

## Соціально-економічні аспекти при діагностуванні процесу туберкульозу плеври

Л.А. ГОЛИК, М.Д. БЛИЗНЮК

**Резюме.** Висновки статті базуються на результатах вивчення авторами соціально-медичного значення діагностування процесу плевральних захворювань. Стаття містить результати аналізу випадків захворювань на туберкульоз (плеври). Було проаналізовано наступні соціально-економічні фактори: відношення до соціально-корисної роботи (хворих) пацієнтів, їхнє місце проживання, супутні хвороби та шкідливі звички.

**Ключові слова:** діагностування легеневих захворювань, легеневий туберкульоз, соціально-економічні проблеми, система діагностування.

Питання боротьби з туберкульозом є одним з пріоритетів державної політики у сфері охорони здоров'я і соціального розвитку.

За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) щорічно на планеті на туберкульоз захворюють 9 млн осіб та помирає від цієї небезпечної хвороби близько 2 млн осіб. Загальне число хворих на туберкульоз становить 50–60 млн. Це захворювання посідає перше місце в структурі смертності від інфекційних та паразитарних хвороб. Туберкульоз став міжнародною проблемою, на розв'язання якої необхідно об'єднати зусилля всього людства й кожного з нас зокрема. Для всієї України епідемія туберкульозу вже давно вийшла за межі суто медичної проблеми і стала питанням загальнонаціональної безпеки. Епідемія впливає як на здоров'я громадян, так і на їх соціально-економічне благополуччя.

До середини вісімдесятих років минулого століття, захворюваність на туберкульоз зменшувалась. Зростання захворюваності в усіх країнах світу, а також в Україні в 1995 році констатовано як епідемію.

З цього часу в Україні, як і всьому світі, стрімко зростає кількість хворих як на туберкульоз легень, так і на його поза легеневі форми. В Україні, країнах СНД та Східній Європі переважають легеневі форми захворювання, в Країнах Західної Європи і Нового Світу в структурі туберкульозу переважають поза легеневі форми. Туберкульоз плеври посідає проміжне місце між цими двома основними локалізаціями.

На теперішній час Україна віднесена до групи країн з високим рівнем захворюваності на туберкульоз.

Туберкульоз лише на 5–7% є медичною проблемою, для ефективної боротьби з ним не досить суто медичних аспектів із діагностики та лікування. Швидке зростання захворюваності на туберкульоз в усіх регіонах світу зумовлена соціально-економічними чинниками, які включають високий рівень бідності, а також

недостатня кількість медичних закладів, особливо їх віддаленість від місця проживання хворих, забезпеченість медичними кадрами. Активна співпраця всіх органів влади, лікувально-профілактичних закладів, соціальних служб, громадянських організацій здатна поліпшити ситуацію з туберкульозом.

Ураження плеври являє собою генералізований процес. В будь-який період свого перебігу він може розповсюдитись на інші органи чи системи. Генералізація процесу із плеври на органи та системи може наступати після неадекватного чи перерваного лікування. Разом з тим діагностика туберкульозу плеври залишається складною. Відомі випадки, коли плевральний процес не верифікується, а пацієнт отримує лише протизапальне чи неспецифічне антибактеріальне лікування. Зустрічаються випадки, коли хворого лікують від різноманітних патологічних процесів, в тому числі й від «плевропневмонії». Встановлення синдрому плеврального випоту (СПВ) має відповідні труднощі в діагностиці захворювання. У зв'язку з цим СПВ діагностують від 10–15 днів до декількох тижнів і навіть місяців. Це неминуче приводить до розвитку більш або менш поширених плевральних нашарувань та зрощень, що і зумовлює значні труднощі при верифікації процесу за допомогою торакоскопічної ендоскопії, яка є головним методом етіологічної діагностики СПВ. Відомо, що вмістом плевральної порожнини при СПВ може бути трансудат або ексудат, які різняться між собою лише за вмістом білка.

В соціальному аспекті більш загрозливим є легеневий туберкульоз, так як хворий є основним джерелом туберкульозної інфекції.

У рамках даної роботи зазначимо, що одним із вірних напрямків, що попереджує розвиток поширеного легеневого туберкульозу, як наступного джерела туберкульозної інфекції, є своєчасна діагностика і відповідно, адекватне лікування туберкульозу плеври.

