % проти $82,63$ %; $t = 4,2344$; $P < 0,001$); 8) не зменшилася повнота охоплення хворих диспансеризацією і залишилася на рівні $100,00$ %.

3. Алгоритм корекції неефективного лікування хворих на вперше діагностований туберкульоз легенів включає в себе сім кроків: 1) рання діагностика й прогноз неефективного лікування хворого; 2) виявлення причин неефективного лікування кожного хворого; 3) усунення причин неефективного лікування; 4) корекція антимікобактеріальної терапії та її інтенсифікація; 5) застосування патогенетичної терапії; 6) хірургічне лікування хворих із неефективною антимікобактеріальною терапією; 7) протирецидивна антимікобактеріальна терапія. Усі кроки цього алгоритму повинна супроводжувати психологічна прийнятність лікування.

Загальна ефективність цього алгоритму така: припинення бактеріовиділення було в 1,45 раза частіше ($84,62$ % проти $58,18$ %; $t = 2,7228$; $P < 0,01$); загострення деструкції – в 1,24 раза частіше ($88,89$ % проти $71,58$ %; $t = 2,6288$; $P < 0,01$); успішне лікування – в 1,27 раза частіше ($93,33$ % проти $73,68$ %; $t = 3,3578$; $P < 0,001$); частота загострення туберкульозу була в 4,27 раза рідше ($4,44$ % проти $18,95$ %; $t = 2,3356$; $P < 0,02$); частота прогресування туберкульозу – в 8,06 раза рідше ($2,22$ % проти $17,89$ %; $t = 2,6514$; $P < 0,01$); загальна летальність ($0,00$ % проти $6,32$ %), у т. ч. післяопераційна

летальність зменшилася (0,00 % із 17 оперованих проти 10,00 % із 10 оперованих).

4. Алгоритм поліпшення загальної якості життя і стану здоров'я хворих на вперше діагностований туберкульоз легенів включає п'ять кроків: 1) вивчення кількісної характеристики загальної якості життя і стану здоров'я хворих; 2) прогнозування загальної якості життя і стану здоров'я хворих; 3) виявлення причин зниження загальної якості життя і стану здоров'я хворих; 4) усунення виявлених причин зниження загальної якості життя і стану здоров'я хворих; 5) додаткові заходи щодо поліпшення загальної якості життя і стану здоров'я хворих. При застосуванні цього алгоритму загальна якість життя і стан здоров'я були на 10,42 % кращими, аніж без його застосування ($80,31 \pm 1,08$ проти $71,94 \pm 1,16$) балів; $t = 5,2810$; $P < 0,001$).

5. Алгоритм реадaptaції членів родин хворих на вперше діагностований туберкульоз легенів складається із двох взаємопов'язаних субалгоритмів:

А. Субалгоритм поліпшення надання медичної допомоги родинам, у яких є хворий на туберкульоз, включає п'ять кроків: 1) скринінгове обстеження; 2) організація диспансеризації; 3) проведення санітарно-епідеміологічних заходів; 4) тримісячна хіміопрофілактика ізоніазидом; 5) лікування контактних осіб, які захворіли на туберкульоз.

Б. Субалгоритм медико-соціальної та психологічної реабілітації родин, у яких є хворий на туберкульоз, реалізують упродовж чотирьох кроків: 1) загальне знайомство з родиною; 2) вивчення психотравмуючих факторів; 3) психологічна та соціальна підтримка родини; 4) родинна психотерапія за методикою Э. Г. Эйдемиллера, В. В. Юстицкиса (2002).

Результат застосування алгоритму реадaptaції членів родин хворих на вперше діагностований туберкульоз легенів вимірювали бальним методом. Внутрішньородинна адаптивність та емоційна задоволеність родин, у яких був хворий на туберкульоз від періоду діагностування у хворого туберкульозу до закінчення інтенсивної фази лікування хворого зросла у 2,06 раза, або з $(3,52 \pm 0,24)$ до $(7,24 \pm 0,41)$ балів при $t = 7,8303$; $P < 0,001$. Після закінчення інтенсивної фази лікування хворого внутрішньородинна адаптивність та емоційна задоволеність родин була в 1,76 раза кращою, аніж на цей же період у хворих без застосування алгоритму реадaptaції членів родин ($7,24 \pm 0,41$) проти $(4,12 \pm 0,37)$ балів, $t = 5,6494$; $P < 0,001$).

Кожен із перерахованих складових (п'яти алгоритмів) віддзеркалює певний послідовний технологічний процес, тобто задає для фахівця певну, визначену послідовність дій, унаслідок виконання яких розв'язуються певні завдання для досягнення кінцевого ефекту запропонованої нами технології.

