

Ю. Г. Пустовий, М. Г. Долинська
**РОЗПОВСЮДЖЕНІСТЬ СОЦІАЛЬНИХ ЧИННИКІВ РИЗИКУ СЕРЕД ХВОРИХ
НА ТУБЕРКУЛЬОЗ ОРГАНІВ ДИХАННЯ В ЛУГАНСЬКІЙ ОБЛАСТІ**

Луганський державний медичний університет

Сучасна епідемія туберкульозу характеризується переважним ураженням груп високого ризику, котрі, у свою чергу, можуть бути умовно розподілені на медичні (хворі на цукровий діабет, ВІЛ-інфіковані та хворі на СНІД, особи, які перенесли імунодепресивну терапію та інші) та соціальні, до яких належать так звані соціально-дизадаптовані категорії населення — особи, які знаходяться за межею бідності, безробітні, алкоголіки, наркомани, ув'язнені та звільнені з виправних установ, мігранти. З іншого боку, в умовах соціально-економічних труднощів, на тлі котрих звичайно розвивається епідемія туберкульозу, дуже гостро стоїть питання раціональної витрати матеріальних ресурсів, які виділяються для боротьби з туберкульозом з метою як можливо швидшого подолання епідемії, або, щонайменше, уповільнення темпів росту захворюваності [1, 2]. Такий підхід є досить новим як для України, так й для інших країн колишнього СРСР, в котрих у минулому усі програми боротьби з туберкульозом знаходилися на пріоритетному фінансуванні, а соціальних груп ризику не існувало зовсім або їх існування не признавалося офіційною медициною. У цьому ракурсі Всесвітня Організація Охорони Здоров'я наголошує на адресному впровадженні протитуберкульозних програм та недоцільності розпилення коштів на масові профілактичні флюорографічні огляди, масову туберкулінодіагностику, масову хіміопротекцію, тобто на заходи, які не обґрунтовані належністю конкретної людини до тієї чи іншої групи ризику. Така концепція знаходить як прихильників, так й противників в Україні.

У зв'язку з цим, метою нашого дослідження стало з'ясування розповсюдженості факторів ризику серед уперше виявлених хворих на туберкульоз органів дихання. Насамперед, нашу увагу привернула група соціальних факторів ризику, що може бути обґрунтовано такими аргументами:

— перш за все, соціальні фактори відіграють вагомую роль у виникненні не тільки так званих соціальних хвороб, до яких належить туберкульоз, але й майже усіх інших. Доведено, що й колагенози, й злоякісні пухлини (показання для призначення імунодепресивної терапії) й цукровий діабет частіше зустрічаються серед соціально-дизадаптованих категорій населення [3]. Розповсюдження ВІЛ-інфекції також пов'язано з певними соціально-поведінковими чинниками. Отже, соціальний статус відіграє патогенетичну роль не тільки сам по собі, але й може обтяжувати "медичні" чинники.

— по-друге, за даними соціологічних опитувань, на харчування не вистачає коштів у 29 % мешканців України, 57 % обмежують себе в продуктах харчування, опалюванні, одязі, взутті [4]. Визначальна роль дисбалансу в харчуванні, зокрема недостатня кількість жирів, білків та вітамінів, а також систематичних переохолоджувань в виникненні туберкульозу легенів, загальновідома [5, 6]. Отже, соціальна детермінанта здоров'я в таких умовах стає найважливішою.

— по-третє, Луганська область, яка є переважно індустріальною, більше, ніж інші області України, постраждала від соціальних потрясінь, внаслідок чого рівень життя населення є одним із самих низьких в Україні, що обумовлює інші несприятливі соціальні чинники — злочинність, алкоголізм, наркоманію, тощо.

З 2000 року на кафедрі фтизіатрії Луганського державного медичного університету виконується науково-дослідницька робота "Епідеміологічний моніторинг туберкульозу серед різних соціальних верств населення Луганської області". Протягом чотирьох років здійснюється збирання даних щодо соціального статусу вперше виявлених хворих на туберкульоз, наявності в анамнезі соціально значущих чинників ризику. Таким чином складається база даних, яка містить відомості про вік, стать, освіту, фах, зайнятість, рівні прибутків, наявність соціально-несприятливого стану, регулярність проходження профілактичних оглядів та інші соціальні чинники, котрі сприяють розвитку туберкульозу й обтяжують перебіг захворювання.

