

Kontrolirano ambulantno zdravljenje nesodelujočih tuberkuloznih bolnikov

POVZETEK. *Avtorica podaja sodobne koncepte za zdravljenje pljučne tuberkuloze s posebnim poudarkom o terapevtičnem režimu pri nesodelujočih bolnikih. Ta obstoji iz inicialnega 1 do 2-mesečnega jemanja zdravil pod kontrolo medicinskega osebja. Sledi mu nadaljevalno obdobje z 2-krat tedensko kontroliranim jemanjem antituberkulotikov. Celotno zdravljenje traja 12 mesecev, če je v terapevtično kombinacijo vključen Rifampicin. Za uspešno izvajanje kontroliranega zdravljenja so potrebni določeni organizacijski principi, ki so v skladu s sedanjo organizacijo zdravstvene službe in jih avtorica navaja v članku.*

THE CONTROLLED OUT-PATIENT TREATMENT OF UNCOOPERATIVE TB PATIENTS. *The author gives modern concepts of the TB treatment with special emphasis on the therapeutic regimen applied in uncooperative patients. It consists of an initial 1—2 month drug-taking under control of the medical staff followed by a period of controlled antituberculous medication twice weekly. The article maps out certain organization principles consistent with the present organization scheme of the health service, which provide a successful controlled treatment.*

Kemoterapevtična taktika je odločilnega pomena za uspešno zdravljenje tuberkuloze. Epohalno odkritje o kombiniranem in podaljšanem zdravljenju tuberkuloze je nedvomno rodilo uspehe. Standardna dveletna antituberkulotična terapija s streptomycinom — SM, INH in PAS (srednji sodi že v zgodovino) — zahteva veliko sodelovanje bolnikov. Težko je namreč bolnike brez bolezenskih znakov prepričati, da dolgo časa jemljejo veliko količino zdravil, ki povzročajo stranske učinke. V deželah v razvoju je bil ta terapevtični režim brez kontrolirane uživanja zdravil skoraj v 50 % neuspešen (7).

Teoretično lahko z različnimi terapevtičnimi režimi dosežemo 100 % spremembo sputuma in do skrajnosti zmanjšamo recidive. Z vidika epidemiologije in dolgotrajnega opazovanja (long follow up studije) pa rezultati niso tako zadovoljivi. V praksi namreč številni bolniki predčasno prekinjajo zdravljenje. V tehnično razvitih deželah se to najčešče dogaja pri problematični — socialno ogroženi (handicap) skupini bolnikov, ki jih imenujemo nesodelujoče. (4) Analiza o kemoterapiji pljučne tuberkuloze, ki so jo izvedli v NDR pri na novo odkritih bolnikih leta 1974, je ugotovila, da je približno 10 % bolnikov predčasno prekinilo zdravljenje. (11) Odkritje Rifampicina — RMF in izkušnje kombiniranega zdravljenja z njim — so revolucionarno posegli v kemoterapijo tuberkuloze. Zdravilo je izpolnilo upanje o sterilizaciji tuberkuloznega vnetišča in izkoreninjenju bacilov

tuberkuloze v prizadetem organizmu. Laboratorijske in biološke preiskave so potrdile, da sta RMP in INH zdravili z največjim baktericidnim delovanjem.

Z uvajanjem RMP v terapevtično kombinacijo tuberkuloze se je podaljšano zdravljenje tuberkuloze skrajšalo od 24 mesecev na 12 mesecev in manj. Kombinacija novih antituberkulotikov (RMP in EMB — Etambutola) v terapiji tuberkuloze je povzročila izrazito upadanje kronične tuberkuloze in je slednjič omogočila uspešno uporabo kontroliranega pretrganega režima v kemoterapiji tuberkuloze.