Останню застосовували у 100 (21,23 %) хворих підгрупи А, з них у 45 (32,14 %) раніше неефективно лікованих підгрупи 2А, у 43 (41,75 %) підгрупи 3А, які відмовлялися від лікування, у 12 (50,00 %) хворих на вперше діагностований затяжний, занедбаний нелікований підгрупи 4А. Ефективність зазначеної технології вивчали шляхом порівняння підгрупи А з аналогічною підгрупою Б – 167 (35,43 %) хворих, із них 95 (67,85 %) – підгрупи 2Б, 60 (58,25 %) – підгрупи 3Б, 12 (50,00 %) – підгрупи 4Б, а також і

204 (35,48 %) хворими 1-ї групи, які закінчили повний курс антимікобактеріальної терапії та вважалися ефективно лікованими. Отримали такі результати.

1. Частота відмов, перерв і порушень режиму лікування завдяки застосуванню технології була: в 1,66 раза меншою у 2А підгрупі порівняно із 2Б підгрупою (35,56 % проти 58,95 %; $t = 2,6502$; $P < 0,01$); у 1,84 меншою у 3А підгрупі порівняно із 3Б підгрупою (32,56 % проти 60,00 %; $t = 2,8544$; $P < 0,01$); мала тенденцію до зменшення на 16,66 % у 4А підгрупі порівняно із 4Б підгрупою (41,67 % проти 58,33 %; $t = 0,8277$; $P > 0,3$).

2. Завдяки застосуванню запропонованої технології успішне лікування було: в 1,27 раза частіше у 2А підгрупі (93,33 % проти 73,68 % у 2Б підгрупі; $t = 3,3578$; $P < 0,001$); в 1,24 раза частіше у 3А підгрупі (відповідно 93,02 % проти 75,00 %; $t = 2,6469$; $P < 0,01$); у 3 рази частіше у 4А підгрупі (відповідно 75,00 % проти 25,00 %; $t = 2,8284$; $P < 0,01$).

3. Загальна якість життя і стан здоров'я хворих завдяки застосуванню запропонованої технології була: у 2А підгрупі на 4,93 % кращою порівняно із 2Б підгрупою ($(81,13 \pm 1,34)$ проти $(77,13 \pm 1,01)$ балів; $t = 2,3838$; $P < 0,02$); у 3А підгрупі на 5,25 % краща порівняно із 3Б підгрупою ($(94,51 \pm 1,37)$ проти $(89,55 \pm 1,62)$ балів; $t = 2,3378$; $P < 0,02$); в 4А підгрупі на 5,49 % кращою порівняно із 4Б підгрупою ($(79,37 \pm 0,95)$ проти $(75,01 \pm 1,31)$ балів; $t = 2,6943$; $P < 0,01$). У 100 (21,23 %) хворих підгрупи А загальна якість життя і стан здоров'я становила $(93,54 \pm 1,11)$ балів, тобто була на 5,52 % кращою порівняно із 167 (35,43 %) хворими підгрупи Б ($(88,38 \pm 1,38)$ балів; $t = 2,9136$; $P < 0,01$) і на 4,51 % кращою порівняно із 204 (35,48 %) ефективно лікованими хворими контрольної групи ($(89,32 \pm 1,34)$ балів; $t = 2,4252$; $P < 0,02$).

4. Реадаптація членів родин завдяки застосуванню запропонованої нами технології була така: у 35 (37,23 %) членів родин хворих 2А підгрупи була на 12,90 % кращою від 59 (62,77 %) членів родин пацієнтів 2Б підгрупи ($(7,52 \pm 0,31)$ проти $(6,55 \pm 0,17)$ балів; $t = 2,7436$; $P < 0,01$); у 20 (48,78 %) членів родин хворих 3А підгрупи – на 10,88 % кращою від 21 (51,22 %) члена родин хворих 3Б підгрупи ($(9,93 \pm 0,12)$ проти $(8,85 \pm 0,31)$ балів; $t = 3,2489$; $P < 0,003$); у 20 (50,00 %) членів родини хворих 4А підгрупи – на 11,21 % кращою, аніж у стількох же 4Б підгрупи ($(9,01 \pm 0,18)$ проти $(8,00 \pm 0,24)$ балів; $t = 3,3667$; $P < 0,001$). Загалом, у 75 (11,33 %) членів родини хворих підгрупи А реадаптація була на 21,37 % кращою від 100 (15,11 %) членів родин пацієнтів підгрупи Б ($(9,03 \pm 0,25)$ проти $(7,10 \pm 0,23)$ балів; $t = 5,6814$; $P < 0,001$) і прирівнювалася до реадаптації 487 (73,56 %) членів родин хворих 1-ї контрольної групи ($(8,65 \pm 0,34)$ балів; $t = 0,9004$; $P > 0,3$).

5. Економічний ефект на одного хворого в підгрупі А порівняно з підгрупою Б зріс у 2,74 раза, а порівняно з контрольною групою – збільшився на 99,74 %, причому кожна затрачена гривня у підгрупі А дала ефективність 1,71 грн, або на 47,24 % більшу, ніж у підгрупі Б і в 3,45 раза більшу від 1-ї групи.

