

<https://doi.org/10.32782/2786-9067-2023-25-13>

УДК: 616.24-002.5:615.015.8:57.04/048

АНАЛІЗ СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНИХ ДЕТЕРМІНАНТ У ХВОРИХ НА ТУБЕРКУЛЬОЗ З ЛІКАРСЬКОЮ СТІЙКІСТЮ ЗБУДНИКА

Мажак К.Д., Ткач О.А., Гречуха Н.Р.*, Штибель Г.Д.*, Щенний А.Й.*

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького, м. Львів, Україна

**Центр легеневого здоров'я, м. Львів, Україна*

Анотація. У 176 пацієнтів з лікарсько-стійким туберкульозом з яких 95 осіб з новими випадками (I група) та 81 хворий з рецидом захворювання (II група) проведено аналіз соціально-психологічних детермінант та соціально-демографічних характеристик, поінформованості про туберкульоз та комплаєнс отриманих на основі аналізу історій хвороб та проведеного анонімного анкетування за розробленою анкетой. Встановлено найбільш поширені обтяжуючі фактори серед різних соціальних груп, що знижують прихильність до лікування.

Ключові слова: *лікарсько-стійкий туберкульоз, нові випадки та рецидив, медико-біологічні фактори, соціальний статус*

Вступ. В останнє десятиліття в Україні вживаються системні заходи щодо удосконалення якості медичної допомоги, соціальних гарантій, розширення просвітницької роботи в галузі медицини та здоров'я населення. Інновації та людино орієнтований підхід – найпомітніші складові, які були й залишаються основою роботи протитуберкульозної служби України. До широкомасштабної війни всі напрямки боротьби з туберкульозом (ТБ) зосереджувались на тому, як інтегрувати найкращі світові практики в український досвід боротьби з туберкульозом і остаточно звільнити країну від цього тягаря. За рівнем впровадження інновацій та прогресу у боротьбі з туберкульозом Україна займала одну з провідних позицій серед країн Східної Європи та Центральної Азії. Все це наслідок злагодженої роботи МОЗ України, Центру громадського здоров'я, донорів, партнерів. Ситуація з пандемією COVID-19 істотно вплинула на всі галузі життєдіяльності суспільства і в першу чергу на систему надання медичної допомоги та послуг, особливо людям, які страждають на ТБ. Питання протидії цьому соціально небезпечному інфекційному захворюванню залишається для України вкрай актуальним і не є суто медичною проблемою. Щороку в Україні помирає від ТБ близько 3 тис. людей. Україна посідає п'яте місце в регіоні (2020 р.) за показником реєстрації нових та повторних випадків ТБ (57,7), поступаючись Киргизстану (95,7), Республіці Молдова (69,5), Казахстану (67,4) та Таджикистану (61,7). [1]. За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я, близько 20-23% випадків захворювань в Україні не виявляється. З 2007 р. в Україні спостерігалася позитивна динаміка

захворюваності на ТБ: показники якої почали знижуватися в середньому на 3-4% щорічно. За 2015–2019 роки. захворюваність на туберкульоз (нові хворі + рецидиви) зменшилася на 14,61% (з 70,5 до 60,1 на 100 тис. населення), причому за 2019–2020 роки. цей показник знизився на 29,8% (до 42,2 на 100 тис. населення), тобто за ковідний рік темп спаду захворюваності збільшився майже вдвічі [2]. На думку експертів, зниження захворюваності відбулося через пандемію COVID-19 та зумовлене суттєвим скороченням звернень громадян до медичних закладів, а відповідно, і виявлених випадків захворювання на ТБ. Обмеження доступу людей з ТБ до медичних та соціальних послуг викликає занепокоєння значними ризиками переривання та припинення лікування, що збільшує ймовірність розвитку резистентних форм захворювання та летальних наслідків. За даними Центру громадського здоров'я, в Україні за 2022 рік кількість уперше зареєстрованих захворювань на ТБ, включно з його рецидивами, становила 18 510, або 45,1 на 100 000 населення, що на 2,5% більше показника 2021 року (18 241, або 44,0 на 100 000 населення), який на 4,3% більший за показник 2020 року (17 593, або 42,2 на 100 000 населення). Захворюваність на активний туберкульоз у поєднанні з хворобою, зумовленою вірусом імунодефіциту людини, порівняно з 2021 роком зменшилася з 6,5 до 6,1 на 100 000 населення (2 490 випадків).