Osnovna misel o uporabi intermitentnega zdravljenja pri tuberkulozi sega že v leto 1960. Takšen terapevtični režim je raziskoval Center za kemoterapijo v Madrasu v sodelovanju z BMRC — British Medical Research Center (14). Ugotovili so, da je za učinkovitost prenehujočega režima v kemoterapiji potrebno poprejšnje začetno, krajše intenzivno obdobje z vsakodnevnim jemanjem zdravila. Nadalje so raziskave potrdile, da je v nadaljevalnem obdobju enakovredna tedensko 2-kratna aplikacija SM 1,0 g in INH 15 mg/kg z vsakodnevnim jemanjem zdravila. Študije so kasneje ponovili v vzhodni Afriki in Hongkongu, kjer so priključili in študirali v zdravilni kombinaciji pri režimih v presledkih tudi pirazinamid in RMP. (2). Vse študije so nadzorovali in niso ugotovili nobenih razlik med režimi glede izločitve senzibilnih bacilov. Ugotovili so tudi, da imajo 9-mesečni režimi manjše število relapsov po končani kemoterapiji kakor 6-mesečni. V laboratoriju in vitro je Krebs našel pri ritmičnem delovanju višjih koncentracij ob zamoritvi bacilov tuberkuloze isti postopek kakor pri neprekinjenem delovanju nižjih koncentracij. (8).

Izvedenci SZO — Komite za tuberkulozo je v IX. poročilu (Reportu) leta 1974 priporočal uporabo kontroliranega terapevtskega režima v presledkih, ki ni samo učinkovit, temveč je priporočljiv tudi zato, ker povzroča manj toksičnih pojavov in je ekonomsko znatno cenejši (17).

Petletna opazovanja usode bolnikov z na novo odkrito pljučno tuberkulozo, ki so jo zdravili po začetni fazi vsakodnevne terapije s kontroliranim tedensko 2-kratnim jemanjem SM in INH, so ugotovila le 2 % recidiv (5).

Uporaba režima v presledkih z izborom novejših antituberkulotikov (RMP in EMB) pri na novo odkriti pljučni tuberkulozi se je pokazala zelo uspešna. Po zgornjih rezultatih je enakovredna kot vsakodnevno jemanje zdravil (3,16).

Kontrolirani način zdravljenja v presledkih je v naši deželi sprejemljiv s predhodnim izborom bolnikov za takšen zdravilni režim. Bolnik, ki sodeluje pri zdravljenju, bo ambulantno sam prejemal zdravila (self administrated). Pri tuberkuloznem bolniku naj bi uporabljali tisti zdravilni režim, ki bolniku individualno omogoča zanesljivo in najhitrejšo ozdravljenje (6). Vsekakor je kontrolirani kemoterapevtski režim v presledkih izdatnejši pri izbrani populaciji nesodelujočih bolnikov. Komisija za pljučne bolezni in tuberkulozo pri Zveznem zavodu za zdravstveno varstvo je decembra 1975 sprejela korekcijo standardov in normativov »o terapiji pljučne tuberkuloze«. Komisija je priporočila uporabo kontroliranega zdravljenja v presledkih pri nesodelujočih bolnikih. Tudi pri na novo odkritih nesodelujočih bolnikih naj bi se takšno zdravljenje izvajalo po začetnem vsakodnevnem jemanju zdravil, kontrolirano ambulantno, v časovnih presledkih po dvakrat na teden.

SODOBNI KONCEPTI ZA KONTROLIRANO ZDRAVLJENJE V PRESLEDKIH

Vsako zdravljenje v presledkih moramo kontrolirati. Bolnik jemlje zdravilo pod kontrolo medicinskega osebja (med. sestre, patronažne med. sestre) v določenih intervalih 1-krat, 2-krat ali 3-krat tedensko. Interval po enkrat na teden ni priporočljiv (17). Zdravilni režim v presledkih naj se izvaja pri bolnikih, ki imajo stalno bivališče, da jih dispanzer ob morebitnem izostanku takoj pokliče ali jih obišče patronažna med. sestra. (15).

Med kemoterapevtskimi režimi v presledkih ima prednost dvofazni kontrolirani prekinjeni režim, ki obstoji iz inicialnega obdobja intenzivne vsakodnevne aplikacije treh zdravil v obdobju vsaj 1—3 mesecev, ki mu sledi nadaljevalno obdobje s kontroliranim jemanjem zdravil v določenih časovnih intervalih (2-krat ali 3-krat tedensko). Zadnje obdobje traja do vključno 12 mesecev, če je v zdravilno kombinacijo vključen RMP.

