

Кульчицкая Е.Н.

ВЛИЯНИЕ СОЦИАЛЬНО-ЭКОНОМИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ И ОБРАЗА ЖИЗНИ НА ФОРМИРОВАНИЕ СИНДРОМА РАЗДРАЖЕННОГО КИШЕЧНИКА

Резюме. В статье представлены результаты изучения влияния социальных факторов и образа жизни на развитие синдрома раздраженного кишечника (СРК). Обследовано 100 больных с СРК и 110 практически здоровых лиц группы контроля, сопоставимых по полу и возрасту. По данным корреляционного анализа выявлено связь между заболеваемостью СРК и рядом социальных факторов. Выявлена тесная связь между семейным и социальным статусом, удовлетворенностью микросоциальными отношениями и развитием СРК. Наличие СРК положительно коррелирует со плохими взаимоотношениями в коллективе, с близкими и друзьями, неудовлетворительными жилищными условиями и материальным состоянием, присутствием стресса в рабочее время. С возникновением СРК также положительно коррелируют: прием пищи в учреждениях общественного питания, нерегулярное питание, наличие пищевых отравлений и неудовлетворенность питанием.

Ключевые слова: синдром раздраженного кишечника, социально-экономические факторы, образ жизни.

Kulchytska E.N.

INFLUENCE OF SOCIO-ECONOMIC FACTORS AND LIFESTYLE ON A DEVELOPMENT OF IRRITABLE BOWEL SYNDROME

Summary. The publication presents the results of the research of social factors and lifestyle influence on a development of irritable bowel syndrome (IBS). The study involved 100 patients with IBS and 110 age and sex matching healthy subjects. The data of the correlation analysis the relationship is revealed between IBS and a number of social factors. The strong connection is revealed between the marital and social status, the satisfaction with the microsocial relations and IBS development is also identified. IBS positively correlates with the bad social interaction and bad interaction with the relatives and friends, poor household and financial difficulties, work-related stress. Furthermore IBS incidence positively correlates with eating out in public, irregular nutrition, food poisoning and unsatisfying diet.

Key words: irritable bowel syndrome, socio-economic factors, lifestyle.

Стаття надійшла до редакції 01. 10. 2012 р.

© Лебідь Л.В., Кіреєв І.В., Ляшенко О.О.

УДК: 616.24-002.54-036.8

*Лебідь Л.В., *Кіреєв І.В., Ляшенко О.О.*

Харківська медична академія післядипломної освіти, *Національний фармацевтичний університет (вул. Корчагинців, 58, м. Харків, Україна, 61176)

ЭФЕКТИВНІСТЬ СТАЦІОНАРНОГО ЕТАПУ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ТУБЕРКУЛЬОЗ ЛЕГЕНЬ

Резюме. Вивчено ефективність стаціонарного етапу лікування 411 хворих на туберкульоз в залежності від клінічної форми туберкульозу, наявності деструкції легеневої тканини, бактеріовиділення і стійкості до протитуберкульозних препаратів.

Ключові слова: туберкульоз легень, ефективність лікування, деструкція легеневої тканини, бактеріовиділення.

Вступ

Висока ефективність лікування хворих на туберкульоз є одним з найважливіших чинників зменшення резервуару інфекції і поліпшення епідемічного стану. Пріоритет стаціонарного лікування туберкульозу, що існував у країні досить тривалий час, був обумовлений в першу чергу соціально-економічними умовами і рівнем розвитку фтизіатрії. У стаціонарі створені найбільш сприятливі умови для обстеження хворих та підтвердження діагнозу, уточнення активності туберкульозного процесу, а також для визначення плану лікування та його здійснення. Велике значення надається необхідності ізоляції хворого на туберкульоз легень від здорових людей з метою зменшення епідеміологічної небезпеки. Тривалий час вважалось необхідним продовжувати лікування хворого в стаціонарі до моменту припинення бактеріовиділення і закриття порожнин розпаду [Азаматова та ін., 2007]. В умовах епідемії туберкульозу в Україні, що триває з 1995 р., підходить до вибору організаційної форми лікування туберкульозу

легенів і його тривалості значно змінилися.

Метою роботи була оцінка ефективності стаціонарного етапу лікування дорослих хворих на туберкульоз легень в умовах напруженої епідемічної ситуації.