Нами було проаналізовано 2107 так званих "Листів соціального обліку" вперше виявлених хворих на туберкульоз органів дихання. 1000 хворих були вперше виявлені в 2000 році, 500 — в 2001 та 607 — в 2002 році. Серед хворих переважали чоловіки, які становили від 75 % захворілих в 2000 році до 77 % в 2002 році. Розподіл хворих за віком значно відрізнявся серед чоловіків та жінок. Серед жінок найбільш численною була вікова група 20—29 років, тоді як серед чоловіків переважала вікова група 40—49 років. Така тенденція відмічена нами раніше, але за останні роки ця перевага стала ще наочнішою (таблиця 1). Слід відмітити, що у 1996 році серед жінок питома вага вікової групи 20—29 — найбільш активної у фертильному та соціальному відношенні — становила 22,6 %. За професійним статусом суттєво переважали робітники різних спеціальностей із середньою спеціальною освітою — від 68,5 % в 2000 році до 83 % в 2002 році. Осіб із вищою освітою протягом трьох років виявлялося 5,2—7,1 %, студентів та учнів — 1—1,5 %, медичних працівників — 2,6—3,5 %. Слід відмітити також, що тільки 4 % хворих вказували на щомісячний прибуток у перерахунку на одного члена родини більший, ніж 200 грн., отже майже ніхто з хворих не вказував на одержання офіційного прожиткового мінімуму. Ці дані залишаються досить стабільними протягом останніх 3 років. Тому у подальшому для порівняльного аналізу була вибрана група осіб із щомісячним прибутком на одного члена родини меншим за так званий гарантований мінімум — 80 грн. (такі особи знаходяться на обліку в Обласному Центрі праці та соціального захисту населення).

Більшість хворих зазнавала дії соціальних чинників ризику розвитку туберкульозу (табл. 2). Характерно, що в 2000, 2001 та 2002 роках осіб, у котрих чинники ризику були відсутні, або, що найбільш вірогідно, випадково чи за наміром, були сокриті хворими, виявилось тільки 21,2 % 15,6 % та 12 % відповідно, тобто питома вага таких хворих зменшується ($P < 0,05$). У більшості випадків несприят-

Таблиця 1

Вікова структура груп порівняння (%)

Вікова група	Жінки						Чоловіки					
	2000		2001		2002		2000		2001		2002	
	I (n=141)	II (n=61)	I (n=54)	II (n=45)	I (n=86)	II (n=71)	I (n=491)	II (n=304)	I (n=242)	II (n=159)	I (n=242)	II (n=208)
Молодше 20 років	1,5	4,9	5,6	2,2	4,7	8,4	0,8	1,3	31,2	3,1	2,5	1,0
20–29	25,5**	31,1**	27,8*	26,7*	32,6**	26,8*	12,8**	17,1**	15,7*	14,5*	21,4**	14,4*
30–39	24,1	23,0	25,9	24,4	33,7**	15,5*	24,5	17,1	26,0	19,5	26,9**	13,0*
40–49	22,7**	13,1**	33,3**	13,3**	18,6*	18,3*	33,0*	29,3*	36,0*	25,2*	33,1*	25,5*
50–59	8,5*	13,1*	3,7*	6,7*	7,0*	9,9*	14,3*	18,1*	13,6*	15,1*	11,6**	18,8**
60–69	11,4	13,1	1,9	13,3	3,5	5,6	10,8	12,5	5,0	14,5	3,7	18,8
Понад 70 років	6,4	1,6	1,3	13,3	0	15,5	3,9	4,6	2,5	8,2	0,4	8,7

Примітка: * — міжгрупова різниця достовірна, $P < 0,05$;

+ — внутрішньогрупова різниця достовірна, $P < 0,05$

I — особи із щомісячним доходом до 80 грн.

II — особи із щомісячним доходом понад 80 грн.

Таблиця 2

Чинники ризику, дії яких зазнавали хворі на туберкульоз (%)

Категорія соціально-дезадаптованих хворих	2000	2001	2002
Незаможні	63,3	59,1	54,0
Безробітні	44,3	49,9	45,6*
Інваліди	9,8	8,6	3,8*
Звільнені з УВП	9,2	6,6	14,2
Алкоголіки	15,1	14,6	19,9*
Особи без постійної прописки	9,0	3,0	1,8
Мігранти	0,9	0,6	0,5

ліві чинники комбінувалися між собою, що наочно видно на прикладі найбільш поширеного соціально несприятливого чинника — низького рівня прибутків (табл. 3). Звертає на себе увагу той факт, що вікова, статевая та клінічна характеристика хворих, умовно поділених на незаможних та тих, що одержували мінімально необхідний прибуток, суттєво відрізнялися (при цьому не викликає сумнівів, що цей так званий гарантований мінімум у 80 грн. не може покрити фізіологічних норм харчування, забезпечити основні потреби людини в одязі, відпочинку, тощо). Так, серед незаможних питома вага осіб найбільш активного віку — вікових груп 20–29 та 30–39 років — була майже удвічі більшою. Той факт, що у вікових групах 50 років доля відносно забезпечених була порівнянно більшою,

