

ствий переломов проксимального отдела бедренной кости у людей старших возрастных групп. Авторы приходят к выводу о необходимости расширения показаний к оперативному лечению этой разновидности поврежденных и оптимизации системы диспансерного наблюдения с постоянным информационным контактом между семейными врачами, травматологи и реабилитологами.

Ключевые слова: переломы проксимального отдела бедренной кости, люди пожилого возраста, травмогенез, медико-социальные последствия.

Guryev S.E., Tanasiyenko P.V., Shkatula Yu.V., Aschaulova G.A., Evdoshenko V.P.

GENESES OF TRAUMAS AND MEDICAL-SOCIAL CONSEQUENCES OF INVOLUTIONAL PROXIMAL FEMORAL FRACTURES

Summary. The article presents analyzes of studying prevalence, traumatic genesis and medical-social consequences of the proximal femoral fractures among the elderly. The authors come to the conclusion to expand the indications for surgical treatment of this kind of damage and optimization of clinical supervision with regular informational contact between family physicians, traumatologists and rehabilitologists.

Key words: fractures of the proximal femur, the elderly, geneses of traumas, medical-social consequences.

Стаття надійшла до редакції 13.11.2014 р.

Гур'єв Сергій Омелянович - доктор мед. наук, проф., заст. директора Українського науково-практичного центру екстреної медичної допомоги та медицини катастроф МОЗ України; +38 518-67-27, 518-57-08, gurevsergej@yandex.ru

Танасієнко Павло Васильович - канд. мед. наук, ст. наук. співробітник, провідний науковий співробітник Українського науково-практичного центру екстреної медичної допомоги та медицини катастроф МОЗ України; +38 067 775-77-88; rdix.vn@mail.ru

Шкатула Юрій Васильович - доктор мед. наук, доц., зав. курсом невідкладних станів кафедри ортопедії, травматології Медичного інституту Сумського державного університету; +38 099 548-61-71; shkatula_yurii@mail.ru

Ащаулова Галина Анатоліївна - студентка Медичного інституту Сумського державного університету; +38 063 813-82-46, galina.aschaulova@yandex.ru

Евдошенко В'ячеслав Петрович - аспірант ДЗ "Український науково-практичний центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф МОЗ України; +38 067 724-35-36

© Ляшенко О.О., Константиновська О.С., Лебідь Л.В., Рогожин А.В., *Сьома Н.П.

УДК: 616.24-002.54-036.8

Ляшенко О.О., Константиновська О.С., Лебідь Л.В., Рогожин А.В., *Сьома Н.П.

Харківська медична академія післядипломної освіти, (вул. Корчагінців, 58, м. Харків, Україна, 61176), *КЗОЗ "ОК ПТД №7" (пр. Московський, 197, м. Харків, 61037)

СОЦІАЛЬНИЙ СТАТУС ТА ЕФЕКТИВНІСТЬ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ТУБЕРКУЛЬОЗ ЛЕГЕНЬ

Резюме. Проаналізовані історії хвороби хворих на туберкульоз легень, що лікувалися в денному та звичайному стаціонарі. Продемонстровано, що ефективність лікування соціально неблагополучних хворих з розповсюдженими формами туберкульозу значно нижча у порівнянні з хворими без мікобактеріовиділення та не розповсюдженими формами туберкульозу, останні можуть лікуватися в умовах денного стаціонару без зниження ефективності лікування.

Ключові слова: туберкульоз легень, ефективність лікування, соціальний статус пацієнта.

Вступ

Щорічно у світі реєструється понад 8 млн. нових випадків туберкульозу легень і близько 2 млн. людей помирають від нього. Враховуючи ще і високий відсоток працездатності серед хворих, туберкульоз залишається одною з найактуальніших медико-соціальних проблем як України, так і в усьому світі [WHO, 2013].

Як відомо, з 1990 рр. в Україні спостерігалось зростання захворюваності, але з 2006 року спостерігається позитивна динаміка в країні у вигляді зменшення захворюваності і смертності від туберкульозу. Так, у 2013 році захворюваність в Харківській області склала 42,3 випадків на 100 тис. населення, а смертність від туберкульозу - 11 на 100 тис. населення [Толстанов, 2014]. Аналізуючи соціальний склад хворих на туберкульоз пацієнтів за 2013 рік, основний відсоток хворих складають непрацюючі особи працездатного віку - 54,4 % при-

близно кожен десятий хворий зловживає алкоголем (12,1 %), а 3,9 % являються ін'єкційними наркоманами.