На теперішній час існують різні підходи до верифікації захворювання, але слід починати на нашу думку із синдромної діагностики, яку ми пропонуємо вдосконалити.

**Метою дослідження** було вивчення впливу соціально-економічного фактору на систему діагностики захворювань плеври.

### **Матеріали і методи**

Під нашим спостереженням знаходилось 244 хворих, які були розподілені на дві групи. У основну групу увійшло 117 осіб, у групу порівняння – 127. Хворі групи порівняння обстежувались за запропонованою нами методикою, де першим методом променевої діагностики було стандартна рентгенографія. Хворі основної групи обстежувались за методикою, при якій першим методом променевої діагностики була ультрасоноскопія.

### **Результати та їх обговорення**

Для виконання постановлених завдань проаналізовано хворих за віком і місцем проживання, за статевою ознакою і відношенням до суспільно-ко-

рисної праці та характером супутніх захворювань і зловживання шкідливими звичками. Критеріями включення в дослідження були: вік молодше 19 до 60 років і старші; місце проживання: село, місто; характер роботи: інтелектуальна, механізаторська, кваліфікована чи підсобна, фермерська праця, не працездатна; характер захворювання: дихальна система (бронхів), захворювання серцево-судинної системи, печінки (хронічний гепатит), шлунково-кишкового тракту, сечостатевої системи, цукрового діабету, а також зловживання алкоголем та паління цигарок.

Серед досліджень основної групи 63 (53,8%) були мешканці міста 54 (46,2%) сільської місцевості, що відображає демографічну ситуацію в області. У групі порівняння кількість хворих, що проживало у містах і звернулись за медичною допомогою склала 81 (63,8%) особа ( $P>0,05$ ), а кількість сільських мешканців 46 (36,2%) осіб ( $P>0,05$ ). Тобто суттєвої різниці за місцем проживання у кількості хворих, що звернулися за медичною допомогою, між групами не було.

Необхідно наголосити на тому факті, що відстань від місця проживання обстежених хворих до лікувального закладу 49-53 км, що суттєво впливало на звернення хворих за медичною допомогою. Серед хворих основної групи максимальна кількість досліджених знаходилась в найбільш активному віці, а саме: у межах 30–39 рр. було 45 (38,5%) хворих, а у віці 40–49 рр. – 36 (30,8%) обстежених. Суттєво менше зверталось за допомогою особи у віці 20–29 рр. – 24 (20,5%) та 50–59 рр. – 9 (7,7%) досліджених. У інших вікових категоріях таких хворих було ще менше.

У хворих групи порівняння: у 30–39 рр. звертались за допомогою 44 (34,6%) особи ( $P>0,05$ ), у віці 40–49 рр. – 45 (35,4%) хворих ( $P>0,05$ ). У віковій підгрупі 20–29 рр. таких хворих було 23 (18,1%), а у 50–59 рр. – 10 (7,9) хворих ( $P>0,05$ ). Ці дані дають право порівнювати отримані результати стосовно діагностики. Хворі, обстежені нами в процесі виконання роботи за статевою ознакою і відношенням до суспільно-корисної праці у основній групі належали до осіб чоловічої статі – 89 (76,1%) і до жіночої – 28 (23,9%). Порівнюючи цей показник із таким у групі порівняння, бачимо, що хворих чоловічої статі у ній було обстежено 91 (71,7%) особа, а у хворих жіночої статі 36 (28,3%) осіб ( $P>0,05$ ). Пояснити ці цифри як у основній, так і у групі порівняння можна з огляду впливу деяких шкідливих факторів, або факторів ризику, на розвиток захворювань бронхо-легеневої системи, у т. ч. і плеври.

