



Т.І. Чабан¹, В.І. Бульда¹, С.Б. Норейко²,
О.А. Мяловицька¹, О.О. Древицька¹

¹ ННЦ «Інститут біології та медицини»

Київського національного університету імені Тараса Шевченка, Київ

² Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, Київ

Роль сімейного лікаря в спростуванні хибних поглядів у пацієнтів із туберкульозом (огляд літератури)

Туберкульоз (ТБ) — це заразне бактеріальне захворювання, спричинене *Mycobacterium tuberculosis*. Незважаючи на прогрес у діагностиці та лікуванні, ТБ залишається глобальною проблемою. Щорічно в Україні реєструють близько 27 тис. нових випадків ТБ. Хибні уявлення пацієнта про хворобу призводять до затримки з діагностикою та лікуванням. Сімейні лікарі, пульмонологи та фтизіатри стикаються з проблемами комплаєнсу, оскільки пацієнти часто неправильно розуміють механізми зараження та профілактики ТБ.

Мета роботи — вивчити проблему хибних поглядів пацієнтів щодо туберкульозу і можливості поліпшення комплаєнсу.

Матеріали та методи. Проведено систематичний огляд літератури за 2014–2024 рр. Пошук виконували в базах даних PubMed, MEDLINE, Scopus і бібліотеці ВООЗ. Критерії залучення в аналіз: оригінальні дослідницькі статті, огляди та офіційні рекомендації, в яких висвітлено роль сімейних лікарів у подоланні хибних уявлень про ТБ та поліпшенні результатів лікування. Використовували як літературні дані, так і власні результати бесід із пацієнтами.

Результати та обговорення. Сімейні лікарі відіграють ключову роль у профілактичній роботі та подоланні хибних поглядів, що призводять до страху та соціальної ізоляції пацієнтів. Хибні уявлення про методи передачі інфекції та лікування ТБ значною мірою впливають на здоров'я пацієнтів. Навчання та консультування пацієнтів, використання цифрових технологій і залучення громади є ефективними стратегіями для поліпшення комплаєнсу та зменшення стигми.

Висновки. Хибні уявлення про ТБ перешкоджають контролю над захворюванням, призводять до затримки з діагностикою, недотримання режиму лікування та продовження передачі інфекції в суспільстві. Сімейні лікарі відіграють провідну роль в освіті пацієнтів та спростуванні міфів про ТБ, що може значно поліпшити результати лікування.

Ключові слова

Туберкульоз, сімейні лікарі, хибні погляди, комплаєнс, громадське здоров'я.

Туберкульоз (ТБ) — це заразне бактеріальне захворювання, спричинене *Mycobacterium tuberculosis*, яке насамперед уражає легені, але може впливати й на інші частини тіла. Незважаючи на значні досягнення в діагностиці та лікуванні, ТБ залишається глобальною проблемою охорони здоров'я. За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) [36], у 2019 р. було зареєстровано 10 млн нових випадків ТБ і

1,4 млн смертей від нього. Туберкульоз є хворобою, яка вражає населення та призводить до смертності, особливо його мультирезистентні форми в Африці та Південно-Східній Азії [23]. Щороку в Україні виявляють близько 27 тис. нових випадків ТБ, помирають від ТБ близько 3700 хворих, щодня — 10 осіб [1].

Суттєвою перешкодою для контролю над ТБ є поширені хибні уявлення серед пацієнтів, які

можуть призвести до затримки з діагностикою, низької прихильності до лікування та продовження передачі інфекції. Розуміння цих хибних уявлень є критично важливим для медичних працівників, щоб ефективно їх усувати та поліпшувати результати лікування пацієнтів. У практиці сімейного лікаря, пульмонолога чи фтизіатра є проблеми з комплаєнсом (відношенням пацієнта до медичних призначень) [24]. У деяких дослідженнях зазначено, що недотримання режиму лікування є основною перешкодою для контролю ТБ [35]. Зазвичай лікар обмежений часом, щоб усвідомити погляди пацієнта на хворобу. Розуміння можливих хибних уявлень (міфів) пацієнтів про ТБ дасть змогу акцентувати увагу на найважливіших моментах, що допоможе збільшити довіру пацієнта до лікаря і відповідне виконання лікарських призначень [5].

Мета роботи — вивчити проблему хибних поглядів пацієнтів щодо туберкульозу і можливості поліпшення комплаєнсу.

Матеріали та методи

Проведено систематичний огляд літератури за 2014–2024 рр. Пошук виконували в базах даних PubMed, MEDLINE, Scopus і бібліотеці BOOЗ. Критерії залучення в аналіз: оригінальні дослідницькі статті, огляди та офіційні рекомендації, в яких висвітлено роль сімейних лікарів у подоланні хибних уявлень про туберкульоз та поліпшенні результатів лікування. Використовували як літературні дані, так і власні результати бесід із пацієнтами.