Несприятлива ситуації в Україні щодо туберкульозу ускладнюється високим рівнем розповсюдженості мультирезистентного туберкульозу (МР ТБ) у порівнянні з іншими країнами. Так, серед хворих на вперше діагностований туберкульоз легень (ВДТБ), виявляється 16 % МР ТБ, а щодо хворих з рецидивом захворювання, ця цифра складає аж 44 % [Толстанов, 2014]. За даними ВООЗ ця цифра є майже найбільшою в світі [WHO, 2013]. Також несприятливим фактором являється збільшення випадків захворюваності на ВІЛ/СНІД і як наслідок - випадків поєднання цієї інфекції з туберкульозом. Можливо, завдяки цьому спостерігається низький рівень вилікування хворих на туберкульоз. Так, ефективність лікування усіх хворих з вперше діагностованим ту-

беркульозом легень протягом 12 місяців складає лише 60 %, протягом 24-36 міс. - 75 %; за нашими даними близько 8% хворих переривають лікування за різними причинами.

Ще одна з важливих причин негативної ситуації відносно туберкульозу - це збільшення кількості випадків ВІЛ/СНІД в Україні і, як наслідок, збільшення кількості пацієнтів з ко-інфекцією туберкульозу та ВІЛ/СНІДу [Потейко і др., 2011; Толстанов, 2014]. Так, з 2001 року кількість таких випадків збільшилася майже в 10 разів.

Як відомо, перебіг рецидиву туберкульозу в порівнянні з вперше діагностованим значно важчий, частіше спостерігається резистентність до антимікобактеріальних препаратів, лікування таких хворих набагато дорожче, триваліше, але менш ефективне [Петренко та ін., 2000; Хоменко, 1996; Рукосуева і др., 2009]. Також за нашими даними серед цієї категорії пацієнтів спостерігається низька прихильність до лікування, і враховуючи той факт, що серед цих пацієнтів дуже багато мультирезистентного туберкульозу, такі хворі уявляють високу загрозу для всього суспільства в Україні. Тому лікування хворих до припинення бактеріовиділення повинно проводитися в умовах протитуберкульозного стаціонару для зменшення розповсюдження туберкульозної інфекції.

Проблема впливу соціального статусу пацієнта на прихильність і як наслідок на ефективність лікування є актуальною і не достатньо освітленою в літературі.

Мета дослідження - встановити залежність ефективності лікування хворих на туберкульоз легень від соціального статусу пацієнта.

Матеріали та методи

Проаналізовано 76 історій хвороб в період з вересня 2010 по грудень 2013. Пацієнтів відібрали випадковим методом. На денному стаціонарі знаходилось 53 (69,7 %), у звичайному стаціонарі - 23 (30,3 %) хворих. До дослідження увійшли наступні хворі: чоловіків було 61 (80,3 %), жінок - 15 (19,7 %), середній вік склав $44,4 \pm 13,6$; вперше діагностований туберкульоз легень спостерігався у 17 (22,4 %), випадки повторного лікування без бактеріовиділення (ІТБ), що лікувалися в умовах денного стаціонару, та РТБ діагностовано у 41 (53,9 %), хіміорезистентний туберкульоз було діагностовано - у 18 (23,7 %) хворих. Хворих, що не мали сім'ю було 35 (46,1 %), що зловживають алкоголем - 22 (28,9 %), що були в місцях позбавлення волі - 15 (19,7 %), ін'єкційних наркоманів було 6 (7,9 %) хворих.

У всіх хворих із ХРТБ був виявлений розповсюджений туберкульоз легень з деструкцією. При дослідженні мокротиння до початку лікування у всіх пацієнтів (100%) були виявлені МБТ.

Хворі з розповсюдженим туберкульозом легень з бактеріовиділенням були госпіталізовані в стаціонар, а з обмеженим процесом без бактеріовиділення одер-

жували лікування в умовах денного стаціонару.

Усім хворим проводилося детальне клініко-рентгенологічне й лабораторне обстеження згідно "Уніфікованого клінічного протоколу первинної, вторинної (спеціалізованої) і третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги. Туберкульоз", затвердженого наказом МОЗ України №1091 від 21.12.2012 р. [Наказ МОЗ України №1091 від 21.12.2012; Наказ МОЗ України від 15.02.2013 №126; Наказ МОЗ України від 16.08.2013 №731]. Застосовувалися як обов'язкові (рентгенологічне дослідження, багаторазове дослідження мокротиння на мікобактерії туберкульозу (МБТ), загальний аналіз крові й сечі), так і додаткові й факультативні методи (розширена бактеріологічна діагностика, поглиблене рентгенологічне дослідження, бронхоскопія).