Соціальний статус хворих мав такий вплив на захворюваність. У основній групі, серед усіх обстежених не працювала 61 (68,5%) особа чоловічої статі. Серед хворих жінок у цій групі не працювало 14 (50,0%) осіб. Серед обстежених групи порівняння хворих чоловічої статі, що не працювали було 59 (64,8%) осіб ( $P>0,05$ ), а хворих жіночої статі – 26 (72,2%) ( $P>0,05$ ). Серед чоловіків зайнятих у суспільно-корисній праці, у основній групі було найбіль-

ше «підсобників» – 10 (11,2%) у групі порівняння – 12 (13,2%) ( $P>0,05$ ). Наступну позицію за частотою в основній групі займали кваліфіковані робітники – 7 (7,9%), а у групі порівняння – 9 (9,9%); фермерів, у основній групі було 6 (6,7%) у групі порівняння також – 6 (6,7%). Серед жінок у основній групі наступну позицію займали фермери – 6 (21,4%) у групі порівняння кваліфіковані робітники – 5 (13,9%) осіб. Загалом же у основній групі серед працюючих осіб хворіли – 75 (64,1%), фермерів – 12 (10,3%) кваліфікованих робітників – 11 (9,4%) «підсобників» – 10 (8,5%). Серед досліджених груп порівняння частіше хворіли, як і в попередніх групах, непрацюючі – 85 (66,9%) кваліфіковані робітники – 14 (11,0%) та «підсобники» 12 (9,4%) ( $P<0,05$ ).

Отже, у соціальному плані, частіше в обох групах хворіли особи, які не мали постійної роботи, займались будь-якою роботою, не маючи відповідного забезпечення для виконання наданої їм роботи, належної підготовки та організаційної підтримки. Ця робота у більшості випадків була пов'язана із забрудненням, протягом, іншими шкідливостями, роботою у нічні години та роботою без часового обмеження і таке інше, що підкреслює важливість факторів ризику для розвитку бронхо-легеневих захворювань, особливо туберкульозного генезу, що і дало привід віднести ці захворювання до соціальних.

При дослідженні хворих стосовно шкідливих звичок та супутніх захворювань слід відмітити, що із 244 обстежених хворих у обох групах без супутніх захворювань було 130 (53,3%) осіб. У основній групі таких хворих виявлено 64 (54,7%), а у групі порівняння – 66 (52,0%), що за відносною кількістю достовірно не відрізнялись ( $P>0,05$ ).

Хронічний бронхіт серед обстежених основної групи мав місце у 53 (45,3%) осіб, а серед групи порівняння – у 61 (48,0%) особи –  $P>0,05$ . Враховуючи частоту цього супутнього захворювання, маємо висновок, що він є «базовим» для розвитку тих чи інших патологічних процесів у плевральній порожнині, оскільки сумарно зустрічався майже у половини обстежених – у 114 (46,7%) осіб.

Захворювання серцево-судинної системи серед хворих основної групи зустрічалися у 17 (14,5%) осіб, серед хворих порівняння у 15 (11,8%) досліджених ( $P>0,05$ ).

Хронічний гепатит різного генезу спостерігали у 15 (12,8%) хворих основної групи та у 23 (18,1%) хворих групи порівняння –  $P>0,05$ . Захворювання шлунково-кишкового тракту мали місце у 13 (11,1%) хворих основної групи і у 18 (14,2%) хворих групи порівняння ( $P>0,05$ ).

Інші супутні хвороби зустрічалися в обстежених від одного до трьох осіб (0,8%–2,8%) основної групи, та від двох до семи осіб (1,6%–5,5%) групи порівняння.

Зловживання алкоголем мало місце у 24 (20,5%) хворих основної групи і у 31 (24,4%) хворого групи порівняння ( $P>0,05$ ). Паління цигарок було більш поширеним. Так в основній групі палили у 59 (50,4%) хворих, у групі порівняння – 72 (56,7%) особи –  $P>0,05$ .

Таким чином, розвиток захворювань плеври, що у всіх випадках проявлявся СПВ, на фоні перерахованих патологічних процесів, дослідженими хворими обох груп сприймався відносно спокійно як «варіант» існуючої хвороби. Особливо це відносилось до осіб, що зловживали шкідливими звичками, або мали одне із супутніх захворювань із шкідливими звичками. З огляду на це, більшість хворих тривало самолікувалися, або зверталися до лікарів з наголосом на існуюче в них захворювання, що приводило до труднощів в діагностиці і до задавленості процесу.

### **Висновки**

Результати дослідження ілюструють як позитивні так і негативні моменти в організації діагностики захворювань плеври, які залежать від соціально-економічних проблем розвитку території, на якій проживають обстежені. Причиною несвоєчасного звернення хворих із захворюваннями плеври за медичною допомогою до лікаря, як в основній, так і в групі порівняння, були: супутні захворювання, зловживання шкідливими звичками та соціальна незабезпеченість.