Матеріали та методи

Матеріалом дослідження були пацієнти й історії хвороби пацієнтів, хворих на туберкульоз, які проходили лікування в 2007-2009 р.р. в міському клінічному протитуберкульозному диспансері № 1 м. Харкова. В групу обстежених увійшли 413 хворих: 266 чоловіків і 147 жінок. Основну частину хворих склали пацієнти молодого працездатного віку: 206 осіб - до 40 років, 114 - від 40 до 50 років, 93 - старше 50 років, з них 9 - старше 70. Розподіл хворих за клінічними формами туберкульозу представлено в таблиці 1.

Усім хворим було проведено комплексне клініко-рентгенологічне та лабораторне обстеження.

Статистична обробка результатів дослідження про-

водилася за допомогою SPSS 20. Описова статистика представлена у вигляді середнього (M) і помилки середнього (m). Аналіз таблиць спряженості проводили за допомогою Пірсона χ^2 -квадрат. Нульова гіпотеза (H0) відхилялася при рівні статистичної значущості (p)=0,05.

Результати. Обговорення

Захворюваність на туберкульоз в Україні в останні роки дещо стабілізувалася [Фещенко та ін., 2010], однак, в структурі захворюваності значну питому вагу складають хворі важким гостро прогресуючим туберкульозом легень (ОПТЛ). Так, з 389 хворих на туберкульоз легень мікобактерії туберкульозу (МБТ) методом мікроскопії мазка виявлені у 228 хворих, культуральним методом - у 250 (64,27%) хворих, деструкція легеневої тканини встановлена у 232 хворих. З 250 бактеріовиділювачів чутливість МБТ до протитуберкульозних препаратів (ПТП) збережена тільки у 120 (48%) хворих. У 13 (5,2%) хворих встановлена стійкість МБТ до одного ПТП I ряду (монорезистентність), у 96 (38,4%) хворих виявлено стійкість МБТ до впливу двох найбільш активних протитуберкульозних препаратів - ізоніазиду та рифампіцину (мультирезистентність), у 21 (8,4%) хворого - стійкість до більш, ніж одного ПТП I ряду, за винятком стійкості до ізоніазиду і рифампіцину одночасно (полірезистентність) [Наказ МОЗ України № 600, 2008].

Ми проаналізували ефективність стаціонарного етапу лікування у даних хворих залежно від клінічної форми туберкульозу (табл. 2). Поліпшення визначалося за клінічними (скарги і стан хворого, ступінь інтоксикаційного синдрому), рентгенологічними (закриття або зменшення розміру деструкції легеневої тканини, розсмоктування або зменшення вогнищевих, інфільтративних або фіброзних змін), а також за лабораторними даними (припинення бактеріовиділення, нормалізація або поліпшення показників клінічного аналізу крові) . Стан хворого "без динаміки" чи "погіршення" оцінювалося за цими ж параметрами. Довилікуваних ("одужання") відносили хворих, виписаних із стаціонару з закриттям листка тимчасової непрацездатності "до роботи".

Досягнута ефективність лікування хворих вогнищевим (85,2%), інфільтративним (72,0%) туберкульозом, а також туберкульозним плевритом (72,7%) була значимо вище у порівнянні з іншими формами туберкульозу легень (p<0,05); найнижча ефективність спостерігалася у хворих на фіброзно-кавернозний туберкульоз легень (табл. 2).

Згідно Концепції Загальнодержавної цільової програми протидії захворюваності на туберкульоз на 2012-2016 р.р., необхідно забезпечити повне одужання 70% хворих, яким вперше встановлено діагноз туберкульозу [Розпорядження кабінету міністрів України № 1341-р, 2011]. Ми проаналізували ефективність стаціонарного етапу лікування в залежності від типу туберкульозного процесу за такими групами хворих: вперше діаг-

Таблиця 1. Розподіл хворих за клінічними формами туберкульозу.

Клінічні форми	Кількість хворих (група 1)
- усього	413
- вогнищевий туберкульоз	27
- дисемінований туберкульоз	12
- інфільтративний туберкульоз	286
- казеозна пневмонія	12
- міліарний туберкульоз	2
- туберкульозний плеврит	11
- фіброзно-кавернозний туберкульоз	45
- цирротичний туберкульоз	7
- інші клінічні форми туберкульозу	9
Діагностичні (не туберкульоз)	2

Таблиця 2. Ефективність лікування хворих в залежності від клінічної форми туберкульозу.