Усі хворі одержували антимікобактеріальну терапію за стандартними схемами згідно наказу МОЗ України №1091 від 21.12.2012 г.

У всіх спостережуваних пацієнтів із ХРТБ спостерігався розповсюджений туберкульоз легень з масивним мікобактеріовиділенням. З метою дотримання умов інфекційного контролю лікування проводилося строго в стаціонарі. Терапія призначалася за стандартними схемами згідно рішень Центральної лікарсько-консультативної комісії (ЦЛКК), враховуючи чутливість і стійкість мікобактерій туберкульозу до протитуберкульозних препаратів, а також прихильність хворих до лікування. Лікування проводилося як по загально лікувальних категоріях, так і паліативне, спрямоване на поліпшення якості життя хворого й зменшення симптомів інтоксикації, легенево-серцевої недостатності, по можливості, нівелювання нападів задишки, кашлю, а також загально зміцнювальна терапія.

Усім пацієнтам із ХРТБ призначався основний курс протитуберкульозної хіміотерапії за стандартною схемою: піразинамід 2,0; канаміцин (капреоміцин) 1,0 внутрішньом'язово, левофлоксацин 1,0; протіонамід 0,75; парааміносаліцилова кислота 8,0 (цикloserин 0,75) згідно рішень ЦЛКК. У процесі лікування 10 пацієнтам (43,5%) стандартна схема була скасована, призначена паліативна терапія у зв'язку з відсутністю прихильності до лікування, 3 хворих (13%) - у зв'язку з відсутністю ефекту від лікування, а також розширеною резистентністю мікобактерій туберкульозу й неможливістю підібрати схему антимікобактеріальної терапії.

Статистичний аналіз проведено за допомогою IBM SPSS 22. Для аналізу якісних даних використовували двосторонній критерій Пірсона χ^2 -квадрат (?2). Критичним рівень значущості вважали $p < 0,05$

Результати. Обговорення

Соціальний статус хворого оцінювали по ряду таких параметрів як непрацюючі працездатного віку, пенсіонер чи ні, наявність інвалідності, чи має хворий сім'ю, зловживання алкоголем та наркотичними засобами ті інше (табл. 1).

Таблиця 1. Соціальний статус хворого з різноманітними типами туберкульозу легень *

Соціальна ознака	Де лікується			
	Денний стаціонар (n=53)		Стаціонар (n=23)	
	Так	Ні	Так	Ні
Працюючі	32 (60,4 %)	21 (39,6 %)	1 (4,3 %)	22 (95,7 %)
Проживають з сім'єю	34 (64,2 %)	18 (35,8 %)	7 (30,4 %)	16 (69,6 %)
Зловживання алкоголем	6 (11,3 %)	47 (88,7 %)	16 (69,6 %)	7 (31,4 %)
Опійна наркоманія	1 (1,9 %)	52 (98,1 %)	5 (21,7 %)	18 (78,3 %)
Перебування в місцях позбавлення волі	4 (26,7 %)	49 (73,3 %)	11 (47,8 %)	12 (52,2 %)

Примітка. * - $p < 0,05$ між групами.

Таблиця 2. Результати лікування пацієнтів з хіміорезистентним туберкульозом.

Результати лікування	Де лікується	
	Денний стаціонар (n=53)	Стаціонар (n=23)
Позитивна динаміка	45 (84,9 %)	9 (39,1 %)
Торпидний плін	6 (11,3 %)	5 (21,7 %)
Негативна динаміка	2 (3,8 %)	1 (4,3 %)
Смерть	0 (0 %)	8 (34,8 %)

До категорії "не працюючий" віднесено хворих, які не працюють на теперішній час, або не працювали до початку захворювання 1 рік чи більше, усіх останніх (в тому числі і інвалідів, що працювали до визначення їх інвалідами) віднесено до категорії "працюючі" (табл. 1).

Як видно з таблиці 1, більшість хворих, що знаходяться в денному стаціонарі мають або мали до початку лікування роботу - 32 (60,4 %), в той час в стаціонарі більшість хворих - 22 (95,7 %) не працювали як найменше за рік до захворювання ($p < 0,05$). Також більшість хворих з денного стаціонару мешкають разом зі своєю сім'єю - 34 (64,2 %), зі стаціонару - 7 (30,4 %) хворих ($p < 0,05$). Також значно частіше серед хворих, які перебувають в стаціонарі, в порівнянні з хворими, які перебувають в денному стаціонарі, зустрічається зловживання алкоголем - в 16 (69,6 %) та 6 (11,3 %), опійна наркоманія - в 5 (21,7 %) та 1 (1,9 %), а також перебування в місцях позбавлення волі - в 11 (47,8 %) та 4 (26,7 %) випадках відповідно ($p < 0,05$).