Таблиця 3

Сумісна дія основних чинників соціальної дезадаптації

Категорія соціально-дезадаптованих хворих	Питома вага серед осіб з щомісячним прибутком понад 80 грн/люд на місяць, %			Питома вага серед осіб з щомісячним прибутком менш 80 грн/люд на місяць, %		
	2000	2001	2002	2000	2001	2002
Безробітні	15,0*	16,1*	0	61,9**	73,3**	84,5**
Інваліди	4,3	12,2*	5,4*	6,4	6,1*	2,4*
Звільнені з УВП	3,0	2,0	4,3	12,6	9,8	22,3
Алкоголіки	7,0**	1,1*	11,8**	19,7**	23,6*	26,8**
Особи без постійної прописки	0,5	0	0	7,9	1,0	3,4
Мігранти	0,2	0	0	1,3	5,1	0,9

Примітка: * — міжгрупова різниця достовірна, $P < 0,05$;

+ — внутрішньогрупова різниця достовірна, $P < 0,05$

Таблиця 4

Частота деструктивних та бактеріальних форм туберкульозу серед груп порівняння

Форми туберкульозу	Серед осіб із щомісячним прибутком понад 80 грн/чол на місяць, %			Серед осіб із щомісячним прибутком менш 80 грн/чол на місяць, %		
	2000	2001	2002	2000	2001	2002
Деструктивні	42,5	45,4	40,1	52,2**	50,7	56,7*
Бактеріальні	41,4	47,1	44,1	50,8**	56,1	62,5*

Примітка: * — міжгрупова різниця достовірна, $P < 0,05$;

+ — внутрішньогрупова різниця достовірна, $P < 0,05$

пов'язаний на нашу думку, з тим, що ці особи знаходяться звичайно на пенсійному забезпеченні. Крім того, питома вага інвалідів серед незаможних осіб була значно більш низькою. Отже, найбільш "забезпеченими" серед хворих на туберкульоз є пенсіонери та інваліди! Аналізуючи "соціальний портрет" хворих на туберкульоз, треба звернути увагу на те, що поширеність головних соціальних чинників ризику — таких, як перебування у місцях позбавлення волі в анамнезі, зловживання алкоголем — була багаторазово вищою у групі осіб з низьким рівнем прибутків. При цьому поширеність так званих медичних чинників ризику в обох групах суттєво не відрізнялася. Цей факт може бути поясненим тим, що головні з них (цукровий діабет та психічні захворювання) досить швидко спричиняють інвалідність, що у свою чергу призводить до одержання хворим соціальних виплат, які перевищують гарантований мінімум.

Важкість, поширеність та епідеміологічна небезпечність туберкульозу у незаможних була стабільно більшою, ніж у групі порівняння. Частота деструктивного та бактеріального туберкульозу перевищувала показники у групі умовно забезпечених на 10–15 % (табл. 4).

Отже, серед вперше виявлених хворих на туберкульоз суттєво переважали особи з невисоким рівнем освіти та досить низьким рівнем прибутків. Хоча близько 77 % серед хворих становили чоловіки (що узгоджується з даними класичної епідеміології туберкульозу), серед жінок переважала фертильна вікова група, при цьому ця перевага посилюється по мірі розвитку епідемії. Перевага молодших вікових груп серед захворілих вказує на несприятливий прогноз щодо розвитку епідемії. До того ж, переважання осіб молодого віку серед жінок, з одного боку характеризує їх більшу чутливість до чинників ризику захворювання, а з іншого — створює умови для інфікування дітей в таких сім'ях. Переважна більшість хворих на туберкульоз зазнавала дії одного чи декількох несприятливих соціальних чинників. Широка розповсюдженість різноманітних чинників ризику серед уперше виявлених хворих на туберкульоз ще раз підтверджує соціальну та медико-біологічну зумовленість захворювання. У хворих, що знаходяться за межею бідності, виявлялися більш поширені та несприятливі у епідеміологічному відношенні форми туберкульозу легенів. Враховуючи, що соціальна детермінанта здоров'я вважається ВООЗ нині однією з найголовніших, верстви населення, які зазнають дії несприятливих соціальних чинників, повинні розглядатися як потенційно найбільш небезпечні щодо ризику виникнення захворювання. Ситуація погіршується звичайно низьким рівнем освіти та морально-поведінкових навичок осіб із груп ризику, що створює передумови для розповсюдження інфекції.