Клінічні форми	Кількість хворих				
	усього	покра-щення	без динаміки	погір-щення	смерть
вогнищевий туберкульоз	27 100%	23 85,2%	4 14,8%	0	0
дисемінований туберкульоз	12 100%	6 50%	5 41,7%	0	1 8,3%
інфільтративний туберкульоз	286 100%	206 72,0%	51 17,8%	8 2,7%	21 7,5%
казеозна пневмонія	12 100%	5 41,7%	4 33,3%	0	3 25%
міліарний туберкульоз	2 100%	1 50%	0	0	1 50%
туберкульозний плеврит	11 100%	8 72,7%	3 27,3%	0	0
фіброзно-кавернозний туберкульоз	45 100%	9 20%	20 44,4%	0	16 35,6%
цирротичний туберкульоз	7 100%	4 57,1%	3 42,9%	0	0
інші клінічні форми туберкульозу	9 100%	4 44,4%	3 33,3%	0	2 22,3%
Усього	411 100%	266 64,72%	93 22,63%	8 1,95%	44 10,70%

новостаний туберкульоз (ВДТБ), рецидив туберкульозу (РТБ), хронічний туберкульоз (ХТБ) і залишкові зміни туберкульозу (ЗЗТБ) [Наказ МОЗ України № 385, 2006].

Дані, наведені в таблиці, свідчать про те, що ефективність лікування у вигляді поліпшення хворих з ВДТБ була значуще вище (69,3%) у порівнянні з РТБ, ХТБ та ЗЗТБ - 45,6%, 30,0% і 44,4 % відповідно (p<0,05).

Для досягнення необхідних 70% одужання хворих ВДТБ необхідно, щоб отримане на стаціонарному етапі клініко-рентгенологічне та лабораторне покращення стану хворого було закріплено на амбулаторному і санаторному етапах лікування. Крім того, резервом для підвищення ефективності лікування хворих на тубер-

Таблиця 3. Ефективність лікування в залежності від типу туберкульозного процесу.

Тип туберкульозного процесу	Кількість хворих					
	всього	одужання	покращення	без динаміки	погіршення	смерть
ВДТБ	274 100%	19 6,9%	190 69,3%	45 16,4%	4 1,5%	16 5,8%
РТБ	68 100%	4 5,9%	31 45,6%	21 30,9%	3 4,4%	9 13,2%
ХТБ	60 100%	0	18 30,0%	24 40%	1 1,7%	17 28,3%
ЗЗТБ	9 100%	0	4 44,4%	3 33,3%	0	2 22,3%
Всього	411 100%	23 5,61%	243 59,02%	93 22,93%	8 1,95%	44 10,73%

Таблиця 4. Ефективність лікування хворих на туберкульоз у залежності від чутливості МБТ до ПТП.

Чутливість МБТ	Кількість хворих				
	всього	покращення	без динаміки	погіршення	смерть
Збережена до всіх ПТП	117 100%	77 65,9%	30 25,6%	0	10 8,5%
Монорезистентність	13 100%	7 53,8%	3 23,1%	1 7,7%	2 15,4%
Полірезистентність	21 100%	9 42,9%	10 47,6%	0	2 9,5%
Мультирезистентність	96 100%	33 34,4%	34 35,4%	6 6,2%	23 24%
Всього	247 100%	126 64,5%	77 31,2%	7 2,8%	37 15%

кульоз є хворі, що виписуються зі стаціонару без досягнення позитивної динаміки. З 45 таких хворих 22 пацієнта були виписані за самовільне залишення лікувального закладу, 19 - переведені в інші стаціонари і тільки 4 - на амбулаторне лікування.

З 250 бактеріовиділювачів у 247 був проведений тест на медикаментозну чутливість (ТМЧ) до ПТП. Результати аналізу ефективності лікування у даної групи хворих наведені в таблиці 4.