Отже, нами досягнуто мети дисертаційного дослідження – завдяки розробленій технології попередження відсутнього і неефективного лікування

хворих та соціальної реадaptaції членів їхніх родин на 5,52 % поліпшилася загальна якість життя і стан здоров'я хворих на туберкульоз легенів, причому при відсутньому (на 5,25 % – 5,49 %) і неефективному їх лікуванні (на 4,93 %) вона прирівнювалася до ефективно лікованих ($89,32 \pm 1,34$ балів), і мінімізовані медико-економічні наслідки, що привели до зростання економічного ефекту на одного хворого у 2,74 раза, або на 54 007,91 грн, а також в 1,69 раза зменшилася частота відмов, перерв і порушень режиму лікування, в 1,29 раза поліпшилася ефективність лікування при зменшенні летальності в 3,39 раза, поліпшилася реадaptaція членів родин на 21,37 %. Отже, нами реалізовано всі задачі та мету дослідження.

ВИСНОВКИ

У дисертації теоретично узагальнено й вирішено наукову проблему сучасної фтизіатрії, яка полягає у поліпшенні якості життя і психологічного стану хворих на вперше діагностований туберкульоз легенів й мінімізації медико-економічних наслідків захворювання шляхом розробки технології попередження відмов від лікування та його неефективності у хворих на вперше діагностований туберкульоз легенів, поліпшення якості їх життя і стану здоров'я та реадaptaції членів їхніх родин.

1. Середня частота відсутнього лікування по Україні у 2,35 раза вища, ніж середня по Волині при майже однакових ефективно й неефективно лікуванні хворих на туберкульоз та летальності. При відсутньому лікуванні померло 57,81 % пацієнтів, спонтанневилікування наступило у 23,44 %, затяжний занедбаний з ознаками “первинного хронічного” туберкульозу сформувався у 18,75 %.

2. Серед неефективно лікованих хворих у 97,14 % погіршилася клініко-рентгенологічна динаміка, у 33,90 % додатково розвинулося бактеріовиділення, у 3,12 раза зросла хіміорезистентність мікобактерій, а у 2,86 % випадків було несправжнє благополуччя (відсутність скарг, припинення бактеріовиділення при наявності активного процесу, деструкції, інфільтрації в легенях).

3. Стандартна антимікобактеріальна терапія на 12,58 % ефективніша від нестандартної. Когортний аналіз із урахуванням клініко-рентгенологічного підтвердження “вилікування і завершеного лікування” має переваги над “традиційним” річним аналізом і показує істинну нижчу ефективність лікування.

Серед хворих, які відразу після діагностування хвороби приступили до лікування, клінічний ефект досягнутий у 87,50 %; неефективне лікування було у 10,47 %; померли – 2,03 %, причому серед зазначених пацієнтів рецидив туберкульозу виник у 2,99 %, тоді як після спонтанноговилікування – у 5,58 раза частіше. Гірші результати були у пацієнтів на затяжний занедбаний туберкульоз: ефективне лікування – у 50,00 %; неефективне – у 29,17 % при летальності – 20,83 %.

4. Серед хворих на туберкульоз, які померли без лікування, всі зловживали алкоголем, не мали коштів на лікування – 94,59 %; ігнорували своє

захворювання – 94,59 %; не усвідомлювали суті хвороби – 87,84 %; легко-важно ставилися до здоров'я – 52,70 %; страждали на депресію – 51,35 %.

5. Найчастішими причинами відмови від лікування хворих були: соціально-економічні (95,00 %); психологічні (50,00 %); медичні (22,73 %); релігійні (9,09 %). Вони включали зловживання алкоголем, наркотиками, відсутність коштів на лікування, легковажне ставлення до здоров'я, нерозуміння суті та ігнорування хвороби, психоневротичні розлади, бажання отримати квартиру, релігійні переконання.

6. Неефективне лікування хворих на туберкульоз легенів зумовлене сімома групами причин: нераціональним щодо режимів і тривалості лікуванням (100,00 %); незадовільними соціально-економічними факторами (99,29 %); особливостями організму хворого (73,57 %); невчасним діагностуванням захворювання (71,43 %); ускладненнями туберкульозу (57,14 %); порушенням режиму (перериванням та не завершенням) лікування (52,86 %); резистентністю збудника (32,86 %).

Причинно-наслідкова прогностична модель ефективного й неефективного лікування хворих на туберкульоз дає змогу передбачити результат лікування хворого на туберкульоз з урахуванням різних причинно-наслідкових факторів із похибкою $\pm 1,0$ %.

7. Причинами відсутності лікування у хворих на туберкульоз легенів були: відмова від лікування, ігнорування хвороби, посмертне діагностування туберкульозу, спонтанне вилікування. Спонтанно вилікувані хворі не лікувалися через поліпшення стану здоров'я і незвертання до лікаря (83,33 %); безсимптомний перебіг хвороби (66,67 %); помилки діагностики (36,67 %); психологічні розлади (33,33 %); нестачу коштів на лікування (10,00 %).

