



І.Д. Дужий, Г.П. Олещенко, І.Я. Гресько, В.О. Олещенко
Сумський державний університет

Вплив територіального чинника на своєчасність верифікації синдрому плеврального випоту

Мета роботи — проаналізувати своєчасність встановлення діагнозу синдрому плеврального випоту (СПВ) у хворих залежно від місця проживання.

Матеріали та методи. Обстежено 329 хворих на СПВ, яких було розподілено на дві групи. До основної групи ввійшло 123 (37,4 %) пацієнти, які проживали у сільській місцевості, до групи порівняння — 206 (62,6 %) міських жителів.

Результати та обговорення. Своєчасно (5–9-та доба) звернулися до лікаря 28 (19,7 %) хворих Іа та Іаа підгруп, з них сільських мешканців 9 (32,1 %), міських — 19 (67,9 %). Несвоєчасно (після 10-ї доби) звернулося 114 (80,3 %) хворих: 50 (43,9 %) сільських мешканців та 64 (56,1 %) жителі міст.

У Іб та Ібб підгрупах своєчасно (5–9-та доба) по медичну допомогу звернулися 35 (18,7 %) осіб: сільських мешканців було 9 (25,7 %), містян — 26 (74,3 %). Несвоєчасно (після 10-ї доби) звернулися 152 (81,3 %) особи, з них 55 (36,2 %) сільських жителів та 97 (63,8 %) городян.

Висновки. Запізно звернулися по медичну допомогу 85,4 % сільських мешканців, що зумовлене в більшості випадків соціально-економічними негараздами. У 78,2 % міських мешканців запізніле звернення переважно можна пояснити неадекватним ставленням до свого здоров'я на тлі шкідливих звичок. Шляхами подолання несвоєчасного звернення селян по медичну допомогу мають бути державні організаційні заходи, а для жителів міст — санітарна освіта і боротьба зі шкідливими звичками.

Ключові слова

Синдром плеврального випоту, територіальний чинник, верифікація.

Туберкульоз залишається не лише нагальною медичною проблемою, а й індикатором соціального благополуччя населення [2]. Епідемія цієї недуги, зафіксована в Україні у 1995 р., від 2006 р. певною мірою почала стабілізуватися [9]. Проте, попри всі старання, приборкати її все ж таки не вдається. У 2015 р. захворюваність на всі форми активного туберкульозу становила 55,9 на 100 тис. населення. Може здатися, що порівняно з 2013 р., коли захворюваність становила 67,9 на 100 тис. населення, намітилося зниження цього показника, але беремо до уваги те, що до статистичного аналізу не ввійшли невідконтрольні території Східної України, де захворюваність значно перевищує таку в інших областях [7].

В останні роки збільшуються кількість та питома вага хворих на позалегенові форми туберкульозу, в яких превалює туберкульоз плеври, головною ознакою якого є синдром плеврального випоту [1]. У літературі повідомляють також про поступове зростання кількості хворих на неспецифічні захворювання плеври [4]. Порівняно з попередніми роками таке зростання зафіксовано в понад 2 рази [5]. Плеврити неспецифічного генезу в основному маніфестують такою ж симптоматикою, що й туберкульоз плеври. Провідним синдромом при цьому залишається нагромадження плеврального випоту [1].

Встановлено, що загальна кількість захворювань, які супроводжуються синдромом плеврального випоту, перевищує 90 [1]. Більшість із них уражують грудну порожнину. Разом із тим описано значну кількість подібних захворювань

і за її межами. За такого поєднання діагностика провідного захворювання вкрай складна. Тому частота діагностичних помилок під час верифікації хвороби тривалістю понад 4 тиж сягає 20 % і більше [1].

Чинниками, що впливають на приріст захворюваності на туберкульоз, визнають соціально-економічні негаразди, серед яких зниження рівня життя населення, недостатнє фінансування протитуберкульозних закладів, нестача кваліфікованих медичних працівників, соціальна криза та ін. [9]. З огляду на це вважають, що захворюваність на туберкульоз є наслідком соціально-економічних чинників, а смертність — медичних [6].