Таким чином, раціональною може вважатися стратегія подолання епідемії туберкульозу, яка включає направлене проведення профілактичних заходів, зокрема профілактичних флюорографічних оглядів, серед груп високого ризику замість тотальних профілактичних оглядів. При цьому активне виявлення туберкульозу не повинне бути єдиним методом боротьби з туберкульозом [7]. Подолання безробіття, боротьба з алкоголізмом, наркоманією, злочинністю, реабілітація звільнених з виправних установ, збільшення соціальних виплат до цифр, які реально забезпечують мінімальні потреби в раціональному харчуванні, мають безпосереднє відношення до зниження захворюваності на туберкульоз.

ЛІТЕРАТУРА

1. *Фещенко Ю. І., Мельник В. М.* Туберкульоз легень в період епідемії: епідеміологічні, клініко-діагностичні, лікувально-профілактичні та організаційні аспекти. — Київ: Логос, 1998. — 284 с.
2. *Dolin P. J., Raviglione M. C., Kochi A.* Global tuberculosis incidence and mortality during 1990–2000 // *Bull World Health Organ* — 1994. — Vol. 72, № 2. — P.213–220.
3. *Корецкая Н. М.* Факторы риска развития туберкулеза, особенности его выявления и течения // *Проблемы туберкулеза*. — 2002. — № 7. — С.7–9.
4. *Бакиров В. С., Николаевский В. Н., Бабак О. Я., Яблучанский Н. И.* Детерминанты здоровья в зеркале социологического исследования // *Medicus amicus*. — 2003. — № 6 — С.10.
5. *Ильина Т. Я., Муминов Т. А., Колдыбаев С. К.* Туберкулез органов дыхания и эффективность его лечения в группах повышенного риска // *Проблемы туберкулеза*. — 2000. — № 4 — С. 11–15.
6. *Rosen M. J.* Epidemiology and risk of pulmonary disease // *Semin. Respir. Infect.* — 1999. — Vol. 14, № 4. — P. 301–308.
7. *Strategies to decrease tuberculosis in US homeless population. A computer stimulation model* / T.F.Brewer, S.J. Heymann, S.M. Krumpalish et al. // *JAMA*. — 2001. — Vol. 286, № 7. — P. 834–842.

РОЗПОВСЮДЖЕНІСТЬ СОЦІАЛЬНИХ ЧИННИКІВ РИЗИКУ СЕРЕД ХВОРИХ НА ТУБЕРКУЛЬОЗ ОРГАНІВ ДИХАННЯ В ЛУГАНСЬКІЙ ОБЛАСТІ

Ю. Г. Пустовий, М. Г. Долинська

Резюме

На основі бази даних, яка містить відомості щодо віку, статі, клінічної форми туберкульозу, соціального статусу, факторів ризику кожного виявленого хворого, проведений аналіз клінічних і соціальних особливостей хворих. Серед жінок домінувала вікова група 20–29 років, серед чоловіків — 40–49 років, що є вкрай негативним як із точки зору епідеміології, так і з соціально-економічної. 54–63 % хворих мали низький рівень доходів, 44,3–49,9 % — безробітні, 9,2–14,2 % — звільнилися із виправних закладів менше 10 років назад, 14,6–19,9 % — є алкоголіками або наркоманами. За період 2000–2002 років лише, відповідно, 21,2 %, 15,6 % та 12 % пацієнтів не відчували дії ніяких несприятливих соціальних факторів, однак при цьому спостерігається виражена тенденція до зниження питомої ваги таких хворих. Серед осіб із низьким рівнем доходів на 10–15 % частіше зустрічаються деструктивні форми туберкульозу. Таким чином, раціональною є стратегія протитуберкульозної роботи, яка передбачає пріоритет заходів серед груп високого ризику.

PREVALENCE OF SOCIAL RISK FACTORS AMONG LUNG TUBERCULOSIS PATIENTS IN LUGANSK REGION

Yu. G. Pustovyy, M. G. Dolynska

Summary

During the last 3 years we have been creating database, containing the data about age, sex, clinical form of the disease, social status, risk factors for each revealed patient with tuberculosis. The analysis of clinical and social peculiarities among patients with pulmonary tuberculosis has been performed.

Prevalence of age groups among patients also differs in men and women. 20–29 years group was the most numerous among women vs. 40–49 years among men. High prevalence of young persons among TB patients is unfavourable from epidemiological, as well as from socio-economic point of view. Therefore the conclusion about more severe social disadaptation of women is evident. 54–63 % of patients belonged to low-income classes, 44,3–49,9 were unemployed, 9,2–14,2 % had been in correctional institutions less than 10 years ago, 14,6–19,9 % were alcoholics and drug users. In 2000–2002 only 21,2 %, 15,6 % and 12 % of patients didn't suffer from any TB risk factors, so the strong trend for this percentage decrease has been revealed. The percentage of destructive and bacterial forms among individuals with low level of income was about 10–15 % higher than in the general population. Thus the modern TB control strategy has to provide the priority of the intervention among risk groups.