8. Психоневротичні розлади у хворих на вперше діагностований туберкульоз проходили чотири етапи еволюції: стресово-невротичний; психічної адаптації; динамічних психоневротичних розладів; інволюції або посилення психоневротичних розладів. В ефективно лікованих переважали гармонічний та ейфоричний типи сприйняття хвороби; у неефективно лікованих – неврастенічний, тривожний, анозогнозичний, меланхолічний, агресивний типи реагування на хворобу; у тривало не лікованих – тривожний, іпохондричний, паранояльний. Не виявлено залежності між психотипами реагування на хворобу та між клінічними формами туберкульозу.

Реадаптація членів родини й наближеного кола осіб до хворого на туберкульоз проходить три періоди: усвідомлення ситуації, динамічних змін і реадаптації психологічного клімату. Психологічні особливості членів родини прямо пропорційно залежать від тяжкості стану хворого їх сім'ї: чим він тяжчий, тим більше пригнічений психологічний стан членів родини, і навпаки.

9. На момент діагностування туберкульозу порівняно із здоровими особами загальна якість життя і стан здоров'я була на 35,32 % гіршою в ефективно лікованих хворих; на 39,72 % гіршою у неефективно лікованих хворих; на 17,92 % гіршою у хворих, які тривалий час не лікувалися і статистично вірогідно не відрізнялася у спонтанно вилікуваних. У нелікованих хворих протягом відмови їх від лікування загальна якість життя і стан

здоров'я знизилася на 28,05 %. Найбільше страждали фізична і психологічна сфери, рівень незалежності, соціальні відносини та навколишнє середовище й майже не змінювалася духовна сфера загальної якості життя та стану здоров'я. Чим ефективніше проводилося лікування хворих, тим швидше поліпшувалася загальна якість їх життя і стан здоров'я, і навпаки.

Розроблено прогностичну математичну модель загальної якості життя і стану здоров'я хворих на вперше діагностований туберкульоз легенів на основі кореляції, простої та множинної лінійної регресії, виявивши коефіцієнт детермінації, яка відображає ступінь впливу кожного фактору на загальну якість життя і стан здоров'я хворих на туберкульоз.

10. При неефективному лікуванні медико-економічні затрати збільшуються на 23,02 %, при тривало відсутньому й пізно розпочатому лікуванні – на 29,50 %, а у хворих на вперше діагностований затяжний занедбаний туберкульоз – у 4,52 раза порівняно з ефективно лікованими. Порівняно з останніми економічні збитки в 50,30 раза більші серед померлих, у 22,85 раза більші серед пацієнтів на вперше діагностований затяжний занедбаний туберкульоз, у 6,82 раза більші в нелікованих, у 4,42 раза більші в неефективно лікованих. Найбільшу частку складають економічні збитки від смертності працездатних хворих (89,22 %), які в 15,65–17,56 раза більші від збитків за рахунок тимчасової та стійкої втрати працездатності. Медико-економічні збитки серед зазначених хворих, окрім ефективно лікованих, переважають над затратами, і на кожную затрачену гривню вони складають 10,99 грн.

11. Розроблена технологія попередження відмов від лікування та його неефективності у хворих на вперше діагностований туберкульоз легенів, поліпшення якості їх життя і стану здоров'я та реадaptaції членів їхніх родин складається із п'яти алгоритмів (корекції відмов від лікування; формування взаємовідносин "лікар – хворий – інші медичні працівники"; корекції неефективного лікування хворих; поліпшення загальної якості життя і стану здоров'я хворих; реадaptaції членів родин), а також застосування медікару, який сприяє потенціюванню раціональної і роз'яснювальної психотерапії із сугестією, зокрема зменшенню кількості проведених психотерапевтичних сеансів – в 1,67 раза; часу, затраченого на одну психотерапевтичну корекцію – в 2,03 раза; днів, через які хворі погодилися на лікування – в 1,68 раза; переривань лікування в процесі основного курсу терапії – у 10,03 раза. Показання до неї формуються після застосування розроблених прогнозу відмов від лікування та його переривання, що ґрунтується на методі послідовного аналізу Вальда, прогностичної математичної моделі загальної якості життя і стану здоров'я хворих на туберкульоз.

12. Завдяки розробленій технології попередження відмов від лікування та його неефективності у хворих на вперше діагностований туберкульоз легенів, поліпшення якості їх життя і стану здоров'я та реадaptaції членів їх родин поліпшилася загальна якість життя і стан здоров'я хворих на туберкульоз легенів на 5,52 %, мінімізувалися медико-економічні наслідки хвороби, що привело до зростання економічного ефекту на одного хворого у 2,74 раза, а також в 1,69 раза зменшилася частота відмов, перерв і порушень

режиму лікування, в 1,29 раза поліпшилася ефективність лікування при зменшенні летальності в 3,39 раза, поліпшилася реадaptaція членів родин на 21,37 %.

ПРАКТИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ

1. При першому контакті лікаря з пацієнтом слід:
 - а) з'ясувати відмови хворого від лікування, зокрема соціально-економічні, медичні, психологічні та релігійні;
 - б) при підозрі на спонтанневилікування від туберкульозу слід:
 - провести комплексне клініко-рентгенологічне й лабораторне обстеження;
 - з'ясувати причини відсутнього лікування у спонтанновилікуваних від туберкульозу, зокрема наявність психологічних розладів в родині хворого, поліпшення стану здоров'я хворого, завдяки чому не було потреби звертатися за медичною допомогою, виявити латентний, безсимптомний перебіг хвороби, помилки діагностики туберкульозу.
2. Після обстеження і перед початком лікування хворого на туберкульоз протягом 1–7 діб доцільно спрогнозувати ймовірну відмову від лікування або його переривання.
3. Рекомендується застосовувати стандартизовані режими антимікобактеріальної терапії.
4. У перші десять днів від початку лікування хворого варто:
 - а) вивчити психологічні особливості хворого на туберкульоз легенів;
 - б) з'ясувати психологічні особливості членів родини й наближених до хворого осіб;
 - в) дослідити загальну якість життя і стан здоров'я хворого на туберкульоз легенів, щоб правильно оцінити ефективність лікування;
 - г) вивчити загальну якість життя і стан здоров'я членів сім'ї хворого на туберкульоз, щоб правильно спланувати їх реадaptaцію.
5. Якщо при обстеженні з'ясується, що передбачається відмова від лікування чи його неефективність, то протягом усього лікування слід застосовувати технологію попередження відмов від лікування та його неефективності у хворих на вперше діагностований туберкульоз легенів, поліпшення якості їх життя і стану здоров'я та реадaptaції членів їхніх родин. Як складову цієї технології раціональну й роз'яснювальну психотерапію із сугестією доцільно поєднувати із призначенням мебікару по 1-й таблетці (0,3 г) тричі на день незалежно від уживання їжі протягом 20 днів.
6. Якщо у хворого на туберкульоз відмова від лікування чи його неефективність не передбачається, то протягом усього лікування використовують запропоновану нами технологію стосовно поліпшення якості життя і стану здоров'я хворого та реадaptaції членів його родини із застосуванням міжособистісної системи вивчення ступеня реадaptaції членів родини й наближених до нього осіб.
7. У випадках відсутнього лікування, відмови від лікування, його неефективності слід з'ясувати причини й усувати їх так, як це зазначено в технології попередження відмов від лікування та його неефективності у

хворих на вперше діагностований туберкульоз легенів, поліпшення якості їх життя і стану здоров'я та реадaptaції членів їх родин.

8. Здійснювати лікувально-діагностичний процес у хворих слід методично та раціонально з метою оптимізації медичних наслідків та мінімізації економічних затрат і збитків.

СПИСОК НАУКОВИХ ПРАЦЬ, ОПУБЛІКОВАНИХ ЗА ТЕМОЮ ДИСЕРТАЦІЇ

1. Валецький Ю. М. Частота і причини зволікання з лікуванням хворих на вперше виявлений туберкульоз органів дихання // Укр. мед. альм.— 2002.— № 1.— С. 29–30.

2. Валецький Ю. М. Частота відмови хворих на туберкульоз легень від лікування // Інфекційні хвороби.— 2002.— № 1.— С. 94–95.

3. Валецький Ю. М. Наслідки зволікання з лікуванням хворих на вперше діагностований туберкульоз легень // Інфекційні хвороби.— 2002.— № 3.— С. 54–56.

4. Валецький Ю. М. Соціальна характеристика хворих на вперше діагностований туберкульоз легень, які не отримують повного основного курсу лікування // Укр. мед. альм.— 2002.— № 5.— С. 25–28.

5. Валецький Ю. М. Аналіз анкет хворих, які відмовилися від проведення протитуберкульозної терапії // Лікар. справа.— 2002.— № 5–6.— С. 39–41.

6. Валецький Ю. М. Віддалені результати лікування хворих на туберкульоз, які не отримали повного основного курсу антимікобактеріальної терапії // Лікар. справа.— 2002.— № 7.— С. 66–68.