Результати та обговорення

Одним із важливих завдань сімейного лікаря є проведення профілактичної роботи і запобігання виникненню хвороби, особливо в осіб із групи ризику [9]. Існує хибний погляд на питання профілактики зараженню ТБ, що призводить до страху в пацієнтів, коли сімейний лікар кодує причини звернення пацієнта. У Міжнародній класифікації первинної медичної допомоги (ICPC-2) у розділі «Дихальна система» є рубрика 27 «страх захворювання». Наприклад, страх захворіти на туберкульоз (A27). Це може насамперед стосуватися пацієнтів, в яких у когось із сім'ї виявили ТБ. Багато пацієнтів помилково вважають, що ТБ може передаватися через випадковий фізичний контакт, такий як рукошляк, спільне використання посуду або дотик до поверхонь, яких торкалася інфікована людина. Це хибне уявлення призводить до непотрібного страху та соціального уникнення як з боку пацієнтів, так і оточуючих. Наприклад, люди можуть ізолювати себе або бути вигнаними своїми гро-

мадами через необґрунтовані страхи перед зараженням. Зазначено, що такі непорозуміння спричиняють стигматизацію щодо ТБ [28], що може заважати пацієнтам шукати допомогу та дотримуватися протоколів лікування. У такій ситуації лікар має поінформувати про реальний спосіб передачі інфекції — повітряно-крапельний [11, 13]. Слід пояснити пацієнтам, що їхнє уявлення про способи профілактики зараження, такі як миття рук чи прибирання з використанням дезінфікуючих засобів (що є важливим для запобігання іншим хворобам), у випадку ТБ є недостатніми. Важливе значення має регулярне провітрювання приміщення, оскільки найбільша ймовірність заразитися ТБ існує під час перебування поруч із хворим, що кашляє та виділяє мікобактерії ТБ (МТБ) у закритому приміщенні. Страх захворіти на ТБ також спричинений нерозумінням механізмів передачі інфекції. Коли пацієнт усвідомлює, що інфекція передається повітряно-крапельним шляхом, у нього може виникнути думка, що можна заразитися в громадських місцях (кафе, транспорті, магазинах). Сімейний лікар має пояснити, що найбільший ризик зараження існує при тривалому перебуванні з хворим на ТБ легень у закритому приміщенні. Ця інфекція не передається так швидко, як, наприклад, грип чи коронавірус, коли для зараження досить іноді короткий час перебувати близько від особи, яка чхнула. Для зараження МТБ потрібен тривалий контакт. Така ситуація має місце частіше на роботі або при спільному проживанні. Пацієнти з ТБ можуть переживати, що можуть заразити оточуючих. Особи, яким потрібно провести додаткове обстеження, можуть уникати відвідування протитуберкульозного диспансеру через страх перебування серед хворих на ТБ. Рідні хворих також можуть побоюватися зараження. Сімейному лікарю, пульмонологу чи фтизіатру слід пояснити, що заразитися можна від особи з активним («відкритим» ТБ), яка кашляє. Через кілька тижнів після підбору ефективної терапії такі хворі стають не заразними. Таким чином, хворий на ТБ, який щоденно приймає призначені лікарські препарати, не становить небезпеки для оточуючих. Також потрібно розуміти, що хворі на латентні, неактивні форми ТБ, а також на ТБ нирок і кісток не є заразними [18, 26, 33].

Дехто з хворих на ТБ може вважати, що хвороба має генетичне походження, мотивуючи це тим, що були випадки захворювання батьків, а потім захворіли діти. Це хибне уявлення може перешкоджати вжити відповідних заходів для запобігання передачі та призвести до фаталізму щодо неминучості хвороби. У дослідженні [17]

виявили, що в сільській місцевості В'єтнаму це уявлення перешкоджало зусиллям із контролю поширення ТБ, оскільки сім'ї не визнавали необхідності медичного втручання або вжиття профілактичних заходів. Насправді це зумовлено тривалим близьким перебуванням дітей і батьків. У деяких суспільствах трактують ТБ як прокляття або боже покарання за моральні провини або гріхи предків. Це сприйняття може призвести до сорому та небажання розкривати симптоми або звертатися по медичну допомогу, оскільки люди можуть боятися соціальних наслідків або вважати, що медичне лікування не може змінити долю, призначену вищими силами. Такі переконання в Ефіопії призводили до того, що пацієнти зверталися до традиційних цілителів замість медичних професіоналів, а отже, ефективне лікування отримували із затримкою [20].

Багато непорозумінь існує щодо симптомів та діагностики ТБ.

Розпізнавання симптомів. Пацієнти часто неправильно тлумачать симптоми ТБ, такі як стійкий кашель, лихоманка, нічна пітливість та втрата маси тіла, як ознаки менш серйозних захворювань, наприклад, застуди або грипу. Це призводить до затримки зі зверненням по медичну допомогу, хвороба може прогресувати, а пацієнт може несвідомо передавати ТБ іншим. Погане розпізнавання симптомів є значною перешкодою для раннього виявлення ТБ, особливо в країнах із низькою захворюваністю, де обізнаність щодо ТБ може бути меншою [14].