### **Література**

1. Дужий І.Д. Клінічна плеврологія / І.Д. Дужий. – К.: Здоров'я. – 2000. – 384 с.
2. Дужий І.Д. Труднощі діагностики хвороб плеври / І.Д. Дужий. – Суми: Мрія, 2008. – 560 с.
3. Опанасенко П.С. Туберкульозний плеврид у больных разного возраста: эпидемиологическое и клинико-анатомическое исследование / П.С. Опанасенко, И.В. Лискина // Проблемы старения и долгожития. – 2004. – № 2. – С. 178–186.
4. Соколов В.А. Дифференциальная диагностика плевральных выпотов / А.В. Соколов // Променева діагностика і променева терапія. – 2001. – № 3. – С. 24–28.
5. Фещенко Ю.І. Організація протитуберкульозної допомоги населенню / Ю.І. Фещенко, В.М. Мельник. – К.: Здоров'я. – 2006. – 654 с.

### **Социально-экономические аспекты при диагностике процесса туберкулеза плевры**

**Л.А. ГОЛИК, М.Д. БЛИЗНЮК**

**Резюме.** *Выводы статьи базируются на результатах изучения авторами социально-медицинского значения диагностирования процесса плевральных заболеваний. Статья содержит результаты анализа случаев заболеваний туберкулёзом (плевры). Были проанализированы следующие социально-экономические факторы: отношение к социально-полезной работе (больных) пациентов, их место проживания, сопутствующие болезни и вредные привычки.*

**Ключевые слова:** *диагностика лёгочных заболеваний, лёгочный туберкулёз, социально-экономические проблемы, система диагностирования.*

## Socio-economic aspects in the diagnostic process of pleura tuberculosis.

L.A. GOLYK, M.D. BLIZNYUK

**Summary.** *The ground based on the results of author's studies of socio-medical significance of diagnostic process of pleura diseases. The article contains findings of the analysis of events of the pleura tuberculosis diseases. Following socio-economic factors were analyzed: relation to socially useful work of sick patients, their residence, accompanying diseases and pernicious habits.*

**Key words:** *diagnostic of pleura diseases, lung tuberculosis, socio-economic problems, system of diagnostics.*

УДК 613.67+616.058

## Аналіз стану здоров'я військовослужбовців військових частин у зоні відповідальності військово-медичного клінічного центру Кримського регіону

I.A. ДАНИЛЬЧУК, А.М. ГАЛУШКА, І.С. ОЛІЙНИК,  
С.В. ХАЛІК, В.П. ТИБІНЬ

**Резюме.** *Аналізувався стан здоров'я військовослужбовців військових частин, які дислокуються у зоні відповідальності Військово-медичного клінічного центру Кримського регіону протягом 2007–2009 рр. за категоріями – військовослужбовці строкової служби, військовослужбовці за контрактом та офіцерський склад. Наведені рангові місця актуальних класів хвороб серед відповідних категорій військовослужбовців.*

*Доведено, що незважаючи на видову специфіку Військово-медичного клінічного центру Кримського регіону відмінностей серед актуальних класів хвороб у порівнянні з даними за Збройні Сили України не існує.*

**Ключові слова:** *медична служба, захворюваність, госпіталізація, працевтрати, звільнення за станом здоров'я, смертність.*

Актуальність вивчення стану здоров'я обумовлена тим, що моніторинг стану здоров'я населення та окремих його контингентів (військовослужбовці тощо) є важливою складовою управління у сфері охорони здоров'я, дозволяє виявляти проблемні питання та обґрунтувати шляхи їх вирішення [1]. Окрім цього показники, що характеризують стан здоров'я контингентів населення є вагомим групою індикаторів, що можуть бути використані для оцінки ресурсних та процесуальних аспектів якості медичної допомоги в закладах охорони здоров'я [2].

До того ж в порівнянні з цивільним суспільством в Збройних Силах України стан здоров'я військовослужбовців є важливим чинником, що визначає боєздатність військ [3, 4]. Тому вивчення стану здоров'я військовослужбовців та розроб-