7. Мельник В. М., Валецький Ю. М., Дорошенко П. М. Клинические аспекты туберкулеза и СПИДА // Журн. практ. лікаря.— 2002.— № 6.— С. 29–30. (Зібрано 30 % фактичного матеріалу, його клініко-статистично оброблено, проведено аналіз літератури)

8. Мельник В. М., Валецький Ю. М. Психометрія у хворих на невиліковний туберкульоз легень // Інфекційні хвороби.— 2003.— № 2.— С. 65–70. (Ідея і планування дослідження, участь у проведенні дослідження, аналіз та математична обробка результатів, написання роботи)

9. Валецький Ю. М., Онищук С. П. Віддалені результати лікування оперованих хворих, які не завершили основний курс лікування туберкульозу // Укр. мед. альм.— 2003.— № 6.— С. 31–33. (Ідея і планування дослідження, участь у проведенні дослідження, аналіз та математична обробка результатів, написання роботи)

10. Мельник В. М., Валецький Ю. М., Дорошенко П. М., Драч К. М. Лабораторна діагностика туберкульозу легень // Журн. практ. лікаря.— 2003.— № 2.— С. 30–32. (Здобувачем зібрано літературу з даного питання, проведено її аналіз, зроблено висновки)

11. Мельник В. М., Валецький Ю. М. Еволюція вперше діагностованого

туберкульозу легенів // Укр. мед. альм.– 2004.– № 4.– С. 89–92. (Ідея і планування дослідження, участь у проведенні дослідження, аналіз та математична обробка результатів, написання роботи)

12. Мельник В.М., Валецький Ю.М. Порівняльна характеристика різних підходів до статистики ефективності лікування хворих на туберкульоз легенів // Інфекційні хвороби.– 2004.– № 4.– С. 66–71. (Ідея та статистична обробка матеріалу належать здобувачеві).

13. Мельник В. М., Валецький Ю. М., Липко Л. С. Эволюция психоневротических расстройств у неэффективно леченных больных с впервые диагностированным деструктивным туберкулезом легких // Пробл. туберкулеза и болезней легких.– 2004.– № 9.– С. 28–30. (Ідея і планування дослідження, участь у проведенні дослідження, аналіз та математична обробка результатів, написання роботи).

14. Мельник В. М., Валецький Ю. М., Манохина О. Ю., Дорошенко П. М. Причины неэффективного лікування хворих на вперше діагностований деструктивний туберкульоз легень // Журн. практ. лікаря.– 2004.– № 4.– С. 17–20. (Здобувачем зібрано літературу з даного питання, проведено її аналіз та розроблено висновки)

15. Валецький Ю. М. Алгоритм корекції відмов від лікування хворих на вперше діагностований туберкульоз легенів // Укр. мед. альм.– 2005.– № 2.– С. 26–29.

16. Мельник В. М., Валецький Ю. М. Загальна якість життя і стан здоров'я хворих на туберкульоз легенів // Інфекційні хвороби.– 2005.– № 2.– С. 65–67. (Ідея і планування дослідження, участь у проведенні дослідження, аналіз та математична обробка результатів, написання роботи)

17. Валецький Ю. М. Алгоритм формування взаємовідносин "лікар-хворий-інші медичні працівники" // Укр. мед. альманах.– 2005.– № 3.– С. 29–31.

18. Валецький Ю. М. Алгоритм корекції неефективного лікування хворих на вперше діагностований туберкульоз легень // Інфекційні хвороби.– 2005.– № 3.– С. 57–60.

19. Валецький Ю. М. Застосування мебікару при лікуванні хворих на вперше діагностований туберкульоз // Укр. мед. альм.– 2005.– № 4.– С. 41–42.

20. Валецький Ю. М. Психоневротичні розлади та особливості психології у хворих на туберкульоз // Інфекційні хвороби.– 2005.– № 4.– С. 87–90.

21. Валецький Ю. М. Причини відсутнього лікування при спонтанному вилікуванні туберкульозу // Укр. мед. альм.– 2005.– № 5.– С. 24–26.

22. Валецький Ю. М. Корекція неефективного лікування хворих на вперше діагностований туберкульоз // Укр. мед. альм.– 2005.– № 6.– С. 22–24.

23. Мельник В. М., Султанов Н. П., Валецький Ю. М. Психоневротические расстройства у больных с впервые выявленным деструктивным туберкулезом легких и их динамика в ходе противотуберкулезного лечения // Сучасні аспекти військ. медицини.– 2005.– № 10.– С. 296–300. (Ідея і планування дослідження, участь у проведенні дослідження, аналіз та математична обробка результатів, написання роботи)

24. Валецький Ю. М. Особливості психіки та її розлади у хворих на туберкульоз легенів // Лікар. практика. – 2006. – № 1. – С. 28–31.

25. Мельник В. М., Валецький Ю. М. Доля хворих на туберкульоз легень, які не лікувалися // Укр. пульмонолог. журн. – 2006. – № 2. – С. 37–39. (Ідея і планування дослідження, участь у проведенні дослідження, аналіз та математична обробка результатів, написання роботи)

26. Валецький Ю. М. Доля та якість життя хворих на вперше діагностований туберкульоз легень, котрі не завершили лікування // Матеріали научних трудов республіканської науково-практичної конференції “Роль первичної і вторичної профілактики основних терапевтичних захворювань в удосконаленні якості життя”; Х., 19–20 апр. 2001 г. – С. 17.