Хибні погляди існують щодо методів діагностики туберкульозу. Серед пацієнтів існує думка, що якщо вони пройшли флюорографічне обстеження і нічого не виявлено, то ТБ у них не може бути. Такий стереотип може існувати в медсестер і деяких сімейних лікарів. Однак слід пам'ятати про низьку чутливість цього методу щодо виявлення змін у легенях [29]. Тут ефективна великокадрова флюорографія або рентгенографія легень у двох проєкціях. Слід більше уваги приділяти таким клінічним виявам, як тривалий субфебрилітет, тривалий кашель, слабкість, пітливість [32]. Сімейний лікар також має розуміти, що пацієнти часто не хочуть обстежуватися на наявність ТБ через хибні погляди, що це ганебна хвороба, що хворіють ув'язнені, наркомани, хворі на синдром набутого імунodefіциту (СНІД). Такі думки перешкоджають виявляти контакти і проводити вчасне обстеження та виявлення можливих інфікованих осіб. Хоча ТБ частіше вражає осіб із вірусом імунodefіциту людини (ВІЛ), він часто пов'язаний з бідністю, перенаселенням, недоїданням. Однак хвороба може розвинутиися і в медиків, які обслуговують вразливі категорії населен-

ня, в осіб, які лікуються препаратами, що пригнічують імунітет, з деякими хронічними неінфекційними хворобами, наприклад, діабетом [3, 21]. Мають значення також і L-форми ТБ [25].

Незнання асимптоматичної передачі. Існує недостатнє розуміння того, що особи з латентною інфекцією ТБ можуть бути без вияву симптомів, а латентна інфекція може трансформуватися в активний ТБ пізніше. Це непорозуміння призводить до втрачених можливостей для профілактичної терапії, яка могла б зупинити хворобу до того, як вона стане заразною. Партнерство «Зупинимо туберкульоз» [30] наголошує на важливості просвіти громад про латентний ТБ для зменшення кількості нових випадків, оскільки неліковані латентні інфекції можуть бути резервуаром для майбутніх спалахів.

Уявлення про лікування ТБ також може бути неправильним.

Очікування короткострокового лікування.

Деякі пацієнти вважають, що як тільки вони починають відчувати себе краще, то вони можуть припинити приймати лікарські засоби. Вони не знають, що лікування ТБ потребує тривалого курсу, зазвичай щонайменше 6 міс, щоб повністю знищити бактерії. Це хибне уявлення призводить до неповноговилікування та розвитку стійких до препаратів штамів ТБ, які складніше та дорожче лікувати. Автори [22] спостерігали, що пацієнти в Південній Африці, які відчували полегшення симптомів, передчасно припиняли лікування, що призводило до вищих рівнів невдач лікування та рецидивів. В Україні є особи, які довіряють «народній медицині». Вони переконані, що ТБ можнавилікувати, наприклад, сирими яйцями, вживанням великої кількості вершкового масла, борсучим жиром, травами. Такі погляди сформувалися тоді, коли недоїдання було поширеним явищем і не було ефективних лікарських препаратів. У деяких культурах пацієнти віддають перевагу традиційним засобам або альтернативній медицині над звичайним лікуванням ТБ через недовіру до сучасної охорони здоров'я або віру в ефективність традиційних практик зцілення. Ця залежність може призвести до затримки з отриманням ефективного медичного лікування, прогресування хвороби та збільшення ризику передачі. На Філіппінах залежність від трав'яних засобів та віри у цілителів затримувала з пошуком відповідної медичної допомоги, підриваючи зусилля з контролю над ТБ [6]. Медичний персонал має пояснити пацієнту, що зазначені методи або неефективні, або їхня ефективність незначна порівняно із сучасним лікуванням [8]. Пацієнти схильні перебільшувати побічні дії препаратів, зазначені в