V inicialnem obdobju se priporoča kombinacija treh zdravil. Argumenti za tako kombinacijo so naslednji:

- konverzija sputuma se doseže veliko hitreje;
- zmanjša se možnost za terapijske napake v primerih nediagnosticirane primarne ali pridobljene rezistence;
- na minimum se zmanjša možnost kasnejših relapsov.

Dvofazni zdravilni režim v presledkih je priporočljivejši od enofaznega na podlagi kliničnih študij in rezultatov. (3,15). Takšen zdravilni režim priporoča tudi SZO.

IZBOR ANTITUBERKULOTIKOV

Izbor antituberkulotika je nedvomno velikega pomena in je odvisen tako od osnovne bolezni tuberkuloze, kakor od spremljajočih bolezni drugih parenhimskih organov, predvsem pa od naslednjih dejavnikov:

— od razširjenosti lezije in bacilarnosti izmečka. Nedvomno bomo pri BK pozitivni tuberkulozi, predvsem tisti s pozitivnim izvidom v neposrednem razmazu vključili v zdravilno kombinacijo zdravila z najmočnejšim baktericidnim delovanjem (INH in RMP);

— od kronološkega poteka osnovne bolezni (novo odkrito obolenje, recidiva, kronična tbc). Vedeti moramo, katere antibiotike je bolnik že prejemal;

— od starosti bolnika (uporaba SM pri naglušnih starejših bolnikih);

— od predhodnega obolenja hepatorenalnih organov.

V inicialnem obdobju (1—3 mes.) se priporoča v primeru bacilarne pljučne tuberkuloze kombinacija 3 antituberkulotikov, ki so najučinkovitejši (baktericidni) in se najlaže prenašajo. Navajamo vrstni red antituberkulotikov po omenjenih kriterijih. Nad črto sta zdravila z najmočnejšim baktericidnim učinkom.

Eutizon — INH
Rifampicin — RMP

Streptomycin — SM
Etambutol — EMB
Etionamid — ETH
Pirazinamid — PZA

Pri na novo odkritih bolnikih izbor ni težaven. V primeru recidive ali kronične tuberkuloze izberemo kombinacijo RMF in INH (tudi če jih je bolnik že prejemal) in po vrstnem redu dodamo dve nadaljnji najmočnejši zdravili, ki jih bolnik prejema do izvida rezistenčnega testa (6).

Če obstoji upravičen sum na disfunkcijo jeter (preboleli hepatitis, biliarna ciroza), so potrebne predhodne preiskave o jetrni funkciji pred aplikacijo zdravila.

V nadaljevalnem obdobju kontroliranega zdravljenja v presledkih uporabljamo dve naslednji zdravili, ki jih bolnik zaužije enkrat dnevno v časovnih intervalih po dvakrat na teden. Pri zdravljenju v presledkih uporabljamo zvišane doze antituberkulotikov pri naslednjih kemoterapevtikih tuberkuloze.

Zdravilo	Doza	V mg dnevno
INH	15 mg/kg	600—900
RMP	600 mg	600
EMB	50 mg/kg	3000
SM	0,75—1,0 g	1000
PZA	60 mg/kg	3000
ETH	1,0 g	1000

Nadaljevalno fazo vzdržujemo do 12 mesecev v primerih na novo odkrite tuberkuloze (če je v zdravilni kombinaciji RMF) in najmanj 18 mesecev v primerih kronične tuberkuloze.

Zelo priporočljiva zdravilna shema za kontrolirano zdravljenje v presledkih nesodelujočih tuberkuloznih bolnikov je naslednja:

inicialno obdobje (do 3 mes. v bolnišnici)

RMP 600 mg dnevno
 INH 300 mg dnevno
 EMB 1200 mg dnevno

nadaljevalno obdobje (kontrolirano 2-krat na teden ambulantno do konca 12. meseca)

RMP 600 mg dnevno
 INH 600 mg dnevno

IZBOR BOLNIKOV

Uvodoma smo omenili, da kontrolirani prekinjeni režim v nadaljevalni fazi nima prednosti pred vsakodnevnim (ko bolnik doma sam jemlje zdravila). Za izbor bolnikov je glavni poudarek nesodelovanje bolnika pri zdravljenju. Popolnoma nedostojno bi bilo nadzirati vsakega bolnika (1). Večina bolnikov je razumnih in njihovo sodelovanje je v veliki meri odvisno predvsem od psihološkega kontakta zdravnika in zdravstvenega osebja v začetku bolezni.