Пандемія COVID-19, що почалася з кінця 2019 р., військова агресія росії змушують адаптуватися до нової реальності, стаючи умовною точкою відліку на періоди до і після. Під впливом сучасних реалій ситуація з виявленням та лікуванням ТБ може й надалі погіршуватися, якщо не буде вжито відповідних заходів реагування. За даними моделювання (ВООЗ, 2020), передбачається, що пандемія COVID-19 призведе до скорочення виявлення ТБ на 25%, тоді як смертність від ТБ збільшиться на 26%. Це свідчить про необхідність активнішого підходу до раннього виявлення ТБ і пояснює необхідність проведення систематичного скринінгу в осіб, визначених груп ризику розвитку ТБ. Метою систематичного скринінгу на ТБ є раннє виявлення захворювання з мінімізацією ризиків щодо затримки діагностики та початку лікування, що зі свого боку зменшить ризики отримання незадовільних результатів лікування, наслідків для здоров'я, соціальних та економічних наслідків ТБ для окремих людей та їх сімей. Крім того, скринінг зменшує можливість передачі ТБ особам із вогнищ та близьких контактів, оскільки допомагає ізолювати людей з виявленим захворюванням та скоротити тривалість періоду контагіозності. Це зменшить кількість випадків захворюваності на ТБ, а отже, частоту виникнення та поширеність захворювання.

Медико-психосоціальний супровід хворих на ТБ є важливою складовою ведення пацієнтів з ТБ і вимагає пристальної уваги та подальшого вдосконалення для підвищення показників ефективності лікування. Протягом 2020-2022 р. на всій підконтрольній території

України впроваджувалися програмні заходи з медико-психосоціального супроводу пацієнтів з ТБ для формування та збереження їхньої прихильності до лікування, забезпечення потреби в контрольованому лікуванні та зменшення кількості переривання лікування. Усього за рік на супроводі у цивільному секторі перебували 6447 пацієнтів із чутливим до лікарських засобів ТБ та 8263 пацієнти з лікарсько-стійким туберкульозом (ЛС-ТБ), що становить 27% та 80% відповідно до загальної кількості хворих. Пандемія COVID-19 спровокувала соціальну стигму та дискримінаційну поведінку людей певного етнічного походження, а також усіх, хто, як вважається, контактував із вірусом. Внаслідок широкомасштабного вторгнення російських військ на територію України з'явилася нова соціально незахищена група людей, які потребують допомоги – внутрішньо переміщені особи (далі – ВПО), а також нова категорія, яка потребує додаткових послуг – учасники АТО (антитерористичної операції) та бойових дій. Враховуючи екстремальні умови лінії фронту, в яких їм доводиться тривалий час перебувати, вони наражаються на значну небезпеку захворювання ТБ. Згідно з Інформаційно-аналітичною довідкою із соціального захисту окремих категорій населення до єдиної інформаційної бази взятих на облік осіб, переміщених з тимчасово окупованої території та районів проведення бойових дій, уже внесено тисячі осіб. Якщо враховувати, що ВПО відчують труднощі з доступом до медичних та соціальних послуг на новому місці проживання і тим більше не охоплені профілактичною діяльністю з туберкульозу (відсутність реєстрації, складності у зв'язку із втратою документів тощо), а також часто перебувають у складному матеріальному становищі - можна зробити висновок, що необхідно якнайшвидше організувати кампанію із залучення уваги до ризику спалаху туберкульозу серед цієї соціальної групи та мобілізувати зацікавлені сторони для формування відповіді на нові виклики туберкульозу серед ВПО.

За оціночними даними ВООЗ, в Україні туберкульоз із лікарською стійкістю мають 16% хворих, яким вперше встановили діагноз ТБ (від 5% у західних регіонах до 20% у східних) та 44% хворих із рецидивом захворювання. Загальна кількість хворих із вперше зареєстрованим випадком ЛС-ТБ в Україні у 2015 році склала 8440 випадків, у 2016 р. – 7778, у 2017 р. – 6757, у 2018 р. – 6336, у 2019 р. – 5908. За даними ВООЗ в Україні у 2020 р. мало бути виявлено принаймні 6900 таких випадків, проте за поточними статистичними даними було зареєстровано лише 4083 випадки. У 2020 р., як і минулими роками, було недовиявлено близько 20-23% випадків ЛС-ТБ. За даними національних та міжнародних експертів, головні причини епідемічно напруженої ситуації в Україні, як і в Європі – низьке виявлення та невідповідне лікування ТБ з лікарською стійкістю [1-2]. Викликає тривогу зростання частки хворих на туберкульоз з широкою лікарською стійкістю збудника (ШЛУ-ТБ). Середня тривалість життя неефективно лікованих хворих становить 2,9 року [1].