інструкції виробника, і мають бажання на деякий час замінити препарати на «народні засоби». Лікар має наголосити, що цього категорично не можна робити, тому що це може призвести до ситуації, коли МБТ адаптуються і втратять чутливість до препаратів, а у хворого сформується резистентна форма ТБ. Також слід пояснити, що нелікований ТБ значно небезпечніший, ніж можливі побічні дії препаратів. Частина хворих вважають, що справжнім ефективним лікуванням є крапельниці, ін'єкції, тому лікуватися слід лише в стаціонарі. Такі погляди сформовані підходами в радянській медицині, коли перевагу віддавали курсовому лікуванню хронічних хвороб, зазвичай лікуючи загострення захворювань. Також цю гіпотезу підтримує частина медичних працівників, які очікують гонорар від пацієнтів за виконання маніпуляцій чи сприяння госпіталізації. Зазвичай переконати пацієнта самостійно приймати призначені лікарські засоби значно важче. У цьому пацієнт не потребує значної допомоги, він не готовий платити лікарю за те, що той лише з ним «розмовляє». Низька зарплата медичних працівників відіграє негативну роль у цьому. Слід роз'яснити хворому, що більшість протитуберкульозних препаратів випускаються в таблетках і є ефективними. При регулярному їхньому прийомі людина може займатися своїми справами, не змінювати значно звичний ритм життя, працювати. Крім того, слід звернути увагу, що лікування ТБ триває від 6 міс до майже 2 років, а перебування в стаціонарі є значно дорожчим, порушує звичний спосіб життя людини. При цьому можливе зараження стійкими формами ТБ від інших хворих [2]. Звичайно, є ситуації, коли пацієнта доводиться лікувати в стаціонарних умовах. Це переважно особи з низьким комплаєнсом, яким слід щодня видавати препарати й контролювати їхній прийом. Пацієнт, в якого виявлено ТБ, розуміючи можливе негативне ставлення оточуючих до хвороби, може думати, що це «тавро» буде з ним усе життя, і впасти в депресивний стан, що позначиться на його імунітеті та ставленні до лікування. Туберкульоз часто неправильно асоціюють лише з ВІЛ/СНІДом, що призводить до підсиленої стигми. Пацієнти бояться, що діагноз ТБ змусить інших припустити, що вони ВІЛ-позитивні, що призведе до дискримінації, соціального виключення або навіть втрати роботи. Така асоціація підсилює стигму та перешкоджає зусиллям із контролю над ТБ, оскільки пацієнти можуть уникати діагностики або лікування, щоб уникнути пов'язаних із цим соціальних наслідків [2, 10]. Деякі пацієнти думають, що вони мають повністю ізолюватися від суспільства, якщо їм встановлено діагноз

ТБ, що призводить до непотрібного соціального відсторонення та психологічного стресу. Хоча певні запобіжні заходи необхідні для запобігання передачі під час інфекційної фази, повна ізоляція зазвичай не потрібна, особливо після початку лікування. Наголошено на шкідливих наслідках надмірної ізоляції для психічного здоров'я пацієнтів (почуття самотності, депресія та тривога), що може ще більше погіршити їхню здатність дотримуватися лікування [12].

Хибні уявлення про те, що діагноз ТБ неминуче призведе до втрати роботи та фінансового краху, відлякують людей від діагностики або розкриття причин свого стану. Страх бути нездатним забезпечити родину або зіткнутися з дискримінацією на роботі може призвести до того, що пацієнти приховують хворобу. У дослідженні [7] виявили, що в Непалі такі економічні страхи змушували пацієнтів приховувати свою хворобу, що не лише загрожувало їхньому власному здоров'ю, а й підвищувало ризик зараження співробітників та поширення ТБ. Тому слід заспокоїти пацієнта, що ТБ повністю виліковується при регулярному виконанні призначень лікаря. Одуjuanня буде повним на відміну від таких поширеніших хвороб, як діабет чи гіпертонія, які емоційно легше сприймаються психікою хворих, але потребують позитивного лікування, щоб запобігти ускладненням.

Сімейний лікар також стикається з хибними уявленнями про вакцинацію. Вакцинацію проти туберкульозу вакциною БЦЖ проводять у перших 3–5 днів після народження згідно з календарем щеплень МОЗ України. Значна частина батьків потребує роз'яснення щодо необхідності цієї вакцинації. Це краще зробити сімейному лікарю до народження дитини. Слід пояснити, що вакцинація є безпечною. Можливі сумніви в необхідності цієї процедури, оскільки все одно люди хворіють на ТБ. Слід пояснити батькам, що вакцинація захищає дитину від тяжких форм ТБ, що спричиняють інвалідизацію. Також хибною думкою є те, що після вакцинації не можна захворіти на ТБ. Насправді ризик захворіти існує, а вакцинація не дає повного захисту від ТБ. За певних обставин, а саме при тривалому перебуванні поряд з особою з активним легеневим ТБ, захворіти можна.

Сімейному лікарю також доводиться переконувати пацієнтів, що в них хибні погляди про пробу Манту, яку виконують шляхом уведення туберкуліну внутрішньошкірно для виявлення специфічної імунної реакції організму на наявність МБТ [4]. Багато батьків вважають, що проба Манту — це щеплення від туберкульозу. Насправді це алергічна реакція на туберкулін.

Частина пацієнтів відмовляються її виконувати, боячись протипоказань (деякі шкірні хвороби, гострі стадії або загострення інфекційних чи соматичних хвороб, алергійні стани, епілепсія). Також серед пацієнтів побутує думка, що шкіру не можна мочити в місці проби Манту. Це хибна думка, тому що вода не проникає в шкіру, не змішується з туберкуліном та не може змінити імунну відповідь організму.

Дехто вважає, що на ТБ можна захворіти внаслідок куріння. Поширене порівняння «кашляє, як хворий на ТБ». Особи, які не курять, можуть вважати, що вони вже захищені від цієї хвороби. Слід розуміти, що куріння знижує імунітет і призводить до розвитку респіраторних інфекцій [16], але для розвитку ТБ потрібна наявність МБТ.