Серед хворих, виписаних із стаціонару, значуще краща ефективність лікування відзначалася у пацієнтів із збереженою чутливістю до всіх ПТП та у пацієнтів з монорезистентністю - в 77 (65,9%) і 7 (53,8%) випадках у порівнянні з хворими, що виділяють полі- та мультирезистентні МБТ - в 9 (42,9%) і 33 (34,4%) випадках відповідно ($p < 0,05$). Навпаки, в групі хворих, що виділяють мультирезистентні штами МБТ, значуще частіше в порівнянні з іншими групами спостерігалася погіршення динаміки і більш висока летальність - у 6 (6,2%) і 23 (24%) відповідно ($p < 0,05$) (табл. 4).

Список літератури

- Наказ МОЗ України № 385 від 09.06.2006 р. Інструкція про клінічну класифікацію туберкульозу та її зас-
 тосування. - К., 2006. - С. 108.
 Наказ МОЗ України від 22.10.2008 № 600 "Стандарт надання медичної
 допомоги хворим на хіміорезистентний туберкульоз". - К., 2008. - С. 108.

За період лікування з 232 хворих, що надійшли в стаціонар з наявністю деструкції легеневої тканини, закриття деструкції було досягнуто тільки у 135 (58,2%) хворих, що надійшли в стаціонар з деструкцією легеневої тканини.

Бактеріовиділення до кінця стаціонарного етапу лікування тривало у 78 хворих (31,2% всіх бактеріовиділювачів).

Таким чином, можна відзначити, що в умовах напруженої епідемічної ситуації і низького рівня життя значної частини населення в останнє десятиліття в Україні зберігаються певні проблеми в області хіміотерапії туберкульозу, що обумовлено виявленням поширених деструктивних форм туберкульозу, почастішанням лікарської стійкості мікобактерій туберкульозу до протитуберкульозних препаратів, великою питомою вагою мультирезистентних МБТ. Серед хворих, що підлягають госпіталізації в протитуберкульозний диспансер, були практично відсутні діагностичні хворі, велику питому вагу становлять хворі з наявністю деструкції легеневої тканини і бактеріовиділенням. До закінчення стаціонарного етапу лікування припинення бактеріовиділення досягнуто у 68,8% бактеріовиділювачів, закриття деструкції - у 58,2% хворих, що надійшли в стаціонар з деструкцією легеневої тканини.

Висновки та перспективи подальших розробок

1. Лікування хворих на туберкульоз в умовах спеціалізованого стаціонару дозволяє досягти припинення бактеріовиділення у більшій частині хворих (68,8% всіх бактеріовиділювачів), закриття деструкції вдається досягти у 58,2% хворих з наявністю деструкції легеневої тканини.

2. Найбільш низька ефективність лікування і найбільш висока летальність відзначені у хворих з мультирезистентними МБТ.

3. Для підвищення ефективності лікування особливу увагу необхідно приділяти хворим, що виписуються зі стаціонару без досягнення позитивної динаміки, причиною виписки яких є самовільне залишення медичного закладу або переведення в інший стаціонар.

4. Вибір організаційної форми лікування хворих на туберкульоз повинен бути виключно індивідуальним. Велике значення мають характеристика туберкульозного процесу, епідемічна небезпека хворого, а також його соціальне становище, матеріальна забезпеченість і відношення до лікування.

У подальшому планується визначити предиктори ефективності лікування хворих на туберкульоз в умовах напруженої епідемічної ситуації, в тому числі генетичні та фармакокінетичні.

Розпорядження кабінету міністрів України від 30.11.11 р. № 1341-р Про схвалення Концепції Загальнодержавної цільової соціальної програми протидії захворюванню на туберкульоз на 2012-2016 роки. - К., 2011. - С. 8. Фещенко Ю.І. Епідемія туберкульозу в

Україні відступає: історичні етапи її подолання та перспективи на майбутнє: [статистика захворюваності за 1990-2009 р.р. в областях України] /Ю.І.Фещенко, С.О.Черненко, О.П.Сакальська //Здоров'я України: Пульмонологія. Алергологія. Риноларин-

гологія. - 2010. - №1. - С. 16-18.

Ефективність стаціонарного етапу комплексного лікування взрослых больных туберкульозом легких /М.М.Азаматова, Х.К.Аминов, К.И.Гольянова [и др.] // Проблемы туберкулеза и болезней легких. - 2007. - №6. - С. 4-9.