Імовірність успішного лікування зменшується з появою нових стійких штамів МБТ із тотальною резистентністю (PDR) до антимікобактеріальних препаратів (АМБП) [1, 3-4]. Одна з причин цієї ситуації полягає у достроковому припиненні лікування або перервах у прийомі протитуберкульозних препаратів з вини пацієнта [4]. Численні дослідження, оприлюднені останніми роками, доводять значущість як медико-біологічних чинників ризику, як чинників глобального поширення ТБ, так і соціальних. В умовах війни, гуманітарної кризи, посилення міграційних процесів та викликів, з якими стикається система охорони здоров'я, швидко зростають ризики поширення ЛС-ТБ. Сучасні заходи щодо соціального дистанціювання в умовах локдауну через пандемію та перебування в будинку, військового стану роблять особливо складною реалізацію програм з надання якісної протитуберкульозної допомоги, зокрема:

- знижується рівень своєчасної діагностики через схожість респіраторних синдромів двох інфекцій;
- погіршується контроль за лікуванням хворого на ТБ;
- зростає кількість невчасно виявлених небажаних явищ та побічних реакцій у динаміці амбулаторного лікування пацієнтів, зокрема, у пацієнтів із ЛС-ТБ;
- спостерігається тенденція до збільшення кількості пацієнтів із неконтрольованим та перерваним протитуберкульозним лікуванням внаслідок несвоєчасного забезпечення препаратами [5].

Зважаючи на критичну важливість стратегічного бачення подальшого відновлення та розвитку протитуберкульозної допомоги населенню в умовах високого тягаря військових дій, ТБ та COVID-19 перспективним та актуальним напрямом досліджень є встановлення груп соціального ризику щодо формування стійкості до АМБП, розроблення алгоритму виявлення та обстеження цієї категорії осіб з метою індивідуалізації програми надання медичних та соціальних послуг, яка допоможе своєчасно та якісно діагностувати, а також розробити найбільш оптимальні режими ХТ для запобігання розвитку лікарської стійкості.

Мета дослідження. Провести аналіз соціальних, психологічних факторів, прихильності хворих на лікарсько-стійкий туберкульоз до лікування на етапах спостереження.

Матеріали та методи досліджень. З метою формування медико-соціального портрету хворого на лікарсько-стійкий туберкульоз та з'ясування епідеміологічної ролі різних соціально-гігієнічних, психологічних факторів було проаналізовано історії хвороби та проведено анкетування за інформованою згодою 176 пацієнтів з ЛС-ТБ, з яких вперше виявлених 95 осіб (ВДТБ) – I група, з рецидом ТБ (РТБ) - 81 особа- II група. Вивчалися основні фактори ризику розвитку ТБ – епідеміологічні (контакт із джерелом інфекції, найбільш ймовірне місце зараження та ін.), соціальні (стаття, вік, сімейний та матеріальний

стан, умови проживання, освіта, зайнятість, професійний маршрут – наявність шкідливих умов праці у минулому), медико-біологічні (своєчасність виявлення туберкульозу, локалізація та поширеність процесу, характеристика збудника, наявність супутніх захворювань, ВІЛ-інфекції, COVID-19 та шкідливих звичок), поінформованість пацієнтів про захворювання, відношення до хвороби, взаємини з соціумом. При вивченні результатів дослідження використовувалися математичні та статистичні методи, оцінка достовірності відмінностей визначалася методами варіаційної статистики, різницю між результатами вважали достовірними при $p < 0,05$.