Іноді хворі мають нетипові побоювання щодо ТБ. За даними [20], 7,0 % осіб вважали ТБ неінфекційним захворюванням, 10,6 % — що цьому захворюванню не можна запобігти. Заражену їжу вважали джерелом інфекції 47,6 %, стрес або емоційну травму — 57,0 %. Половина пацієнтів не мали жодної інформації щодо запобігання поширенню ТБ, 57 % вважали, що використання окремого посуду є важливим методом запобігання поширенню інфекції. Після полегшення симптомів 18,0 % пацієнтів воліли б припинити прийом лікарських препаратів. На думку 23,7 % респондентів, ТБ може призвести до безпліддя, 38,8 % вважали, що ймовірність одружитися зменшується після інфікування.

Результати лікування ТБ поліпшуються завдяки використанню заходів для кращої прихильності (навчання та консультування пацієнтів, стимули, психологічні втручання, нагадування та відстеження, цифрові технології охорони здоров'я) [5]. Практичним лікарям слід під час збору анамнезу з'ясовувати погляди пацієнтів щодо профілактики зараження в групах ризику, що усуває хибні страхи про можливість зараження, поінформувати про реальні механізми зараження, щоб навчити, як цьому запобігти. Хибні уявлення про ТБ значною мірою впливають як на індивідуальну поведінку, так і на громадське здоров'я.

Хибне уявлення, що симптоми ТБ спричинюють незначні захворювання, призводить до того, що пацієнти не звертаються вчасно по медичну консультацію та допомогу. Ця затримка призводить до прогресування хвороби до пізніх стадій, що ускладнює лікування та збільшує період, протягом якого пацієнти можуть передавати ТБ іншим. Систематичний огляд показав, що затримка з діагностикою ТБ є поширеним явищем, що призводить до гірших наслідків хвороби та підвищеної передачі в громаді, порушуючи програми контролю над ТБ [31].

Непорозуміння щодо необхідності завершення повного курсу лікування та страхи перед побічними ефектами призводять до передчасного припинення терапії. Недотримання режиму лікування не лише впливає на одужання пацієнта, а й спричинює розвиток мультирезистентних штамів ТБ, що становить значну загрозу громадському здоров'ю. Такий підхід до лікувального режиму є основною проблемою, що потребує втручання, які усувають хибні уявлення пацієнтів та сприяють дотриманню курсу лікування [34, 37].

Нездатність визнати інфекційну природу ТБ або вжити відповідних запобіжних заходів може призвести до постійної передачі. Пацієнти, які не знають, як поширюється ТБ, можуть не використовувати заходів для захисту інших осіб, таких як прикривання рота при кашлі або забезпечення належної вентиляції в житлових приміщеннях. Установлено, що недотримання лікування та затримка з діагностикою призводять до стійкої передачі ТБ у країнах, що розвиваються. Це свідчить про важливість інформування для зменшення кількості нових випадків [37].

Соціальні хибні уявлення призводять до стигми, змушуючи пацієнтів приховувати свою хворобу та уникати підтримки від сім'ї, друзів або громадських ресурсів. Ізоляція може підсилити проблеми психічного здоров'я, такі як депресія та тривога, що може погіршити дотримання лікування та одужання. Установлено негативний вплив стигми на готовність пацієнтів звернутися до медичних послуг [22], що підкреслює актуальність стратегій, спрямованих на зменшення стигми на індивідуальному та громадському рівнях. Медичні працівники, особливо сімейні лікарі, відіграють ключову роль у виявленні та усуненні хибних уявлень пацієнтів про ТБ.

Освіта пацієнтів. Надання точної та повної інформації, адаптованої до культурного й освітнього рівня пацієнта, є необхідним. Освіта має охоплювати природу захворювання, методи передачі інфекції, важливість дотримання лікування та стратегії управління побічними ефектами. Припускають, що персоналізована освіта може усунути хибні переконання та сприятиме позитивній поведінці щодо здоров'я, що поліпшить результати лікування [6].

Ефективна комунікація. Побудова довіри через емпатичну та відкриту комунікацію заохочує пацієнтів ділитися переконаннями та занепокоєннями. Медичні працівники мають практикувати активне слухання, підтверджувати почуття пацієнтів та без осуду усувати їхні страхи. У дослідженні [19] виявили, що пацієнти схильніші дотримуватися плану лікування, коли вони відчують розуміння та підтримку з боку медич-

них працівників, що свідчить про вплив відносин пацієнт—лікар на поведінку щодо здоров'я.

Культурна компетентність. Розуміння та повага до культурних переконань пацієнтів при м'якому виправленні хибних уявлень є критично важливими. Медичні працівники мають бути обізнаними про культурні практики та переконання, які можуть впливати на сприйняття пацієнтами ТБ та його лікування. Установлено, що культурно чутливі підходи поліпшують залученість пацієнтів та результати лікування, змушуючи пацієнтів відчувати, що їх поважають та цінують [27].