Kakor v vseh tudi tehnično razvitih deželah imamo tudi pri nas določeno skupino oseb, ki prekinjajo zdravljenje. Vzrok neuspešnosti njihovega zdravljenja je torej nesodelovanje, ki ga označuje predčasna samovoljna prekinitev terapije. Zato bodo morali dispanzerji za pljučne bolezni in tuberkulozo (DPBT) prvenstveno poostriiti na d z o r o jemanju zdravil. Z dobro vodeno kartoteko o domicilarnem zdravljenju naj bi dispanzerske sestre vestno, vsak mesec sproti pozivale

tiste bolnike v dispanzer, ki pravočasno ne pridejo po predpisano zdravilo. Na domiciliarnem kartonu je vsak mesec, ko bolnik porabi zdravila, označen z barvnim jahačem. Tako bi lahko tudi pri na novo odkritem bolniku uvedli takoj, ko opazimo nesodelovanje, kontrolirano zdravljenje v presledkih. V začetku obolenja je včasih namreč težko presoditi, ali bo bolnik sodeloval pri zdravljenju ali ne. Pogosto se dogaja, da bolnik preneha jemati zdravila, ko začne delati po zaključenem bolniškem staležu. Nekateri bolniki se hočejo na ta način »maščevati« zdravniku, ker morajo na delo v času, ko še prejemajo zdravila. Posebno velja to sedaj, ko se obdobje začasnih nezmožnosti za delo pri tuberkulozi zmanjšuje.

Nedvomno sodijo v skupino nesodelujočih bolnikov alkoholiki. Pod vplivom alkohola pride najprej do narkotizacije najvišjih kritičnih središč, zaradi česar nastopijo spremembe v osebnosti. Alkoholik živi tjavdan, ne meni se za prihodnost, čuti razdor med voljo in močjo (13). Nastopi disociacija med alkoholizmom, njegovo družino in okolico. Alkoholik s pljučno tuberkulozo, ki je osebno moten, najpogosteje zabrede v kronično obliko svoje pljučne tuberkuloze.

Med nesodelujoče bolnike sodijo tudi posamezni bolniki, ki so priseljeni iz drugih republik (problem industrijskih migrantov). Pogosto je bil vzrok nesodelovanja ravno dolgotrajni bolniški stalež, ki ga je bolnik preživel na svojem domu, daleč od DPBT, kjer je stalno prijavljen in zdravila ni jemal redno ali pa sploh ne.

Pri zdravljenju ne sodelujejo tudi socialno motene osebe, potepuhi in delomrzneži, ki jim mora socialna služba ob odkritju bolezni šele urejati zdravstveno zavarovanje.

Pogosto prekinjajo zdravljenje tudi ostarele in osamele osebe, ki so izgubile voljo do življenja in zdravljenja.

ORGANIZACIJA NADZORA O JEMANJU ZDRAVIL

Pri kontroli prekinjenega zdravljenja so morda najtežja organizacijska načela, kako kontrolirati jemanje zdravil. Vsekakor mora DPBT voditi, svetovati in kontrolirati prekinjeno zdravljenje na svojem teritoriju. Dispanzer naj redno zasleduje zdravilne uspehe in kontrolira bolnike, ki so pod takšnim zdravilnim režimom bodisi s kliničnimi, bakteriološkimi, laboratorijskimi ali rentgenološkimi preiskavami.

Pri organizaciji nadzora o jemanju zdravil moramo upoštevati naslednje ugotovitve:

— s sodobno kemoterapijo tuberkuloze bolnike čimprej vračamo v delovni proces. Zaposlena oseba, katere delovno mesto je oddaljeno od DPBT 10 km ali še več, se z delovnega mesta ne more 2-krat tedensko voziti v dispanzer zato, da bo použila predpisana zdravila pred med. sestro;

— nobenega poroštva ni, da bodo ostareli ljudje, ki so oddaljeni od dispanzerja, 2-krat tedensko prihajali po zdravila.