27. Валецький Ю. М. Якість життя та доля хворих на вперше діагностований туберкульоз легень, котрі не завершили лікування: Зб. матеріалів наук.-практ. конф. “Медико-соціальні аспекти боротьби з туберкульозом. Досвід Київської міської державної адміністрації”. – К., 2001. – С. 21.

28. Валецький Ю. М., Валецька С. Ю. Тенденція частоти відмови хворих на туберкульоз від лікування // Матеріали IX конгр. Світової федерації українських лікарських товариств. – Луганськ, 2002. – С. 213–214. (Ідея та статистична обробка матеріалу належать здобувачеві)

29. Валецький Ю. М. До питання відмови хворих на туберкульоз легень від лікування // Матеріали III з'їзду фтизіатрів і пульмонологів України. – К., 2003. – С. 131–132.

30. Валецький Ю. М. Соціальна характеристика хворих на туберкульоз легень, які не отримують адекватного курсу лікування: Зб. матеріалів наук.-практ. конф. “Безмежність інформаційного простору-основа освітньої діяльності”. – Луцьк, 2004. – С. 70–75.

31. Валецький Ю. М. Математична причинно-наслідкова модель ефективного і неефективного лікування хворих на туберкульоз: Зб. матеріалів наук.-практ. конф. “Інфекційні хвороби, туберкульоз та сучасний стан довкілля. Епідеміологія, мікробіологія”. – Л., 2005. – С. 129–130.

32. Валецький Ю. М. Застосування мебікару у хворих на туберкульоз // Зб. матеріалів наукового симпозиуму “Актуальні проблеми фтизіатрії і пульмонології”. – Т., 2005. – С. 8–9.

33. Дорошенко П. Н., Мельник В. М., Новожилова И. А., Сметанина О. Р., Валецький Ю. Н. Эпидемиологическая ситуация по туберкулезу в Украине в 2002 – 2004 гг. // 15-й Национальный конгресс по болезням органов дыхания. 1-й Учредительный конгресс Евроазиатского респираторного общества (Москва, 29 нояб. – 2 дек. 2005 г.): Сб. тезисов. – М., 2005, реф. 953. – С. 256. (Ідея та статистична обробка матеріалу належать здобувачеві)

АНОТАЦІЯ

Валецький Ю. М. Якість життя і психологічні особливості хворих на вперше діагностований туберкульоз легенів, медико-економічні наслідки захворювання та шляхи їх поліпшення. – Рукопис.

Дисертація на здобуття наукового ступеня доктора медичних наук за спеціальністю 14.01.26 – фізіатрія. – Інститут фізіатрії і пульмонології ім. Ф. Г. Яновського АМН України, Київ, 2007.

Дисертація присвячена вивченню частоти й наслідків відсутнього, ефективного та неефективного лікування хворих на туберкульоз, причин їх смерті, відмов від лікування та формування вперше діагностованого, затяжного, занедбаного, не лікованого туберкульозу в умовах епідемії. Доказано, що стандартизовані режими антимікобактеріальної терапії на 12,58 % ефективніші від нестандартного лікування.

Розроблено технологію попередження відмов від лікування та його неефективності у хворих на вперше діагностований туберкульоз легенів, поліпшення якості їх життя і стану здоров'я та реадaptaції членів їх родин, яка на 5,52 % поліпшила загальну якість життя і стан здоров'я хворих на туберкульоз легенів, привела до зростання економічного ефекту на одного хворого в 2,74 раза.

Ключові слова: туберкульоз легенів, якість життя, психологічні особливості.

ABSTRACT

Valecky Yu.M. Quality of life and psychological features of patients with the first diagnosed lung tuberculosis, medic-economic consequences of disease and ways of their improvement. – Manuscript.

Dissertation for the obtaining the scientific degree of doctor of medical sciences after speciality 14.01.26 – phthiology. – Institute of Phthiology and Pulmonology named by F.G.Yanovsky AMS of Ukraine, Kyiv, 2007.

Dissertation is devoted to the study of frequency and consequences of absent, effective and ineffective medical treatment of patients with tuberculosis, reasons for their death, waivers of medical treatment and forming first diagnosed, long-lasting fluid, neglected, non-treated tuberculosis under conditions of epidemic. It is proved, that the standardized modes of antitubercular therapy are 12,58 % more effective than non-standard medical treatment.

Developed technology of prevention of waivers of medical treatment and its ineffectiveness at patients with the first diagnosed lung tuberculosis, improvement of quality of their life and being of health that repeated adaptation members of their families, which on 5,52 % improved common quality of life and being of health of patients with a lung tuberculosis, resulted in growth of economic effect on a patient in 2,74 times.

Key words: lung tuberculosis, quality of life, psychological features.