Залучення громади. Медичні працівники можуть брати участь у програмах поінформування громади, що зменшує стигматизацію та дезінформацію. Залучаючись до лідерів громад, шкіл та місцевих організацій, медичні працівники можуть розширити свій вплив за межі індивідуальних пацієнтів. Продemonстровано ефективність громадських втручань для поліпшення контролю над ТБ [15]. Припускають, що такі стратегії можуть підвищити обізнаність щодо ТБ і сприяти його ранньому виявленню та лікуванню.

Конфлікту інтересів немає.

Участь авторів: концепція та дизайн дослідження — Т.І. Чабан, В.І. Бульда, С.Б. Норецько; написання та редагування статті — Т.І. Чабан, С.Б. Норецько; редагування статті — Т.І. Чабан, О.А. Мясловицька, О.О. Древицька.

Висновки

1. Хибні уявлення про туберкульоз значно перешкоджають ефективному контролю захворювання, спричиняючи затримку з діагностикою, недотримання режиму лікування та продовження передачі інфекції в суспільстві.

2. Сімейні лікарі відіграють ключову роль у спростуванні хибних поглядів щодо туберкульозу, надаючи пацієнтам достовірну інформацію про його природу, шляхи передачі інфекції, важливість повного курсу лікування та методи профілактики.

3. Ефективна комунікація та культурна компетентність медичних працівників сприяють підвищенню комплаєнсу пацієнтів, зменшують або усувають їхні страхи, змінюють переконання, що поліпшує дотримання лікування та загальні результати здоров'я.

4. Використання освітніх заходів, технологій і залучення громади є ефективними стратегіями для зменшення стигми та поширення хибних уявлень про туберкульоз, що сприяє зниженню захворюваності та поліпшенню громадського здоров'я.

Список літератури

- Міністерство охорони здоров'я України. Центр медичної статистики МОЗ України. <https://moz.gov.ua/uk/centr-medichnoi-statistiki-moz-ukraini>.
- Adler JJ, Smirnoff M, Klein SJ, Marr JS, Goldberg RA, Seckler BD, Naizby BE. Hospital care of tuberculosis patients referred for directly observed therapy in New York City: Identifying factors in prolonged stays. *J Public Health Manag Pract*. 1995 Fall;1(4):22-7. PMID: 10186637.
- Aispuro Pérez A, Osuna-Martínez U, Espinoza-Gallardo JA, et al. Prevalence of drug-resistant tuberculosis in HIV-positive and diabetic patients in Sinaloa, Mexico: A retrospective cross-sectional study. *Trop Med Infect Dis*. 2024 Apr 22;9(4):89. doi: 10.3390/tropicalmed9040089.
- Alam T, Abbas Z, Gillani S, Mustafa SH, Ali SM, Khan M. Comparison of positivity of tuberculin skin test with diagnostic BCG in children suffering from tuberculosis. *J Ayub Med Coll Abbottabad*. 2020 Apr-Jun;32(2):204-207. PMID: 32583995.
- Alipanah N, Jarlsberg L, Miller C, et al. Adherence interventions and outcomes of tuberculosis treatment: A systematic review and meta-analysis of trials and observational studies. *PLoS Med*. 2018 Jul 3;15(7):e1002595. doi: 10.1371/journal.pmed.1002595.
- Auer C, Sarol J, Tanner M, Weiss M. Health seeking and perceived causes of tuberculosis among patients in Manila, Philippines. *Trop Med Int Health*. 2000 Sep;5(9):648-56. doi: 10.1046/j.1365-3156.2000.00615.x.
- Baral SC, Karki DK, Newell JN. Causes of stigma and discrimination associated with tuberculosis in Nepal: A qualitative study. *BMC Public Health*. 2007 Aug 16;7:211. doi: 10.1186/1471-2458-7-211.
- Bi K, Cao D, Ding C, Lu S, Lu H, Zhang G, et al. The past, present and future of tuberculosis treatment. *Zhejiang Da Xue Xue Bao Yi*
- Xue Ban. 2022 Dec 25;51(6):657-668. doi: 10.3724/zdxbyxb-2022-0454.
- Bigio J, Viscardi A, Gore G, Matteelli A, Sulis G. A scoping review on the risk of tuberculosis in specific population groups: Can we expand the World Health Organization recommendations? *Eur Respir Rev*. 2023 Jan 11;32(167):220127. doi: 10.1183/16000617.0127-2022.
- Bond V, Nyblade L. The importance of addressing the unfolding TB-HIV stigma in high HIV prevalence settings. *Journal of Community and Applied Social Psychology*. 2006;16(6):452-461. doi: 10.1002/casp.893.
- Bunyasi EW, Middelkoop K, Koch A, et al. Molecular detection of airborne Mycobacterium tuberculosis in South African high schools. *Am J Respir Crit Care Med*. 2022 Feb 1;205(3):350-356. doi: 10.1164/rccm.202102-0405OC.
- Chang SH, Cataldo JK. A systematic review of global cultural variations in knowledge, attitudes and health responses to tuberculosis stigma. *Int J Tuberc Lung Dis*. 2014 Feb;18(2):168-73. doi: 10.5588/ijtld.13.0181.
- Chawla H, Anand P, Garg K, et al. A comprehensive review of microbial contamination in the indoor environment: Sources, sampling, health risks, and mitigation strategies. *Front Public Health*. 2023 Nov 23;11:1285393. doi: 10.3389/fpubh.2023.1285393.
- Craig GM, Daftary A, Engel N, O'Driscoll S, Ioannaki A. Tuberculosis stigma as a social determinant of health: A systematic mapping review of research in low incidence countries. *Int J Infect Dis*. 2017 Mar;56:90-100. doi: 10.1016/j.ijid.2016.10.011.
- Datiko DG, Jerene D, Suarez P. Stigma matters in ending tuberculosis: Nationwide survey of stigma in Ethiopia. *BMC Public Health*. 2020 Feb 6;20(1):190. doi: 10.1186/s12889-019-7915-6.
- Feldman C, Theron AJ, Cholo MC, Anderson R. Cigarette