У результаті лікування 53 хворих в умовах денного стаціонару у всіх пацієнтів спостерігалася позитивна рентгенологічна динаміка у вигляді часткового розсмоктування, зменшення розмірів інфільтрації й ущільнення осередкових тіней, у всіх хворих з деструкцією легеневої тканини (4 людини) порожнини розпаду закрилися.

По закінченню інтенсивної фази лікування терапія була

Список літератури

Застосування фторхінолонів для лікування туберкульозу легень : метод. рекомендації / [Петренко В. М., Че-

ренько С. О., Клименко М. Т. та ін.]. - Київ, Інститут фтизіатрії і пульмонології ім. Ф.Г. Яновського АМН Ук-

раїни, 2000. - 16 с.

Компьютерная томография легких в диагностике туберкулеза органов ды-

продовжена в умовах санаторію або амбулаторно.

Результат терапії пацієнтів даної групи представлено в таблиці 2.

Під час перебування в стаціонарі серед 23 хворих, 8 (34,8 %) пацієнтів померло. Більш висока ефективність лікування (84,9 % проліковано з позитивною динамікою) відзначена у хворих денного стаціонару, де висока питома вага працюючих і низький відсоток хворих, що зловживають алкоголем, та опіумних наркоманів (табл. 1, табл. 2).

Таким чином, враховуючи сучасні соціально-економічні умови, госпіталізація 100 % хворих на туберкульоз легень недоцільна. Проведення успішного лікування хворих туберкульозом легень амбулаторно або в умовах денного стаціонару можливо при діагностуванні малих форм туберкульозу легень без бактеріовиділення й деструкції легеневої тканини, при відсутності важких супутніх захворювань, а також при строгому контролі основного курсу лікування.

Пацієнти, які відносяться до соціально дезадаптованих верств населення (безробітні, які зловживають алкоголем, мають наркотичну залежність, звільнені з місць позбавлення волі), є групою ризику до розвитку розповсюджених форм та хіміорезистентного (в т.ч. мультирезистентного) туберкульозу. Ймовірність одужання таких хворих досить низька, прогноз несприятливий. Лікування повинне проводитися в умовах стаціонару під строгим спостереженням медичного персоналу з дотриманням лікарняного режиму.

Висновки та перспективи подальших розробок

1. Недоцільно лікувати абсолютно усіх хворих на туберкульоз легень в умовах стаціонару.

2. Соціально благополучні хворі без бактеріовиділення та невеликою розповсюдженістю процесу можуть отримувати лікування амбулаторно, або в денному стаціонарі без зниження ефективності, тому що вони дотримуються режиму терапії та інфекційного контролю.

3. Низька ефективність лікування та висока вірогідність розвитку хіміорезистентного туберкульозу спостерігається серед соціально не благополучних хворих, які повинні лікуватися в умовах стаціонару з обов'язковим контролем за лікуванням з дотримання принципів інфекційного контролю відповідно до діючої нормативної бази.

Низька ефективність лікування соціально неблагополучних пацієнтів указує на перспективність проведення вже на перших етапах лікування строгого контролю фармакотерапії в комбінації із психологічною підтримкою, спрямованою на підвищення прихильності до лікування даної категорії пацієнтів.

- хання / [Потейко П. И., Крутько В. С., Шевченко О. С. и др.]. - Х.: "Апостроф", 2011. - 162 с.
- Наказ МОЗ України №1091 від 21.12.2012 "Уніфікований клінічний Протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги. Туберкульоз"
- Наказ МОЗ України від 15.02.2013 №126 "Клінічний протокол лікування хворих на мультирезистентний туберкульоз протитуберкульозними препаратами II ряду, закупленими за кошти Глобального фонду для боротьби зі СНІДом, туберкульозом та малярією"
- Наказ МОЗ України від 16.08.2013 №731 "Зміни до Уніфікованого клінічного Протоколу первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги. Туберкульоз", затвердженого наказом МОЗ України від 21 грудня 2012 року № 1091.
- Рукосуева О. В. Эффективность лечения больных с рецидивами туберкулеза лёгких / О. В. Рукосуева, И. А. Васильева, В. А. Пузанов, В.А. Козлов // Новые технологии в эпидемиологии, диагностике и лечении туберкулёза взрослых и детей : материалы науч.-практ. конф. молодых учёных, посвященной Всемирному дню борьбы с туберкулёзом. - М., 2009. - С. 77-78.
- Туберкулез: рук. для врачей ; под ред. А. Г. Хоменко. - М.: Медицина, 1996. - 496 с.
- Туберкульоз в Україні : Аналітично-статистичний довідник за 2003-2013 роки ; гол. ред. О. К. Толстанов. - К.: Вища школа, 2014. - 102 с.
- World Health Organization. "WHO report 2013: Global tuberculosis control". - 2013. - WHO: ISBN 978 02 4 1564656