Sedanja organizacija zdravstvene službe nudi vse pogoje za organizacijo nadzora pri prekinjenem kemoterapevtskem režimu, DPBT se ne sme zapirati sam vase, temveč mora slediti sodobnim tokovom timskega dela. Zato priporočamo za organizacijo nadzora o jemanju zdravil naslednje variante:

Prva varianta: Zdravljenje nesodelujočega bolnika, ki je v delovnem procesu in je njegovo delovno mesto v bližini DPBT. Tak bolnik bo redno 2-krat na teden prihajal v DPBT in v pričo med. sestre použil predpisano količino zdravil. Med. sestra ga bo sproti opozarjala in spodbujala, da bo redno prihajal. Vsak izostanek bo takoj javila zdravniku. Najbolje je, če si DPBT za to varianto rezervira določene dneve in ure, ki bolniku najbolj ustrezajo.

Druga varianta: V primerih, ko bolnik redno dela na delovnem mestu, oddaljenem od DPBT, bo prejemal zdravila v najbližji o b r a t n i ambulanti, pod kontrolo tamkajšnje med. sestre. DPBT naj se telefonsko obvesti o vsakem izostanku. Kontrolo o uspešnosti zdravljenja bo izvajal DPBT v teritoriju, kjer je bolnikovo stalno bivališče, oziroma kjer je bolnik evidentiran.

Tretja varianta: V primerih, ko bolnik ni v delovnem procesu in je njegovo bivališče oddaljeno DPBT, bo prejemal zdravila 2-krat tedensko v s p l o š n i ambulanti v pričo med. sestre. Obveščanje in kontrola o uspešnosti zdravljenja bo ista kot v drugi varianti.

Četrta varianta: Ostarelim in osamelim tuberkuloznim bolnikom bo zdravila dajala 2-krat tedensko patronažna med. sestra na njihovem domu.

V DPBT Ljubljana-Vič smo uspešno preizkusili 1., 3. in 4. varianto in tako nam je uspelo negativizirati 3 bolnike z večletno pljučno tuberkulozo.

Ker največjo skupino nesodelujočih bolnikov pomenijo alkoholiki, bi bilo potrebno s o č a s n o z zdravljenjem tuberkuloze vpeljati tudi zdravljenje a l k o - h o l i z m a . Zato naj pri teh bolnikih DPBT tesno sodeluje z dispanzerji za alkoholike in klubi nekdanjih alkoholikov ter jih seznanj s problematiko svojih bolnikov. Izkušnje psihologov dokazujejo, da je kontakt med osebami, ki so bile prej osamljene, a se znajdejo pred isto skupno nalogo, tem ožji, čim bolj se stopnjuje njihova dejavnost v smeri te skupne naloge. (13).

Kontrolirano prekinjeno zdravljenje je bolj uspešno, če se začne s krajšim obdobjem uvodnega vsakodnevnega jemanja zdravil v bolnišnici. Zato bi priporočali, da bi bolnik zadnji teden hospitalizacije prejemal kemoterapevtski režim v presledkih. Takšen organizacijski postopek priporočajo tudi strokovne smer-nice Inštituta Golnik (12).

Le izjemoma naj bi se kontrolirano prekinjeno zdravljenje tuberkuloze iz-vajalo samo ambulantno brez inicialnega obdobja v bolnišnici. V tem primeru mora dispanzer organizirati vsaj 1 do 2 meseca v s a k o d n e v n o kontrolo o jemanju zdravil.

PREDNOSTI KONTROLIRANEGA KEMOTERAPEVTSKEGA REŽIMA V PRESLEDKIH

Prednost tega terapevtskega režima je v n a d z o r o v a n e m jemanju zdra-vil pri skupini nesodelujočih bolnikov, ki bi jih sicer prejemali neredno ali pa bi prekinili zdravljenje, če bi bilo uživanje zdravil prepuščeno njihovi vestnosti. Tudi z epidemioloških vidikov je tak nadzor pomemben, ker nam je porok za zmanjševanje recidiv, predvsem pa onemogoča rojevanje novih multirezistentnih kroničar-jev.