- smoking as a risk factor for tuberculosis in adults: Epidemiology and aspects of disease pathogenesis. *Pathogens*. 2024 Feb 7;13(2):151. doi: 10.3390/pathogens13020151.
17. Hoa NP, Chuc N TK, Thorson AEK. Knowledge, attitudes, and practices about tuberculosis and choice of communication channels in a rural community in Vietnam. *Health Policy*. 2009 Apr;90(1):8-12. doi: 10.1016/j.healthpol.2008.08.006.
 18. Hook EB. Latent tuberculosis infection. *N Engl J Med*. 2022 Mar 31;386(13):e33. doi: 10.1056/NEJMc2200195.
 19. Karim F, Islam MA, Chowdhury AM, Johansson E, Diwan VK. Gender differences in delays in diagnosis and treatment of tuberculosis. *Health Policy Plan*. 2007 Sep;22(5):329-34. doi: 10.1093/heapol/czm026.
 20. Khan JA, Irfan M, Zaki A, Beg M, Hussain SF, Rizvi N. Knowledge, attitude and misconceptions regarding tuberculosis in Pakistani patients. *J Pak Med Assoc*. 2006 May;56(5):211-4. PMID: 16767946.
 21. Kibirige D, Andia-Biraro I, Olum R, et al. Tuberculosis and diabetes mellitus comorbidity in an adult Ugandan population. *BMC Infect Dis*. 2024 Feb 22;24(1):242. doi: 10.1186/s12879-024-09111-8.
 22. Kigozi, et al. Tuberculosis knowledge, attitudes and practices of patients at primary health care facilities in a South African metropolitan: research towards improved health. *BMC Public Health*. 2017 Oct 10;17(1):795. doi: 10.1186/s12889-017-4825-3.
 23. Lv H, Zhang X, Zhang X, Bai J, You S, Li X, et al. Global prevalence and burden of multidrug-resistant tuberculosis from 1990 to 2019. *BMC Infect Dis*. 2024 Feb 22;24(1):243. doi: 10.1186/s12879-024-09079-5.
 24. Marahatta SB, Yadav RK, Baral S, et al. Barriers to treatment compliance of directly observed treatment short-course among pulmonary tuberculosis patients. *J Nepal Health Res Counc*. 2021 Dec 10;19(3):450-459. doi: 10.33314/jnhrc.v19i3.3478.
 25. Markova N, Slavchev G, Djerov L, Nikolov A, Dimova T. Mycobacterial L-forms are found in cord blood: A potential vertical transmission of BCG from vaccinated mothers. *Hum Vaccin Immunother*. 2016 Oct 2;12(10):2565-2571. doi: 10.1080/21645515.2016.1193658.
 26. Portman-Santos D, Baley-Amiga I, Jasqui-Remba S. Bone tuberculosis in patients with no prior history of tuberculosis. *Acta Ortop Mex*. 2023 Nov-Dec;37(6):372-375. PMID: 38467460.
 27. Sagbakken M, Frich JC, Bjune G. Barriers and enablers in the management of tuberculosis treatment in Addis Ababa, Ethiopia: A qualitative study. *BMC Public Health*. 2008 Jan 11;8:11. doi: 10.1186/1471-2458-8-11.
 28. Skinner D, Claassens M. It's complicated: Why do tuberculosis patients not initiate or stay adherent to treatment? A qualitative study from South Africa. *BMC Infect Dis*. 2016 Nov 25;16(1):712. doi: 10.1186/s12879-016-2054-5.
 29. Smelov V, Trusova O, Barbier S, Muwonge R, Grankov V, Rusovich V, et al. Rationale and purpose: The FLUTE study to evaluate fluorography mass screening for tuberculosis and other diseases, as conducted in Eastern Europe and Central Asia countries. *Int J Environ Res Public Health*. 2022 Jul 17;19(14):8706. doi: 10.3390/ijerph19148706.
 30. Stop TB Partnership. Global Plan to End TB 2016–2020: The Paradigm Shift. https://www.stoptb.org/sites/default/files/imported/document/globalplantoendtb_theparadigmshift_2016-2020_stoptbpartnership_0.pdf.
 31. Storla DG, Yimer S, Bjune GA. A systematic review of delay in the diagnosis and treatment of tuberculosis. *BMC Public Health*. 2008 Jan 14;8:15. doi: 10.1186/1471-2458-8-15.
 32. Suárez I, Fünfer SM, Kröger S, Rademacher J, Fätkenheuer G, Rybníček J. The diagnosis and treatment of tuberculosis. *Dtsch Arztebl Int*. 2019 Oct 25;116(43):729-735. doi: 10.3238/arztebl.2019.0729.
 33. Suzuki J, Morisawa Y. Renal and urinary tuberculosis. *Intern Med*. 2022 May 1;61(9):1471. doi: 10.2169/internalmedicine.8158-21.
 34. Tola HH, Shojaeizadeh D, Tol A, et al. Psychological and Educational Intervention to Improve Tuberculosis Treatment Adherence in Ethiopia Based on Health Belief Model: A Cluster Randomized Control Trial. *PLoS One*. 2016 May 11;11(5):e0155147. doi: 10.1371/journal.pone.0155147.
 35. Woimo TT, Yimer WK, Bati T, Gesesew HA. The prevalence and factors associated for anti-tuberculosis treatment non-adherence among pulmonary tuberculosis patients in public health care facilities in South Ethiopia: a cross-sectional study. *BMC Public Health*. 2017 Mar 20;17(1):269. doi: 10.1186/s12889-017-4188-9.
 36. World Health Organization. Global Tuberculosis Report 2020. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240013131>.
 37. Yan S, Zhang S, Tong Y, Yin X, Lu Z, Gong Y. Nonadherence to antituberculosis medications: The impact of stigma and depressive symptoms. *Am J Trop Med Hyg*. 2018 Jan;98(1):262-265. doi: 10.4269/ajtmh.17-0383.