Ляшенко А.А., Константиновская О.С., Лебедь Л.В., Рогожин А.В., Сьома Н.П.
СОЦИАЛЬНЫЙ СТАТУС И ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ

Резюме. Проанализированы истории болезни больных туберкулезом легких, которые лечились в дневном и обычном стационаре. Продемонстрировано, что эффективность лечения социально неблагополучных больных с распространенными формами туберкулеза значительно ниже в сравнении с больными без бактериовыделения и не распространенными формами туберкулеза, последние могут лечиться в условиях дневного стационара без снижения эффективности лечения.
Ключевые слова: туберкулез легких, эффективность лечения, социальный статус пациента.

Liashenko O.O., Konstantynovska O.S., Lebid L.V., Rogozhin A.V., Syoma N.P.
THE SOCIAL STATUS AND TREATMENT EFFICIENCY OF THE PATIENTS WITH LUNG TUBERCULOSIS

Summary. 76 history cases of the patients which patients were treated in the ambulance and into the usual hospital with lung tuberculosis were analyzed. It is shown, that efficiency of treatment of socially unsuccessful patients with widespread forms of tuberculosis is lower in comparison with smear negative patients and not widespread forms of tuberculosis, the lasts can be treated in the ambulance conditions without decrease of treatment efficiency.
Key words: Tuberculosis of lungs, efficiency of treatment, social status of the patients.

Стаття надійшла до редакції 19.11.2014 р.

- Ляшенко Олександр Олександрович - к.мед.н., доцент кафедри фтизіатрії та пульмонології Харківської медичної академії післядипломної освіти; +38 067 901-07-30; thepulmonolog@gmail.com
- Константиновська Ольга Сергіївна - аспірант кафедри фтизіатрії та пульмонології Харківської медичної академії післядипломної освіти; +38 050 924-40-76; seolka@i.ua
- Лебідь Людмила Володимирівна - к.мед.н., доцент кафедри фтизіатрії та пульмонології Харківської медичної академії післядипломної освіти; +38 057 738-71-87; kfp1930@ukr.net
- Рогожин Антон Вікторович - аспірант кафедри фтизіатрії та пульмонології Харківської медичної академії післядипломної освіти; +38 057 738-71-87; kfp1930@ukr.net
- Сьома Неля Петрівна - головний лікар, Комунальна установа охорони здоров'я "Обласний клінічний протитуберкульозний диспансер №7"; +38 057 738-70-64; kfp1930@ukr.net

© Рудавка С.І.

УДК: 336.226.11(477):614.2

Рудавка С.І.

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

ПРОБЛЕМА УДОСКОНАЛЕННЯ СИСТЕМИ ОПОДАТКУВАННЯ ДОХОДІВ ФІЗИЧНИХ ОСІБ В УКРАЇНІ ТА ЙОГО ВПЛИВ НА СТАН ФІНАНСУВАННЯ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

Резюме. У статті проаналізована система оподаткування доходів фізичних осіб в Україні і визначені основні напрями її удосконалення, показано його вплив на фінансування охорони здоров'я.

Ключові слова: податок, плоска, малопрогресивна, прогресивна шкала оподаткування доходів, ставка оподаткування, податкова система, фінансування, охорона здоров'я.

Постановка проблеми та її зв'язок з важливими науковими і практичними завданнями. В умовах глибокої економічної та фінансової кризи в нашій країні проблема щодо вибору раціональних податкових механізмів регулювання економіки залишається вкрай

гострою, а практика вітчизняного оподаткування далека від досконалості. При цьому подальше удосконалення системи оподаткування доходів фізичних осіб набуває особливого значення й актуальності, оскільки податок на доходи фізичних осіб належить до основ-