Prekinjeno zdravljenje povzroča m a n j t o k s i č n i h učinkov po zdra-vilih kakor vsakodnevna aplikacija. Izjema so morebitni polinevritisi pri visokih dozah INH, posebno pri alkoholikih. Izognemo se jim lahko, če terapiji peroralno dodajamo višje doze Pyridoxina — vitamina B6.

Dvakratna aplikacija zdravil na teden je tudi bolj e k o n o m i č n a . Upoštevati moramo visoko ceno RMP in EMB, ki ga predpišemo nesodelujočemu bolniku v količini za vsakodnevno aplikacijo, ki ga bolnik ne jemlje redno ali pa sploh ne jemlje.

Kontrolirani prekinjeni kemoterapevtski režim s kratko začetno hospitalizacijo s k r a j š u j e tudi obdobje hospitalizacije nesodelujočih bolnikov in daje večje poročstvo za ozdravljenje tuberkuloze pri tej ogroženi skupini populacije.

Kontrolirani prekinjeni zdravilni režimi so tudi v bodočnosti perspektivni v ambulantnem zdravljenju tuberkuloze predvsem za nerazvite in za dežele v razvoju. Retrospektivne študije na obsežnem kliničnem gradivu v tehnično razvitih deželah so ugotovile, da je najpogostnejši vzrok recidive pljučne tuberkuloze ravno neredno jemanje zdravil. (9) Kontrolirani prekinjeni kemoterapevtski režim nam daje torej upanje na uspešno zdravljenje tuberkuloze pri nesodelujočih bolnikih. Zato je vsekakor priporočljiv tudi za naše razmere pri posebni skupini bolnikov, pri katerih smo doslej ostajali nemočni kljub vsem terapevtskim možnostim. Nedvomno pa zahteva uvajanje takega režima v naših razmerah veliko z a v z e t o s t medicinskega osebja in dobro urejen DPBT. V ospredje stopajo predvsem organizacijski prijemi v zdravstveni službi, ki nalagajo dispanzerskemu osebju tako medicinskim sestram kakor tudi zdravniku veliko odgovornost.

Za uspešno izvajanje takega terapevtskega režima je potrebno tesno s o d e l o v a n j e tako z bolnišnicami za pljučne bolezni kot za vso zdravstveno službo dispanzerskega teritorija, kjer bolnik stalno prebiva. Bolnika je potrebno obravnavati i n d i v i d u a l n o in t i m s k o . Pri izvajanju tega terapevtskega režima pri alkoholikih je potrebno sodelovati s psihiatrično in patronažno službo dispanzerskega teritorija.

Zdravljenje tuberkuloze v naši deželi ni problematično. Toda zdravljenje nesodelujočih bolnikov zahteva veliko angažiranost zdravstvenega osebja. Zakonski predpisi o obveznem zdravljenju in hospitalizaciji pljučne tuberkuloze se sicer izvajajo, vendar v praksi niso rodili pričakovanih uspehov pri nesodelujočih bolnikih. Morda nam bo s temi organizacijskimi in terapevtskimi postopki le uspelo še bolj zmanjšati kronično pljučno tuberkulozo.

Patronažna služba bo morala biti pri tej skupini bolnikov še učinkovitejša, ker bo morala aktivno sodelovati pri zdravljenju bolnika in bo njena dejavnost usmerjena le h kontroliranju bolnikovega socialnega in higienskega stanja.

Poročila o kontroliranem dvofaznem prekinjenem zdravljenju kronične pljučne tuberkuloze pri nesodelujočih bolnikih so spodbudna. Tako poroča Zierski o 97 % negativizacije pri 252 težkih tuberkuloznih nesodelujočih bolnikih, ki pred tem niso imeli nobenega upanja za stabilizacijo svoje dolgoletne tuberkuloze (15).

Za doseg cilja, da se izloči tuberkulozna infekcija, se bo treba s i s t e m a t i č n o lotiti kontroliranega zdravljenja nesodelujočih bolnikov. Nedvomno daje vse pogoje za ta prekinjeni kemoterapevtski režim, ki je strokovno utemeljen in klinično preizkušen.