T.I. Chaban¹, V.I. Bulda¹, S.B. Noreiko², O.A. Mialovytska¹, O.O. Drevitska¹

¹ESC «Institute of Biology and Medicine» of Taras Shevchenko Kyiv National University, Kyiv, Ukraine

²Bogomolets National Medical University, Kyiv, Ukraine

The Role the Family Physician in Refuting Misconceptions in Patients with Tuberculosis (Review)

Tuberculosis (TB) is a contagious bacterial disease caused by *Mycobacterium tuberculosis*. Despite progress in diagnosis and treatment, TB remains a global problem. Approximately 27,000 new cases are registered in Ukraine annually. Patients' misconceptions about the disease contribute to delays in diagnosis and treatment. Family physicians, pulmonologists, and phthisiologists face compliance issues, as patients often misunderstand the mechanisms of infection and prevention.

Objective — to investigate the problem of patients' misconceptions about tuberculosis and possibilities for improving compliance. Both literature data and interview results with patients were used.

Materials and methods. A systematic review of the literature from 2014 to 2024 was conducted using the PubMed, MEDLINE, Scopus and WHO library databases. Inclusion criteria included original research articles, reviews and official guidelines that discussed the role of family physicians in addressing misconceptions about TB.

Results and discussion. Family physicians play a key role in preventive efforts and overcoming misconceptions that lead to fear and social avoidance. Misconceptions about TB transmission and treatment have a significant impact on patients' health. Patient education and counselling, the use of digital technologies, and community engagement are effective strategies to improve compliance and reduce stigma.

Conclusions. Misconceptions about tuberculosis significantly impede disease control, lead to delays in diagnosis, non-adherence to treatment and continued infection transmission in society. Family physicians play a crucial role in educating patients and dispelling myths about tuberculosis, which can significantly improve treatment outcomes.

Keywords: tuberculosis, family physicians, misconceptions, compliance, public health.

Контактна інформація / Corresponding author

Чабан Тарас Іванович, д. мед. н., проф. кафедри внутрішньої медицини
<https://orcid.org/0000-0002-4310-5465>
01601 м. Київ, вул. Володимирська, 64/13
E-mail: chaban.taras@knu.ua

Стаття надійшла до редакції/Received 04.11.2024.

Стаття рекомендована до опублікування/Accepted 03.02.2025.

ДЛЯ ЦИТУВАННЯ

- Чабан ТІ, Бульда ВІ, Норецько СБ, Мяловицька ОА, Древицька ОО. Роль сімейного лікаря в спростуванні хибних поглядів у пацієнтів із туберкульозом (огляд літератури). Туберкульоз, легеневі хвороби, ВІЛ-інфекція. 2025;2:93-100. doi: 10.30978/TB2025-2-93.
- Chaban TI, Bulda VI, Noreiko SB, Mialovytska OA, Drevitska OO. [The Role the Family Physician in Refuting Misconceptions in Patients with Tuberculosis (Review)]. Tuberculosis, Lung Diseases, HIV Infection (Ukraine). 2025;2:93-100. <http://doi.org/10.30978/TB2025-2-93>. Ukrainian.