Результати та обговорення. Перебіг ТВ з множинною лікарською стійкістю в обох групах хворих характеризувався ознаками різного ступеня вираженості ТВ інтоксикації: підвищенням температури тіла від субфебрильних до фебрильних цифр протягом останніх 1,5-2 місяців до виявлення, вираженою слабкістю, пітливістю вночі, порушеннями сну, швидкою стомлюваністю, зниженням апетиту, втратою ваги тощо. При рецидивах ЛС-ТВ явища бронхопультмонального синдрому: кашель з виділенням мокротиння, задишка, в окремих випадках біль у грудній клітці при кашлі був більш вираженим. За результатами досліджень встановлено, що в обох групах хворих на ЛС-ТВ чоловіки склали переважну більшість - 78,9% та 84,0% відповідно. Майже половина (48,0%) чоловіків I групи хворіли у продуктивно-працездатному віці – 31-45 років, а більша половина жінок (55,0%) цієї групи хворіла у молодшому віці – від 18 до 30 років. Серед хворих II групи половина (50,0%) чоловіків хворіли частіше у зрілому передпенсійному віці 46 – 60 років. Третина жінок II групи хворіли з однаковою частотою (30,8%), як і молодому – до 30 років, і у зрілому віці (31-45 років). Середній вік хворих I групи – $35,0 \pm 2,9$ року, II групи – $38,9 \pm 3,2$ роки. Однією з причин вищої захворюваності чоловіків є те, що серед чоловічої частини населення швидшими темпами формується група соціально-дезадаптованого населення працездатного віку, ризик захворюваності на ТБ якого досить високий. На момент виявлення були одружені 54,5 % хворих, 45,5 % були самотні. Переважна більшість хворих проживала у містах – 54,0%, у сільській місцевості – 46,0%. Аналіз умов проживання вперше виявлених хворих показав, що більшість проживали в окремому будинку – 52,7% та в окремій квартирі – 44,1%, у гуртожитку проживало 2,5% осіб. Без постійного проживання було 0,7% хворих. На задовільний санітарно-гігієнічний стан житла вказує 78,3% хворих та незадовільний – 21,7% хворих. Проживало разом із родичем, хворим на туберкульоз 18,2% хворих.

Більшість тих, хто лікувався у стаціонарі, мали середню освіту – 46,4 %, середню спеціальну – 42,8 %, вищу освіту мали 10,8 % осіб. Серед хворих із новими випадками ЛС-ТВ на момент захворювання постійне місце роботи мали 28,2 % хворих; втративши основну роботу або отримавши інвалідність (21,9%), займалися некваліфікованою тимчасовою

працею і мали нестабільний низький дохід 48,2%. Пенсіонерів було 9,7%, студентів та учнів – 5,2%. На задовільні матеріально-побутові умови вказує 31,3% хворих, незадовільні – 68,7%. Серед хворих із повторними випадками та рецидивом ЛС-ТВ постійне місце роботи мали 20,5%, безробітні становили 51,8%; з них 30,8% – це особи, які перебували тривалий час за кордоном на заробітках, мігранти, учасники АТО. Із загальної кількості хворих 4,1% зловживали алкоголем, 26,6% хворих курили понад 10 сигарет на день, курили та зловживали алкоголем 24,8%, наркотиками 2,2%. Серед осіб, які мають шкідливі звички, переважали чоловіки – 88,8%, серед жінок – 27,1%. Серед хворих на рецидив шкідливі звички мали 56,7% хворих: найчастіше алкоголізм – 56,5%, куріння – 54,3%, вживання ін'єкційних наркотиків – 13,0%. Не зважаючи на захворювання, не відмовилися від шкідливих звичок 50% чоловіків та 14,3% жінок. Небажання хворих відмовитися від згубних звичок до певної міри свідчить про порушення приписів лікаря, небажання змінювати свій спосіб життя, допомагаючи процесу одужання.

На контакт із джерелом інфекції вказують 24,2% осіб. На сімейний контакт за місцем проживання вказує 18,2% хворих I групи, за місцем роботи – 2,77%, у місцях тимчасового перебування – 3,07%, у навчальному закладі – 0,2% хворих із загальної кількості госпіталізованих. Не можуть зазначити ймовірне місце зараження 75,8% хворих. Серед хворих II групи на побутовий контакт із бактеріовиділювачами вказують 40,7% осіб, у місцях позбавлення волі – 11,1%. Серед жінок, що захворіли на ТБ, достовірно частіше зустрічався контакт із хворими на ТБ родичами – 22,9%, тоді як чоловіки вказували на цей факт лише в 16,7% випадків. За місцем роботи захворюваність на ТБ чоловіків була дещо нижчою, ніж серед жінок: 2,4% і 3,9% відповідно. На ймовірне місце зараження в інших місцях тимчасового перебування вказує 3,7% чоловіків, 1,0% жінок.