Укомплектованість лікарями-фтизіатрами у 2014 р. становила лише 73,3 % [8]. При цьому в закладах системи МОЗ України вона була 73,4 %, у закладах академії медичних наук — 51,6 %, Міністерства транспорту та зв'язку — 77,8 %, Державної пенітенціарної служби України — 97,6 %. Можливості цих закладів значно відрізняються, а можливості диференціальної діагностики таких складних процесів, які супроводжуються СПВ, — й поготів [1]. До того ж більшість перелічених закладів розташовані не в селах, а містах, та ще й мегаполісного типу, що суттєво впливає на діагностичний процес.

За статистикою, соціальна структура тих, хто вперше захворів на туберкульоз у 2014 р., має такий вигляд: непрацюючі працездатного віку — 58,3 %, пенсіонери — 12,5 %, особи, звільнені з місць позбавлення волі, — 1,0 %, особи без постійного місця проживання — 2,4 %. У абсолютних числах це становить 14883, 3199, 258 та 609 осіб відповідно [8].

Захворюваність сільського населення у 2015 р. переважала ураження міських жителів: 67,4 і 50,7 на 100 тис. населення відповідно, що більше в 1,3 разу. Адже сільські мешканці менше обізнані щодо шляхів передачі інфекції, клініки, діагностики, лікування та профілактики туберкульозу [3]. Значною мірою переважання захворюваності сільського населення залежить від відстані до закладів медичної допомоги I та II рівнів, де діагностика зазвичай закінчується на встановленні синдромального діагнозу. Тим більшого значення набуває віддаленість місця проживання хворих від закладів III рівня надання медичної допомоги, де діагноз верифікують.

У більшості публікацій про туберкульоз легень та позалегенової локалізації надають увагу соціальній структурі захворюлих та гендерній характеристиці, не наголошуючи на територіальному розподілі хворих і не вдаючись до детального аналізу впливу цього чинника на захворюваність і хворобливість.

Актуальність проблеми полягає в недостатньому вивченні впливу різних методів променевої діагностики на вчасне встановлення власне синдрому плеврального випоту (СПВ) залежно від територіального чинника і відповідно — впливу на термін верифікації патологічного процесу, від чого залежить ефективність лікування.

Мета роботи — проаналізувати своєчасність встановлення діагнозу синдрому плеврального випоту у хворих залежно від місця проживання.

Матеріали та методи

Під нашим спостереженням перебувало 329 хворих із СПВ, яких було розподілено на дві групи. До основної групи увійшло 123 (37,4 %) особи, які проживали у сільській місцевості, до групи порівняння — 206 (62,6 %) міських жителів. Усіх хворих обстежено за 2012–2015 рр. Дані цифри відображають демографічну ситуацію в області, за якою чисельність міського населення становить 763,6 тис. (68,59 %) осіб, а сільського — 349,7 тис. (31,41 %).

Хворі основної групи розподілені на Ia та Ib підгрупи. До Ia підгрупи увійшло 59 (48,0 %) осіб, до Ib — 64 (52,0 %). У групі порівняння Па підгрупа складалася із 83 (40,3 %) осіб, Пб — із 123 (59,7 %).

Хворих Ia та Па підгруп обстежували за методикою, коли першим методом променевої діагностики була ультрасоноскопія. Хворих Ib та Пб підгруп обстежували за методикою, де провідним методом підтвердження СПВ була стандартна рентгенографія.

У основній групі було 95 (77,2 %) чоловіків і 28 (22,8 %) жінок. У групі порівняння чоловіків було 151 (73,3 %), жінок — 55 (26,7 %).

Соціальний статус хворих обох груп був таким. У основній групі не працювало 67 (54,5 %) осіб, кваліфікованих робітників було 13 (10,6 %), підсобників — 9 (7,3 %), представників інтелектуальної праці — 8 (6,5 %). Частіше хворіли, як і у попередній групі, ті, що не працювали — 119 (57,8 %), серед кваліфікованих робітників хворіли 20 (9,7 %), серед підсобників — 15 (7,3 %), серед представників інтелектуальної праці — 14 (6,8 %). Отже, хворі обох груп за соціальним статусом були репрезентативними.

