

ОСОБЛИВОСТІ СІМЕЙНОГО ТУБЕРКУЛЬОЗУ В УМОВАХ РЕОРГАНІЗАЦІЇ ПРОТИТУБЕРКУЛЬОЗНОЇ СЛУЖБИ (В УМОВАХ ЗБІЛЬШЕННЯ МІГРАЦІЙНИХ ПРОЦЕСІВ)

Ігор ДУЖИЙ

*д.мед.н., професор, завідувач кафедри хірургії,
травматології, ортопедії та фтизіатрії НН МІ*

Леонід БОНДАРЕНКО

*аспірант кафедри хірургії, травматології,
ортопедії та фтизіатрії НН МІ*

Анастасія КАРПЕНКО

студентка 5 курсу, група МЦ.м-805 НН МІ

Сумський державний університет

Туберкульоз залишається одним із поширених інфекційних захворювань. Стабілізувати захворюваність і хворобливість якого не вдається у світовому масштабі і в Україні зокрема. Протягом 2020 року у світі зафіксовано 10 млн. хворих на різні форми туберкульозу, 1,5 млн. з них померло. При цьому відомо, що від туберкульозу щорічно помирає більше хворих, ніж від усіх інших інфекційних захворювань разом узятих. Такому стану речей сприяє висока міграційна налаштованість населення. Україна в цьому відношенні знаходиться у невигідному положенні, оскільки розташовується в центральній зоні Європи, займаючи одну з найбільших територіальних площ на континенті.

Одночасно із цим погіршення епідемічної ситуації у світі пояснюється пандемією COVID-19, яка прокотилася по всім континентах, суттєво змінюючи реактивність людей і зменшуючи їхню опірність до всіх збудників, у тому числі й до мікобактерій туберкульозу.

Безкінечні війни, особливо на азіатському континенті, побудником яких у більшості випадків залишається російський реваншизм, не дають змогу проводити активні протиінфекційні і протиепідемічні заходи, не кажучи вже за надійну статистичну обробку

матеріалу. Більше того, заплановані антилюдські заходи по створенню голоду в африканських країнах при дуже високій щільності населення є надзвичайним ризиком до всіх хвороб і особливо інфекційних та насамперед до туберкульозу. Виконати поставлені ВООЗ завдання щодо зменшення захворюваності і хворобливості на туберкульоз, а тим паче його ліквідації не виконано.

Актуальність проблеми. Підтвердженням наведеного є щоденне помирання у світі до 700 дітей [1]. Реорганізація фтизіатричної служби в Україні, за якою виявлення і проведення диференціальної діагностики покладене на загальну службу охорони здоров'я, зокрема, на сімейних лікарів, створює проблеми з діагностики і не контрольованої епідемічної ситуації [2, 3]. За який інфекційний контроль можна говорити за такого стану?! Перелічене підкреслює актуальність проблеми і нагальність її вирішення, що в умовах воєнної агресії росії у нашій країні створило «надзвичайну і глобальну» ситуацію.

Мета роботи. Вивчити особливості сімейного туберкульозу в умовах реорганізації надання медичної допомоги.

Завдання. Вивчити динаміку захворюваності на сімейний туберкульоз за 20 років, уточнивши терміни діагностики захворювання та локалізацію туберкульозного процесу.

Матеріали і методи. Під нашим спостереженням перебувало 199 хворих на сімейний туберкульоз у групі порівняння і 207 хворих – у основній групі. При цьому застосовувалися загальноклінічні методи обстеження, променеві, бактеріологічні та молекулярно-генетичні [4].

Виклад основного матеріалу. У процесі дослідження встановлено, що джерелом сімейного туберкульозу було 199 осіб, а контактних хворих сімейного типу виявилось 207, тобто більше на 8 осіб, що підтверджує хибність амбулаторного лікування і перебування на «сімейному» – амбулаторному режимі хворих на різні форми туберкульозу. Поміж джерел туберкульозної інфекції осіб на легеневий туберкульоз було 195 (98 %), а хворих на позалегеневий туберкульоз 4 (2,0 %). Поміж контактних хворих на

сімейний туберкульоз виявилось 207. Хворих на легеневі форми туберкульозу було 181 (87,4 %), а хворих на позалегеневі форми туберкульозу – 26 (12,6 %), що було більше, ніж поміж джерел туберкульозу на 10,6 % ($p < 0,05$).

При звертанні у медичні заклади у перші 5 днів поміж хворих групи порівняння (джерело туберкульозу) діагноз не був встановлений жодного разу. У основній групі у цей термін при активному зверненні діагноз встановлено у 80 (38,6 %) осіб, а при пасивному – у 24 (11,6 %) хворих. До 10 днів у групі порівняння діагноз встановлено у 6,0 % хворих при активному зверненні і у 3,5 % – при пасивному. Усі інші хворі діагностувалися значно пізніше: від 15 до 40 днів. Поміж хворих основної групи (контактери) у 10-денний термін діагноз встановлено у 32,4 % при активному зверненні і у 4,8 % – при пасивному зверненні.

Підсумовуючи отримані результати бачимо негативний вплив на фтизіатричний розділ охорони здоров'я в умовах реформування системи.

Динаміка захворюваності на сімейний туберкульоз

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Джерело	2	2	1	3	4	14	13	22	11	22	13	5	3	5	14	17	19	11	11	7
Всього	94										105									
Контактер	2	2	1	4	4	14	13	23	11	22	13	6	3	5	16	18	20	11	11	8
Всього	96										111									

Висновки: 1) Спостерігається збільшення хворих на сімейні форми туберкульозу з 2012 по 2021 рр., порівняно з 2002 по 2011 роки. 2) Терміни діагностики контактного туберкульозу у порівнянні з джерелом туберкульозу скорочуються у 6 разів і більше. 3) Поміж джерел туберкульозу превалювали легеневі форми, а поміж контактних – позалегеневі форми.

Перспективи подальших досліджень. Вивчити мікобактерійний стан хворих на сімейний туберкульоз та ефективність його лікування.

Література

1. World Health Organization (WHO). Global tuberculosis report 2019. Geneva: WHO; 2020. Available from: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/336069/9789240013131-eng.pdf>.
2. Наказ МОЗ України від 06.10.2021 № 2161 «Про внесення змін до стандартів охорони здоров'я при туберкульозі».
3. Фещенко ЮІ, Мельник ВМ, Опанасенко МС. Неefективне лікування хворих на туберкульоз легень і його попередження. К. : Видавництво Ліра-К, 2019. 246 с.
4. Duzhyi ID, Oleshchenko HP, Bondarenko LA, Kobyletkyi SM. Familial tuberculosis and its prevention in terms of health care restructuring. *Acta Balneologica TOM LXIV*, Nr 2(168); 2022: 166–170. DOI: 10.36740/ABAL202202112