Z zaupanjem v redno jemanje zdravil in uporabo kontroliranih prekinjenih režimov pri nesodelujočih bolnikih bodo lahko v perspektivi odpadle številne kontrole bolnikov po končanem zdravljenju v dispanzerjih za pljučne bolezni in tuberkulozo, ki so se izvajale pred kemoterapijo in desetletja po njej zaradi pogostnih recidiv (10).

V naši republiki velja doktrina, da se vsi na novo odkriti bolniki s pljučno tuberkulozo začno zdraviti v bolnišnici. Nekdanja dolgotrajna hospitalizacija, ki je bila včasih tudi vzrok bolnikovega nesodelovanja, se neprekinjeno zmanjšuje. Tako je bila v letu 1975 povprečna doba hospitalizacije 80 dni (tabela 1).

Z uvajanjem novih antituberkulotikov, predvsem RMO zdravilno kombinacijo opazujemo upadanje kronične pljučne tuberkuloze (tabela 2). Kot kronično pljučno tuberkulozo označujemo po definiciji SZO tiste bolnike, ki v izmečku 2 leti in več izločajo bacil tuberkuloze. Vsekakor smo še daleč glede eradikacije pljučne tuberkuloze v Sloveniji, ki naj bi bila poleg drugih kriterijev dosežena takrat, ko ne bi imeli v registru tuberkuloze niti enega bolnika s kronično pljučno tuberkulozo (11).

Tabela 1

Povprečna ležalna doba bolnikov s pljučno tuberkulozo v Sloveniji (1968—1975)

LETA	Povprečna ležalna doba
1968	136 dni
1969	120 dni
1970	105 dni
1971	105 dni
1972	95 dni
1973	93 dni
1974	88 dni
1975	85 dni

Tabela 2

Gibanje kronične pljučne tuberkuloze v Sloveniji (1971—1975)

LETA	Število kroničarjev	Na 100.000 prebivalcev
1971	106	6,1
1972	85	4,9
1973	80	4,5
1974	63	3,5
1975	55	3,1

Nedvomno je med kroničarji največ nesodelujočih bolnikov. Zato smo tudi v naši republiki priporočali kontrolirano ambulantno zdravljenje tuberkuloze pri nesodelujočih bolnikih.

Tabela 3

Kontrolirano prekinjeno zdravljenje bolnikov s pljučno tuberkulozo v Sloveniji (1975)

Starostna obdobja	MOŠKI	ŽENSKE	SKUPAJ
30—49	18,1	—	18,1
50—69	72,7	—	72,7
70 in več	9,2	—	9,2

V tabeli 3 prikazujemo bolnike, ki prejemajo kontrolirani kemoterapevski režim v presledkih.

Kakšna je socialna struktura bolnikov, ki prejemajo takšen kemoterapevski režim, nam prikazuje naslednja tabela št. 4.

Tabela 4

Socialna struktura bolnikov s prekinjenim kemoterapevskim režimom (1975)

SOCIALNA STRUKTURA	AKTIVNI	VZDRŽEVANI
delavci	36,3	—
uslužbenci	9,1	—
upokojenci	27,3	—
nezaposleni	27,3	—

Med socialno ogroženimi skupinami je največji vzrok nesodelovanja kronični alkoholizem 100 %.

Vsi bolniki so bili BK pozitivni v izmečku. Pred pričetkom dvofaznega kemoterapevskega režima so vsi bolniki izločali bacil tuberkuloze v povprečju več kot 5 mesecev.

V zadnji tabeli št. 5 prikazujemo, s kakšnimi organizacijskimi oblikami so se DPBT v Sloveniji pomagali pri nadzoru jemanja antituberkulotikov.

Tabela 5

Organizacijske oblike kontroliranega prekinjenega kemoterapevskega režima (1975)

NADZOR	ŠTEVILO BOLNIKOV	V %
dispanzer	9	81,8
splošna ambulanta	1	9,1
patronažna služba	1	9,1
obratna ambulanta	—	—

SKLEPNE BESEDE

1. Pri nesodelujočih tuberkuloznih bolnikih naj se izvaja praviloma dvofazni kontrolirani prekinjeni kemoterapevski režim, ne glede na to, ali ima tak bolnik novo odkrito, recidivno ali kronično tuberkulozo.