Результати та обговорення

Вважаємо за потрібне наголосити на шкідливих звичках хворих. Зловживали алкоголем 25 (20,3 %) хворих основної групи і у 51 (24,6 %) з групи порівняння ($p > 0,05$). Курили 62 (50,4 %) хворих основної групи та 117 (56,8 %) з групи порівняння ($p > 0,05$).

Таблиця 1. Віддаленість населених пунктів від районних центрів, км

Район	Відстань від районного центру до найвіддаленішого села шосейними шляхами
Білопільський	60
Буринський	37
Великописарівський	38
Глухівський	39
Конотопський	50
Краснопільський	44
Кролевецький	24
Лебединський	41
Липоводолінський	44
Недригайлівський	27
Охтирський	44
Путивльський	36
Роменський	53
Середино-Будський	57
Сумський	57
Тростянецький	44
Шосткинський	37
Ямпільський	55

Таблиця 2. Віддаленість закладів охорони здоров'я II рівня від закладів охорони здоров'я III рівня, км

Район	Відстань від районного до обласного центру шосейними шляхами
Білопільський	45
Буринський	88
Великописарівський	90
Глухівський	146
Конотопський	127
Краснопільський	43
Кролевецький	145
Лебединський	47
Липоводолінський	91
Недригайлівський	72
Охтирський	80
Путивльський	101
Роменський	104
Середино-Будський	210
Сумський	—
Тростянецький	60
Шосткинський	180
Ямпільський	178

Таблиця 3. Характер маніфестації процесу і час звернення до лікаря хворих Ia та IIa підгруп

Час звернення, доба	Характер маніфестації							
	Лихоманка		Біль		Задишка		Разом	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
5–9	14	50,0	10	35,7	4	14,3	28	19,7
10–19	11	27,5	16	40,0	13	32,5	40	28,2
20–29	—	—	32	46,4	37	53,6	69	48,6
30–59	—	—	—	—	5	100,0	5	3,5
60 і >	—	—	—	—	—	—	—	—
Разом	25	17,6	58	40,8	59	41,6	142	100,0

Відстань від місця проживання хворих із сіл до дільничної лікарні в середньому становила 15–18 км, що дуже важливо для первинного звернення хворих по медичну допомогу. Адже транспортне сполучення між селами недостатнє. До того ж більшість хворих із обох груп не працюють, а вартість проїзду повсякчас збільшується.

Разом із тим матеріально-технічна база лікувальних закладів первинної медичної допомоги не завжди дає змогу провести належне обстеження, тому доводиться звертатися по допомогу до центральних районних лікарень, тобто закладів II рівня надання медичної допомоги. А відстань від різних сіл до районного центру становить 24–60 км, і транспортне сполучення в основному здійснюється 2–3 рази на тиждень (табл. 1).

З огляду на значну протяжність області та віддаленість деяких районних лікарень від закладів охорони здоров'я III рівня, яка сягає 180–210 км (табл. 2), стає зрозумілим, чому більшість хворих тривалий час не звертаються як по первинну — вторинну, так і третинну медичну допомогу.

Час звернення хворих по медичну допомогу визначали за гостротою та характером маніфестації хвороби. Гострий початок захворювання був у 83 (58,4 %) пацієнтів Ia та IIa підгруп (табл. 3). Про це свідчили два синдроми: лихоманка і біль. Перший синдром виявлено у 25 (17,6 %) хворих, другий — у 58 (40,8 %).

У цих підгрупах по медичну допомогу протягом 9 діб звернулися 28 (19,7 %) хворих. Із них мешканців села було 9 (32,1 %), жителів міста — 19 (67,9 %). У наступні 10 діб (10–19) звернули-

Таблиця 4. Характер маніфестації процесу і час звернення до лікаря хворих Іб та Ібб підгруп

Час звернення, доба	Характер маніфестації							
	Лихоманка		Біль		Задишка		Разом	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
5–9	22	62,9	9	25,7	4	11,4	35	18,7
10–19	38	53,5	29	40,9	4	5,6	71	38,0
20–29	9	20,5	15	34,1	20	45,4	44	23,5
30–59	19	54,3	10	28,6	6	17,1	35	18,7
60 і >	—	—	—	—	2	100,0	2	1,1
Разом	88	47,0	63	33,7	36	19,3	187	100,0