Було проведено порівняння хворих із задовільними (68,7%) та незадовільними (31,3%) матеріально-побутовими умовами. Найчастіше матеріально забезпечені хворі були виявлені при самозверненні до лікарів – у 83,5% випадків. Супутні захворювання серед осіб із задовільними матеріально-побутовими умовами були у 43,6% хворих, серед малозабезпечених зустрічалися найчастіше – у 49,8% випадків. ВІЛ/СНІД серед опитаних хворих зустрічався практично з однаковою частотою – у 4,0% серед хворих I групи, у 4,7% – серед II групи. На контакт із хворим ТБ вказує приблизно однакову кількість осіб, незалежно від матеріально-побутових умов: із задовільними – 24,4%, а із незадовільними – 24,0%. За місцем роботи контакт був удвічі частіше серед хворих матеріально забезпечених – 3,4%, ніж із незадовільними матеріально-побутовими умовами – 1,4%. Серед малозабезпечених особи, які перебували в місцях тимчасового перебування, становили 4,7%, тоді як серед забезпечених цей показник був удвічі нижчим і становив 2,3%. За частотою наявності

шкідливих звичок різниця між підгрупами була суттєвою: серед незаможних шкідливі звички зустрічалися у 65,4% випадків, серед хворих із задовільними матеріально-побутовими умовами у 54,3% випадків. Частка осіб, які курили (30,7%), зловживали алкоголем і курили (26,6%), вживали наркотичні речовини (2,4%) також була більшою серед малозабезпечених. Серед хворих на І групи відповідно – 24,8%, 24,0%, 2,0%. Серед малозабезпечених хворих працює лише 20,3% осіб. Хворі із незадовільними матеріально-побутовими умовами частіше мали інвалідність та не працювали (5,7%), ніж хворі із задовільними матеріально-побутовими умовами (3,7%). Вищу та середню спеціальну освіту серед матеріально забезпечених осіб мали 12,3% та 43,6% хворих відповідно, серед малозабезпечених цей показник був дещо нижчим – 7,7% та 40,9%, решта мали середню освіту.

При профобстеженні виявлено 13,9% осіб, під час самозвернення з приводу ТБ легень та інших захворювань - 84,2%. За епідпоказами виявлено 1,9% хворих. Більшість осіб (55,9%) виявлених під час профобстеження вказують на наявність симптомів ТБ до 1-3 тижнів. На відсутність клінічної картини вказують 97% хворих. Більшість хворих, які звернулися до лікаря, мали клінічні симптоми протягом 2 місяців – 41,8%, від 2 до 6 місяців – 22,3%, понад 6 місяців -1,2%, не мали клінічних проявів 1,8%. У таблиці 1 наведено тривалість наявності клінічних симптомів незалежно від форми виявлення ТБ. Більшість хворих на рецидив процесу виявлено при зверненні зі скаргами на респіраторний характер (68,5%) на відміну від вперше виявлених. При рецидиві захворювання спостерігається переважання у структурі клінічних форм частки фіброзно-кавернозного ТБ (8,7% проти 1,5%), хронічної супутньої патології (85,3% проти 62,8%) та стійкої втрати працездатності (39,0% проти 7,9%), як і частки осіб пенсійного віку (45,2% проти 21,6%) ($p < 0,05$).

Таблиця 1.

Клінічні прояви туберкульозу до моменту виявлення

Вважали себе хворими				Не мали клінічних проявів захворювання
1-3 тижні	До 2 місяців	Понад 2 місяці	Понад рік	
37,7±1,2 %	39,1±1,2 %	20,2±1,0%	1,2 ±0,3%	1,8±0,3 %

Супутні захворювання серед хворих II групи виявлено у 59,2% осіб: хронічні неспецифічні захворювання легень – у 68,6%, цукровий діабет – у 27,8%, гепатити – у 27,0%, ВІЛ-інфекція – у 22,9% %.