АННОТАЦИЯ

Валецкий Ю. Н. Качество жизни и психологические особенности больных впервые диагностированным туберкулезом легких, медико-экономические последствия заболевания и пути их улучшения. – Рукопись.

Диссертация на соискание ученой степени доктора медицинских наук по специальности 14.01.26 – фтизиатрия. – Институт фтизиатрии и пульмонологии имени Ф. Г. Яновского АМН Украины, Киев, 2007.

Диссертация посвящена изучению частоты и последствий отсутствующего, эффективного и неэффективного лечения больных туберкулезом, причин их смерти, отказов от лечения и формирования впервые диагностированного, длительно текущего, запущенного, не леченого туберкулеза в условиях эпидемии. Доведено, что стандартизированные режимы антимикобактериальной терапии на 12,58 % более эффективны по сравнению с нестандартным лечением.

Выявлено семь групп причин неэффективного лечения больных туберкулезом легких: социально-экономические факторы (отсутствие средств на лечение, отсутствие необходимых антимикобактериальных препаратов, несбалансированное питание больного); несвоевременная диагностика туберкулеза (непроведение скрининговой флюорографии, профилактических обследований); особенности туберкулезного процесса (распространенный деструктивный процесс, осложнения туберкулеза, тяжелые сопутствующие заболевания); особенности организма больного (истощение больного, иммунодефицитное состояние больного, выраженная интоксикация); особенности возбудителя туберкулеза (резистентность микобактерий туберкулеза к антимикобактериальным препаратам, массивное бактериовыделение); нерациональное комплексное лечение (неконтролируемая антимикобактериальная терапия, недостаточное количество или малые дозы антимикобактериальных препаратов, лечение без учета резистентности, не назначение патогенетических средств, неправильное лечение осложнений туберкулеза, недостаточное лечение сопутствующей патологии, не применение хирургического лечения в показанных случаях); нарушение режима лечения.

Самыми частыми причинами отсутствия лечения умерших от туберкулеза больных являются: нехватка средств на лечение (94,59 %); непонимание сути болезни (87,84 %) и несерьезное, легкомысленное отношение к своему здоровью (52,70 %), игнорирование болезни (94,59 %), обусловленные плохой санитарно-образовательной работой врача с больным; депрессия (51,35 %); злоупотребление алкоголем (100,00 %).

Самыми частыми причинами отказов от лечения были: отсутствие средств на лечение; непонимание сути своей болезни; не осознание угрозы здоровью; желание получить квартиру; несерьезное, легкомысленное отношение к своему здоровью; ощущение безнадежности; невротические расстройства; депрессия; шизофрения; злоупотребление алкоголем; употребление наркотиков; игнорирование болезни.

Психоневротические расстройства у больных туберкулезом легких проходили четыре этапа эволюции: стрессово-невротический; психической адаптации; этап динамических психоневротических расстройств; инволюции или усиления психоневротических расстройств.

Общее качество жизни и состояние здоровья здорового населения Воыни на 10,73 % ниже от общего качества жизни и состояния здоровья населения развитых европейских стран. Сравнительно со здоровыми, на момент диагностирования туберкулеза общее качество жизни и состояние здоровья были на 35,32 % ниже у эффективно леченых больных, на 39,72 % худшими у ранее неэффективно леченых больных, на 17,92 % меньше у больных, которые длительно не лечились и статистически достоверно не отличались у лиц, спонтанно вылеченных от туберкулеза.

При неэффективном лечении медико-экономические затраты увеличиваются на 23,02 %, при длительно отсутствующем и поздно начатом лечении – на 29,50 %, у больных с длительно текущим запущенным туберкулезом – в 4,52 раза по сравнению с эффективно лечеными, причем 50,09 % составили лечение и диспансеризация больных и в 3,12 раза меньше от них профилактика в очагах инфекции, в 7,73 раза меньше – выявление и диагностика туберкулеза. Медико-экономические убытки преобладают над затратами. На каждую затраченную гривну убытки составляют 10,99 грн. В Воынской области от туберкулеза нанесенные убытки составили 15 5233 382,72 грн.

Аргументировано, что применение мебикара вместе с рациональной и разъяснительной психотерапией с суггестией способствует потенцированию их эффекта. Разработанная технология предупреждения отказов от лечения и его неэффективности у больных впервые диагностированным туберкулезом легких, улучшение качества их жизни и состояния здоровья, а также реадаптации членов их семей, которая на 5,52 % улучшила общее качество жизни и состояние здоровья больных туберкулезом легких, привела к росту экономического эффекта на одного больного в 2,74 раза, а также в 1,69 раза уменьшила частоту отказов, перерывов и нарушений режима лечения, в 1,29 раза улучшила эффективность лечения при уменьшении летальности в 3,39 раза и улучшила реадаптацию членов семей на 21,37 %.

Ключевые слова: туберкулез легких, качество жизни, психологические особенности.