ся 40 (28,2 %) хворих: 16 (40,0 %) мешканців села та 24 (60,0 %) з міста. Проживали у селі 7 (43,8 %), у місті – 9 (56,2 %). У термін 20–29 днів до лікарів звернулося 69 (48,6 %) осіб: 29 (42,0 %) селян та 40 (58,0 %) городян. Після 30 днів (30–59) звернулися до лікарів 5 (3,5 %) осіб. Усі вони були сільськими мешканцями. Таким чином, своєчасно звернулися до лікаря (5–9 днів) 28 (19,7 %) пацієнтів, серед них сільських мешканців було 9 (32,1 %), міських – 19 (67,9 %). Несвоєчасно (після 10 днів) звернулося 114 (80,3 %) осіб, серед них було 50 (43,9 %) сільських мешканців і 64 (56,1 %) городяни.

Провідною причиною пізнього звернення хворих основної групи по допомогу були численні супутні захворювання, на які хворі «списували» клінічні ознаки маніфестуючого туберкульозу і «лікувалися» на власний розсуд. 64 (45,1 %) пацієнти зверталися до лікаря лише тоді, коли до одного з провідних маніфестуючих синдромів (лихоманковий, больовий, задишки) приєднувалися інші. До того ж 36 (56,3 %) із них не працювали і не мали фінансової можливості поїхати до лікаря. Вони проживали у найвіддаленіших районах області (Середино-Будський, Шосткинський, Кролевецький, Ямпільський, Глухівський).

74 (52,1 %) хворі, що не мали супутніх захворювань, не зверталися до лікаря через фінансову скруту. Обійтися однією поїздкою до лікаря практично неможливо. Це була друга причина пізнього звернення по медичну допомогу хворих цих підгруп.

Особливості перебігу патологічного процесу та час звернення хворих до лікаря у Іб та Ібб підгрупах наведено в табл. 4.

Звернулися до лікаря у перші 5–9 днів 35 (18,7 %) хворих цих підгруп ($p > 0,05$), сільських жителів було 9 (25,7 %), міських – 26 (47,3 %). У наступні 10 днів (10–19) звернувся до лікаря 71 (38,0 %) хворий, що більше, ніж у Іа та ІІа підгрупах, у 1,3 разу ($p < 0,05$). Селян було 24 (33,8 %), городян – 47 (66,2 %). На 20–29-ту

добу по медичну допомогу звернулися 44 (23,5 %) хворі, тобто менше, ніж у Іа та ІІа підгрупах, у 2,1 разу ($p < 0,05$). Сільських жителів було 18 (40,9 %), міських – 26 (59,1 %). Між 30–59-ю добою звернулись 35 (18,7 %) осіб, що більше, ніж у Іа та ІІа підгрупах, у 5,3 разу ($p < 0,05$). Селян було 11 (31,4 %), городян – 24 (68,6 %). Мешкали в селі 4 (21,1%) особи, 15 (78,9 %) – у місті. Після 60-ї доби звернулися 2 (1,1 %) хворих, вони були сільськими мешканцями. Отже, у Іа та ІІа підгрупах у відносно ранній період, тобто в перших 4 тиж від часу маніфестації захворювання, звернулося до лікаря 137 (96,5 %) хворих, водночас як у Іб та Ібб підгрупах – 150 (80,2 %), тобто менше у 1,2 разу ($p < 0,05$). Різниця для цього показника досить суттєва – 16,3 %.

Отже, своєчасно (5–9-та доба) звернулося по медичну допомогу 35 (18,7 %) хворих Іб та Ібб підгруп. З них сільських мешканців було 9 (25,7 %), городян – 26 (74,3 %). Несвоєчасно (після 10-ї доби) звернулося 152 (81,3 %) особи: 55 (36,2 %) сільських жителів та 97 (63,8 %) мешканців міст.

Із 98 хворих цих підгруп, що не мали супутніх захворювань, 45 (51,3 %) не працювали і, відповідно, не були мобільними через фінансову скруту. За цим показником хворі групи порівняння не відрізнялися від основної ($p > 0,05$).