Результати дослідження професійного складу хворих показали, що більшість пацієнтів – це робітники: серед яких 55,6% чоловіків та 42,9% жінок. Серед службовців 8,3% чоловіків та 14,3% жінок; зайнятих у сільському господарстві – 2,7% чоловіків та 7,1% жінок, учнів – 2,7%, 14,3% відповідно, жінок – домогосподарок, пенсіонерів – 5,6% чоловіків та 7,1%

жінок. Групу ризику становлять безробітні пацієнти у віці: серед II групи 75,5%, серед I групи 52,0% ($p < 0,05$). Так, за оцінкою лікарів, саме безробітні хворі частіше порушують лікарняний режим та мають перерви у прийомі ліків. Відсутність потреби у листі непрацездатності, а також важких клінічних проявів хвороби (особливо на початкових етапах, усуненні ендогенної інтоксикації), суб'єктивно створює сприйняття себе як здорового і, як наслідок, призводить до зривів у лікуванні. Наявність підтримки з боку сім'ї та близьких є сприятливим фактором у лікуванні. Більшість пацієнтів з новими випадками (54,5%) на час виявлення захворювання перебували у шлюбі, робить їх психологічно більш захищеними та при цьому більш відповідальними до лікування. Серед хворих II групи частка одиноких осіб збільшується до 67,7%. Інформацією про своє захворювання із родичем поділилися 50% чоловіків та 71,4% жінок. Для 38,8% чоловіків та 28,6% жінок єдиним джерелом моральної та матеріальної підтримки є сім'я. Це багато в чому зумовлено тим, що хворі на туберкульоз легень змушені перебудувати свої відносини з оточуючими. На зміну матеріального становища при захворюванні вказує 63,9% чоловіків і 78,6% жінок, які вважають, що їхнє матеріальне становище погіршилося; 33,3% чоловіків і 21,5% жінок - що воно суттєво не змінилося і у 2,8% чоловіків – покращало. На думку хворих працездатного віку, їх непокоїть невизначеність їхньої подальшої професійної кар'єри, оскільки наявність ЛС-ТВ у діагнозі може стати причиною втрати працездатності чи неможливості роботи за своєю спеціальністю. Ті, хто працював у приватних підприємств, взагалі виявилися безробітними. Занепокоєння за свою подальшу долю, наявність матеріальних проблем, що негативно позначається на їхньому емоційному стані, змушує їх приховувати хворобу від товаришів за місцем праці, проживання, знайомих. Характерною особливістю надання медичної допомоги при ЛС-ТВ є необхідність тривалого лікування, що робить особливо актуальною проблему прихильності пацієнтів до лікарських рекомендацій, включаючи дотримання тривалості медикаментозного режиму. Одними з основних причин низької ефективності лікування вперше виявлених хворих на ТБ є передчасне припинення лікування або перерви в прийомі АМБП з вини самого пацієнта.

Серед хворих з новими випадками захворювання 94,4% чоловіків та 92,9% жінок вірять у позитивний результат лікування. Важко однозначно відповісти на це питання 5,6% чоловіків і 7,1% жінок. При цьому 5,5% чоловіків та 7,5% жінок не хочуть продовжувати лікування. Перерви у лікуванні відмічені у 8,3% чоловіків та 28,6% жінок; 7,1% жінок ухиляються відповідати на це питання. Серед хворих II групи, які добровільно припинили лікування – 48,9% осіб із соціальною дезадаптацією, у 35,8% відзначалося негативне ставлення до терапії. Частота ухилення від лікування у хворих з інвалідністю по ТБ у 3,1 рази вища, ніж у працюючих. Неповноцінний основний курс ХТ, перерви у лікуванні

відмічені у 68,3% хворих II групи. Серед анкетованих 22,2% чоловіків та 28,6% жінок вважають, що півроку потрібно, щоб вилікуватися від захворювання на туберкульоз, 19,4% чоловіків та 28,6% жінок – один рік, 11,1% чоловіків та 14,2% жінок вказують на три – чотири місяці, що свідчить про їх адекватну оцінку свого стану, характер хвороби та лікування. На недостатню поінформованість вказує – 47,2% чоловіків та 28,6% жінок. Впевнені, що результат лікування залежить лише від них 50% чоловіків та 40,9% жінок; вважають, що лікарі та медперсонал повинні допомогти вилікуватися 44,4% чоловіків та 50% жінок; 5,6% чоловіків сподіваються на допомогу родичів та друзів, а 7,1% жінок ухиляються від відповіді. Лікуватися у стаціонарі хочуть 30,6% чоловіків та 36,8% жінок; амбулаторно – 58,2% чоловіків та 57,1% жінок; щоб «таблетки привозили додому» вважає 5,6% чоловіків та 7,1% жінок, для 5,6% чоловіків – «не має значення, де лікуватися». Загальний фон настрою у більшості пацієнтів оптимістичний – у 83,3% чоловіків та у 64,3% жінок, що є важливою умовою під час лікування. Відзначають у себе перепади настрою 15,5% чоловіків та 36,5% жінок.