Лебедь Л.В., Киреев И.В., Ляшенко А.А.

ЕФЕКТИВНОСТЬ СТАЦІОНАРНОГО ЕТАПУ ЛЕЧЕННЯ БОЛЬНИХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ

Резюме. *Изучена эффективность стационарного этапа лечения 411 больных туберкулезом в зависимости от клинической формы туберкулеза, наличия деструкции легочной ткани, бактериовыделения и устойчивости к противотуберкулезным препаратам.*

Ключевые слова: *туберкулез легких, эффективность лечения, деструкция легочной ткани, бактериовыделение.*

Lebid L.V., Kireyev I.V., Lashenko A.A.

EFFICIENCY OF A STATIONARY STAGE OF TREATMENT OF THE PATIENTS WITH A TUBERCULOSIS OF THE LUNGS

Summary. *The efficiency of a stationary stage of treatment of 411 patients with a tuberculosis depending on the clinical form of a tuberculosis, presence of destructive processes in lungs and drug-resistant Mycobacterium tuberculosis is studied.*

Key words: *tuberculosis of lungs, efficiency of treatment, destructive processes in lungs, drug-resistant Mycobacterium tuberculosis.*

Стаття надійшла до редакції 03.10.2012 р.

© Нагайчук В.І.

УДК: 616-001.17-089:616-082

Нагайчук В.І.

Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова, кафедра загальної хірургії (вул. Пирогова, 56, м. Вінниця, Україна, 21018)

РІВНІ НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ОБПЕЧЕНИМ ТА ЇЇ ОБ'ЄМ В УМОВАХ ПІЛОТНОГО ПРОЕКТУ

Резюме. *В статті висвітлена актуальна проблема надання медичної допомоги обпеченим на первинному, вторинному та третинному рівнях і її об'єм в умовах пілотного проекту. Доведена пряма залежність кінцевих результатів лікування від термінів надання спеціалізованої допомоги.*

Ключові слова: *опіки, рівні надання медичної допомоги, пілотний проект, некректомія, ксенодермоімпланти, аутодермотрансплантати.*

Вступ

Опіки займають третє, а в деяких країнах і друге місце в структурі загального травматизму, що є серйозною медичною, економічною та соціальною проблемою [Вихриєв та др., 1986].

Актуальність цієї проблеми визначається не так частотою, як ступенем тяжкості ураження, складністю та тривалістю лікування, місцевих і генералізованих ускладнень, незадовільними функціональними і естетичними результатами, високою інвалідністю та летальністю [Бігуняк та ін., 2003; Nyakusoku et al., 2010; Spence, 2008].

Забезпечення раннього відновлення шкірного покриву у хворих з критичними та надкритичними опіками і дотепер залишається недостатньо вирішеною проблемою [Гусак та ін., 2012].

Можливість спасти життя потерпілим існує тільки при швидкому наданні їм кваліфікованої та спеціалізованої допомоги [Герасимова та др., 1996].

Метою нашого дослідження було покращити результати лікування хворих з опіками шляхом удосконалення організації надання медичної допомоги на I-II-III рівнях в умовах пілотного проекту.

Матеріали та методи

Для покращення результатів лікування хворих з опіками в умовах пілотного проекту нами розпрацьований та поданий в Департамент охорони здоров'я та курортів наказ по "Регламентації діяльності комбустіологічної служби у Вінницькій області", згідно якого обумовлені об'єм та терміни надання допомоги обпеченим на первинному, вторинному та третинному рівнях.

Первинний рівень надання медичної допомоги (ФАП, лікарська амбулаторія, дільнична лікарня).

Об'єм допомоги: винести потерпілого з небезпечної зони; загасити палаючий одяг; зняти каблучки з пальців; при необхідності відновити прохідність дихальних шляхів та провести штучну вентиляцію легень і непрямий масаж серця; провести швидку нейтралізацію травмуючої дії екзо-, ендогенних чинників ураження звичайною водою; по закінченню нейтралізації зігріти хворого всіма доступними методами (вжити велику кількість теплої питва, використати фени, інфрачервоні лампи і т.д.); забезпечити якнайшвидшу госпіталізацію потерпілих в найближчий лікувальний заклад.

Вторинний рівень надання медичної допомоги (реанімаційні, травматологічні та хірургічні відділення цент-