Більшість хворих з основної групи (54,5 %) і групи порівняння (57,8 %) були безробітними. Середня ж вартість проїзду від будь-якого населеного пункту до дільничної лікарні у нашій області становить 21 грн, а проїзд до районної лікарні – 49 грн. З'їздити ж до дільничної чи районної лікарень тільки для обстеження потрібно щонайменше двічі. Отже, вартість проїзду буде 42 або 98 грн. Але ж у ці дні потрібно ще й харчуватися. Прожитковий одноденний мінімум, за нормами Верховної Ради України, становить 46 грн 60 коп., а на два дні це буде 93 грн 20 коп. Отже, на проїзд та на харчування

потрібно 135 грн 20 коп. та 190 грн 20 коп. Сказане значною мірою сприяло задавненню процесу і нерідко призводило до хронізації.

Ми вже не рахуємо вартості подальшого шляху хворого до закладу III рівня надання медичної допомоги — загальноторакального чи фтизіохірургічного торакального відділень.

Спроба висвітлити причини запізнілого звернення і несвоєчасного обстеження хворих із підозрою на СПВ є намаганням обґрунтувати те, що туберкульоз легень і позалегеневі його локалізації зараховують до переліку соціальних хвороб [6].

Таким чином, йдеться про крайню потребу в зменшенні впливу транспортного чинника на можливість своєчасної діагностики синдрому

плеврального выпоту і верифікації причин хвороби, що особливо важливо в умовах реформування галузі охорони здоров'я.

Висновки

Запізно звернулися по медичну допомогу 85,4 % сільських мешканців, що зумовлено у більшості випадків соціально-економічними негараздами. У 78,2 % городян це можна пояснити переважно неадекватним ставленням до здоров'я на тлі шкідливих звичок. Шляхами подолання несвоєчасного звернення жителів села по медичну допомогу мають бути державні організаційні заходи, для городян — санітарна освіта і боротьба зі шкідливими звичками.

Конфлікту інтересів немає. Участь авторів: концепція і дизайн дослідження — І. Дужий, Г. Олещенко; збір та обробка матеріалу — І. Гресько, В. Олещенко; написання тексту — Г. Олещенко, В. Олещенко; статистичне опрацювання даних — Г. Олещенко, І. Гресько; редагування тексту — І. Дужий.

Список літератури

1. Дужий І.Д. Труднощі діагностики хвороб плеври: монографія.— Суми: Мрія, 2007.— 560 с.
2. Єсипенко С.В., Філюк В.В., Герасимова Н.А. Аналіз причин поширеності мультирезистентного туберкульозу в Одеській області // Туберкульоз, легеневі хвороби, ВІЛ-інфекція.— 2014.— № 3.— С. 85—89.
3. Корнага С.І., П'ятночка І.Т. Санітарно-освітня грамотність хворих на мультирезистентний туберкульоз // Туберкульоз, легеневі хвороби, ВІЛ-інфекція.— 2015.— № 4.— С. 48—52.
4. Лискина И.В. Туберкулезные плевриты: эпидемиологические и клинико-анатомические аспекты, современное состояние проблемы в Украине // Укр. пульмонолог. журн.— 2004.— № 1.— С.47—50.
5. Опанасенко М.С., Конік Б.М., Палівода М.Г. та ін. Клінічний досвід використання відеоторакоскопії для діагностики та лікування захворювань органів грудної порожнини у хворих різного віку // Пробл. старения и долголетия.— 2009.— № 3.— С. 312—323.
6. Петренко В.І., Процок Р.Г. Проблема туберкульозу в Україні // Туберкульоз, легеневі хвороби, ВІЛ-інфекція.— 2015.— № 2.— С. 16—29.
7. Статистичні дані за компонентом «Туберкульоз» 2015 рік.— Електронний ресурс: <http://ucdc.gov.ua/pages/diseases/tuberculosis/surveillance/statistical-information>.
8. Туберкульоз в Україні: аналітично-статистичний довідник.— К., 2015— 142 с.
9. Фещенко Ю.І., Мельник В.М., Матусевич В.Г. та ін. Оцінка контролю за туберкульозом в Україні за період 2006—2011 // Укр. пульмонолог. журн.— 2011.— № 4.— С. 5—10.