Дослідження особливостей формування інформаційного середовища хворих на туберкульоз показало, що більшість опитаних прагнуть розширити свої знання про хворобу, серед них 83,4% чоловіків та 92,0% жінок. На думку самих пацієнтів, вони схильні більше довіряти думці кваліфікованих фахівців, доповнюючи інформацію через інтернет. Більшість опитаних – 83,4% – вважають, що ініціатива має виходити від медичного персоналу. Більшість чоловіків (68,7%) та жінок (79,6%) поінформовані про свій діагноз, а 31,3% чоловіків та 20,4% жінок не знають свого діагнозу. Про наявність мікобактерій у мокротинні схвально відповіли 58,4% чоловіків та 85,8% жінок; 33,3% чоловіків та 14,3% жінок не знають; 8,3% чоловіків ухиляються від відповіді. Серед проблем, що лежать в основі зниження прихильності хворих до лікування, виділяють не лише труднощі доступу до медичної допомоги в сучасних умовах, а й невисокий рівень міжособистісної взаємодії з медичним персоналом під час її отримання. Анкетування показало, що комплаєнтність вища у жінок – 75%, у чоловіків – 40%. У самотніх пацієнтів відзначено низьку комплаєнтність, всього 20%. Висока комплаєнтність встановлена у пацієнтів, які перебувають у шлюбі – 80%. Серед працюючих пацієнтів прихильність до лікування встановлена у 70%, серед безробітних у 44%. У хворих із побічними реакціями на препарати – 45%. Високий ступінь комплаєнтності відзначено серед хворих I групи – 85%, серед II – 47%.

Зміцнення моделі комплексного надання інтегрованих послуг хворим на ЛС-ТВ, включаючи первинну медичну допомогу, профілактику, ефективне та якісне лікування нових та повторних випадків ТБ, із застосуванням сучасних інноваційних, інформаційних та комунікаційних технологій; забезпечення соціальної підтримки хворих на ТБ, орієнтованої

на потреби пацієнта та членів їх сімей, з метою забезпечення прихильності до лікування та завершення повного курсу із залученням громадянського суспільства; забезпечення безперервності надання послуг внутрішньо переміщеним, мігрантам, учасникам бойових дій, особам без громадянства та місця проживання дозволить досягти цілей третього тисячоліття.

Проведене анкетування виявило потреби у запровадженні у найкоротші терміни комплексу заходів, які б сприяли забезпеченню безперервного доступу до протитуберкульозного лікування, продовженню супроводу вразливих груп пацієнтів для мінімізації ризиків переривання лікування, а також зниження ризику розповсюдження COVID-19.

Висновки та перспективи.

1. Аналіз даних соціально-психологічних детермінант та соціально-демографічних характеристик, поінформованості про туберкульоз та комплайєнс у хворих на лікарсько стійкий туберкульоз, отриманих на основі аналізу історій хвороб та проведеного анонімного анкетування за розробленою анкетой дозволив встановити що:

- соціальні чинники мають високу питому вагу – 87%. Найбільш поширеним обтяжуючим фактором серед соціальних є відсутність постійної роботи – 60%, погані житлово-побутові умови – 25%, низька матеріальна забезпеченість – 68,7%, відсутність сім'ї та самотність, яка реєструвалася у 45,5% опитаних, шкідливі звички – 67 7%. Поєднання трьох та більше факторів відзначено у 58% хворих;

- серед хворих на рецидив ЛС-ТБ, які перервали лікування - 48,9% осіб із соціальною дезадаптацією, 35,8% з негативним ставленням до терапії, байдужістю до власного здоров'я.

2. Комплаєнтність вища у жінок – 75%, у чоловіків – 40%, у одиноких лише 20%. Висока у пацієнтів, які одружені – 80%, серед працюючих у 70%. У хворих з побічними реакціями на препарати комплаєнтність становила 45%.

3. Прагнуть розширити свої знання про хворобу: 83,4% чоловіків та 92,9% жінок. Необхідно розробити оптимальну методику інформаційно-освітнього впливу на хворих з ЛС-ТБ легень, що враховує особливості пацієнтів з різним ступенем прихильності до лікування.