2. Vsak bolnik jemlje zdravila pod nadzorom medicinske sestre.

3. DPBT vodi in kontrolira izvajanje prekinjenega zdravljenja nesodelujočih bolnikov na svojem teritoriju. Občasno kontrolira tudi uspešnost zdravljenja.

4. O učinkovitosti takega kemoterapevskega režima občasno poroča dispanzer Centralnemu registru za tuberkulozo v svoji republiki.

5. Nadzor o jemanju zdravil naj se izvaja pri bolnikih individualno v DPBT, obratni ambulanti, ambulanti splošne medicine ali na bolnikovem domu pod kontrolo patronažne medicinske sestre.

Menimo, da se bomo morali še bolj posvetiti zdravljenju nesodelujočih tuberkuloznih bolnikov, za kar nam daje upanje kontrolirani kemoterapevtski režim.

Literatura:

1. Bignall I. R. Nadzirana hemioterapija tuberkuloze; Seminar o aktualnim problemima iz pnevmoftizilogije, Opatija 1970.
2. East African/British Medical Research Council Investigation: A comparison of four short-course regimens of chemotherapy; *Lancet*, 11, 1100; 1974.
3. Eule H. Optimierung der Chemotherapie der unbehandelten Lungentuberkuloze mit intermittierender Anwendung von RMP und INH; (še neobjavljeno) der Tagung der Gesellschaft für Bronchopneumologie und Tuberkulose der DDR. 1976.
4. Fox W., Mitchison D. A. Short-course chemotherapy for pulmonary tuberculosis; *Am Rev Respir Dis* 1 111, 325, 1975.
5. Ganguin H. G. Rezidive nach intermittierender Chemotherapie; *Mtschr Lungekrkh Tbk-Bekpf*, Jg 16, 232—237, 1973.
6. Giunio N. Najnovije u terapiji tuberkuloze, Pluč. Bol. Tuberk. XXVII 253—255, 1976.
7. Kent P. W. Fox The therapy of pulmonary tuberculosis in Kenya: A comparison of the results achieved in controlled clinical trials with those achieved by the routine treatment services. *Tubercle*, 51, 24, 1970.
8. Krebs A. Experimentelle Untersuchungen zur intermittierenden Chemotherapie der Tuberkulose. *Z. Erkr. Atm.* 133, 411, 1970.
9. Nitsche H. G. Rezidivhäufigkeit nach intensiver gezielter Tuberkulose-Chemotherapy in Berlin. *Prax. Pneumol.* 27, 473, 1973.
10. Pearce S. J. Horne N. W. Followup of patients with pulmonary tuberculosis adequately treated by chemotherapy — Is this really necessary; *Lancet* 11, 641, 1974.
11. Steinbruck P. Neue Aspekte der Tuberkulose-Bekämpfung in der DDR (še neobjavljeno) der 8. Tagung der Gesellschaft für Bronchopneumologie und Tuberkulose der DDR; 1976.
12. Stokovne Smernice Institut Golnik, Stokovno metodološki koncept — Antituberkulotična terapija pri tuberkulozi; 22, 73, 1973.
13. Trstenjak A. Oris sodobne psihologije II. del 275, 1974.
14. Tuberculosis chemotherapy Centre Madras; A controlled comparison of a twice-weekly and three once-weekly regimens in the initial treatment of pulmonary tuberculosis. *Bull WHO*, 43, 143, 1970.
15. Zierski M. Intermittierende Zweiphasen-Regime in der Behandlung der chronischen Lungentuberkulose; *Z. Erkr. Atm.* 138, 116, 1973.
16. Zierski M. Vorläufige Ergebnisse kurzzeitiger Chemotherapie bei Erstbehandlung der Lungentuberkulose (še neobjavljeno) der 8. Tagung für Bronchopneumologie und Tuberkulose der DDR. 1976.
17. WHO — Expert Committee on Tuberculosis, Ninth Report. Technical Report series No 552 WHO, Geneva. 1974.

KULTURA LJUDI IN HUMANIZEM MORATA BITI NA RAVNI DANAŠNJIH CIVILIZATORSKIH DOSEŽKOV V TEHNIKI IN ZNANOSTI SPLOH, SICER LAHKO TI DOSEŽKI POSTANEJO PREKLETSTVO ZA ČLOVEKA.

TITO