И.Д. Дужий, Г.П. Олещенко, И.Я. Гресько, В.А. Олещенко
Сумский государственный университет

Влияние территориального фактора на своевременность верификации синдрома плеврального выпота

Цель работы — проанализировать своевременность постановки диагноза синдрома плеврального выпота (СПВ) у больных в зависимости от места их проживания.

Материалы и методы. Обследованы 329 больных с СПВ, которые были разделены на две группы. В основную группу вошло 123 (37,4 %) пациента, проживавшие в сельской местности, в группу сравнения — 206 (62,6 %) городских жителей.

Результаты и обсуждение. Своевременно (на 5—9-й день) обратились к врачу 28 (19,7 %) больных Ia и IIa подгрупп, из них сельских жителей было 9 (32,1 %), городских — 19 (67,9 %). Несвоевременно (после 10-го дня) обратилось 114 (80,3 %) человек: 50 (43,9 %) сельских жителей и 64 (56,1 %) городских.

В Ib и IIb подгруппах своевременно (5—9-е сутки) за медицинской помощью обратились 35 (18,7 %) человек: сельских жителей было 9 (25,7 %), горожан — 26 (74,3 %). Несвоевременно (после 10-го дня) обратились 152 (81,3 %) человека, из них 55 (36,2 %) сельских жителей и 97 (63,8 %) горожан.

Выводы. Запоздало обратились за медицинской помощью 85,4 % сельских жителей, что обусловлено в большинстве случаев социально-экономическими проблемами. У 78,2 % городских жителей запоздалое обращение обусловлено в большинстве случаев неадекватным отношением к своему здо-

ровью на фоне вредных привычек. Путиами преодоления несвоевременного обращения жителей села за медицинской помощью должны быть государственные организационные мероприятия, а для горожан — санитарное просвещение и борьба с вредными привычками.

Ключевые слова: синдром плеврального выпота, территориальный фактор, верификация.

I.D. Duzhiy, G.P. Oleshchenko, I.Ya. Gresko, V.O. Oleshchenko
Sumy State University, Sumy, Ukraine

The impact of the territorial factor on the timeliness verification of pleural effusion syndrome

Objective — to analyze the timeliness of diagnosis of syndrome of pleural effusion in patients, depending on their place of residence.

Materials and methods. 329 patients were studied with syndrome of pleural effusion, who were divided into two groups. The basic group included 123 (37.4 %) persons, living in rural areas and the comparison group — 206 (62.6 %) of urban residents.

Results and discussion. On time (5–9 day) around 28 (19.7 %) patients of Ia and IIa subgroups addressed the doctor, including 9 (32.1 %) rural residents, 19 (67.9 %) city residents. Not on time (after 10 days) 114 (80.3 %) persons approached the doctor. Among them, villagers were 50 (43.9 %), residents of the city — 64 (56.1 %).

In I and II b subgroups in a timely manner (5–9 day) seek medical attention 35 (18.7 %) people: the villagers were 9 (25.7 %), citizens — 26 (74.3 %). Out of time (after the 10 th day), seek medical attention 152 (81.3 %) people, of whom 55 (36.2 %) the villagers and 97 (63.8 %) of citizens.

Conclusions. A belated handling for medical help villagers occurred in 85.4 % of cases, due to most of the social and economic problems. In urban residents belated conversion to 78.2 % due to, in most cases, inadequate attitude towards their health because of the backdrop of bad habits. Ways of overcoming delays in handling of the medical assistance for the villagers must be public organizational activities; for city residents — health education and the fight against of bad habits.

Key words: syndrome of pleural effusion, the territorial factor, verification.

Контактна інформація:

Дужий Ігор Дмитрович, д. мед. н., проф., зав. кафедри загальної хірургії, радіаційної медицини та фізіотрії, академік АНВШ України
40021, м. Суми, вул. Гамалея, 1/39
Тел. (0542) 65-65-55
E-mail: gensurgery@med.sumdu.edu.ua

Стаття надійшла до редакції 20 червня 2016 р.