Проведене анкетування виявило, що незважаючи на досягнутий прогрес у лікуванні та діагностиці ТБ, все ще залишаються верстви населення з високою концентрацією ТБ: люди, які вийшли з місць позбавлення волі, особи, які вживають наркотики ін'єкційним шляхом, люди без певного місця проживання. Щоб посилити заходи з виявлення та лікування ТБ саме у цих групах, необхідні додаткові зусилля як на центральному, так і на регіональному рівнях з покращення надання психосоціальної підтримки даним верствам населення.

Зазначені цілі змушують до впровадження в Україні кращих міжнародних підходів та практик щодо організації своєчасного виявлення та медичного супроводу осіб, хворих на ТБ.

Проведення активного систематичного скринінгу на ТБ серед певних груп ризику є одним із важливих заходів щодо покращення показників раннього виявлення захворювання.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Туберкулез. Основные факты. ВООЗ, 2020. <https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/tuberculosis>
2. Туберкульоз в Україні : Аналітично-статистичний довідник / МОЗ України, ДУ «Центр громадського здоров'я Міністерства охорони здоров'я України», Державний заклад «Центр медичної статистики МОЗ України»; уклад. О.Мацьков, К. Матюшкіна, Л. Прилепіна [та ін.]. Київ, 2020. -197 с.
3. World Health Organization. Global Tuberculosis Control report. WHO report Geneva. Switzerland. 2017; 273 p.
4. Ю. І. Фещенко, Л. Д. Тодоріко, М. М. Кужко, М. І. Гуменюк. Патоморфоз туберкульозу - реалії сьогодення, хіміорезистентність як ознака прогресування. *Укр. пульмон. журнал*. 2018. - № 2.- С. 6-10.
5. Tadolini M., Codecasa L.R., García-García Jé-Mía et al. Active tuberculosis, sequelae and COVID-19 co-infection: first cohort of 49 cases. *Eur. Respir. J.* 2020; N 56 (1): 2001398. doi: 10.1183/13993003.01398-2020.

REFERENCES

1. Tuberculosis. Basic facts. WHO, 2020. <https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/tuberculosis>
2. Tuberculosis in Ukraine: Analytical and statistical report. Ministry of Health of Ukraine, Department of Public Health Center of the Ministry of Health of Ukraine, Sovereign pledge "Center for Medical Statistics of the Ministry of Health of Ukraine". O. Matskov, K. Matyushkina, L. Prilepina [same]. Kiev: 2020: 197.
3. World Health Organization. Global tuberculosis control report. WHO Report Geneva. Switzerland. 2017; 273.
4. Yu. I. Feshcheno, L. D. Todoriko, M. M. Kuzhko, M. I. Gumenyuk. Tuberculosis pathomorphosis is the reality of today, chemical resistance as a sign of progress. *Ukr. pulmon. magazine*. 2018. 2: 6-10.
5. Tadolini M., Codecasa L.R., García-García Jé-Mía et al. Active tuberculosis, sequelae and COVID-19 co-infection: first cohort of 49 cases. *Eur. Respir. J.* 2020; 56 (1): 2001398. doi: 10.1183/13993003.01398-2020.

ACCURACY TO TREATMENT AND MEDICAL-SOCIAL SUPPLY OF PATIENTS WITH MULTIPRESISTIC TUBERCULOSIS AT STATIONARY STAGE

Mazhak K.D., Tkach O.A., Hreczucha N.R., Shtybel A.D., Shczensnyj A.J.

Abstract. In 176 patients with drug-resistant tuberculosis (95 patients with new cases (group I) and 81 patients with relapse (group II) for the first time, conducted analysis of socio-psychological determinants and socio-demographic characteristics, awareness of tuberculosis and compliance was carried out. The data were obtained on the basis of processing of disease histories and conducted anonymous questioning according to the developed questionnaire. The most common aggravating factors among different social groups that reduce adherence to treatment were established.

Key words: *drug-resistant tuberculosis, new and recurrent cases, medical and biological factors, social status*

Мажак Квітослава Деонізівна <https://orcid.org/0000-0001-7776-8892>, +380679311954, kwitoslaw@ukr.net

Ткач О.А. <https://orcid.org/0000-0002-2856-7338>

Гречуха Н.Р.

Штибель Г. Д.

Щенський А.Й.

Надійшла до редакції / Receiv: 27.11.2022