

ОРГАНІЗАЦІЯ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

Рекомендовано д. фарм. н., професором А. С. Немченко

УДК 616-036.22+616.98:578.828+616-002.5+616.24

<https://doi.org/10.24959/sphhcj.18.103>

І. О. Федяк, П. І. Федяк

ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»

ПОРІВНЯЛЬНА ОЦІНКА СОЦІАЛЬНИХ ІНДИКАТОРІВ ЕПІДЕМІЙ ВІЛ-АСОЦІЙОВАНОГО ТА МУЛЬТИРЕЗИСТЕНТНОГО ТУБЕРКУЛЬОЗУ В УКРАЇНІ

Мета: визначення та порівняння соціально-демографічних характеристик пацієнтів та інших соціальних індикаторів стаціонарного етапу лікування хворих на ВІЛ-асоційований та мультирезистентний туберкульоз в Україні.

Матеріали: 2500 медичних карт стаціонарних хворих на ВІЛ-асоційований ($n = 1\,200$) та мультирезистентний ($n = 1\,300$) туберкульоз, отримані методом випадкового відбору з архівів 12 обласних протитуберкульозних закладів охорони здоров'я; **методи:** наукового аналізу (аналітичний, синтетичний, контент-аналіз) і графічного представлення результатів.

Результати дослідження. Здійснено порівняння соціальних індикаторів епідемій ВІЛ-асоційованого і мультирезистентного ТБ в Україні.

Висновки. Установлено, що ВІЛ-асоційований і мультирезистентний ТБ залишаються чоловічими патологіями (на 72,25 та 75,62 % відповідно). У середньому 94,41 % хворих на ТБ/ВІЛ і 73,38 % – на МРТБ були віком 22–51 рр. Частка сільського населення на 9,7 % вища у групі хворих на МРТБ (43,31 % проти 33,61 %). Більш несприятлива у соціальному плані була група хворих на ВІЛ-асоційований ТБ: безробітних працездатного віку у ній було на 16 % більше (69,17 % проти 53,08 %). Через неналежну поведінку достроково перервали перебування у закладах охорони здоров'я 25 % хворих в обох групах, що свідчить про недисциплінованість хворих на ТБ, незалежно від наявності ВІЛ-інфекції. Хворі на ТБ/ВІЛ та МРТБ провели у стаціонарі 116 ± 93 і 158 ± 103 ліжко-днів відповідно.

Ключові слова: ВІЛ-асоційований туберкульоз; мультирезистентний туберкульоз; медична карта стаціонарного хворого Ф003/о; соціально-демографічні характеристики індивіда; соціальні індикатори; причина виписки хворого; ліжко-день.

I. O. FEDYAK, P. I. FEDYAK

THE COMPARATIVE ANALYSIS OF SOCIAL INDICATORS FOR EPIDEMICS OF HIV-ASSOCIATED AND MULTI-RESISTANT TUBERCULOSIS IN UKRAINE

Aim. To determine and compare the socio-demographic characteristics of patients and other social indicators of the hospital stage of treatment for patients with HIV-associated (TB/HIV) and multi-resistant tuberculosis (MRTB) in Ukraine.

Materials and methods. 2500 medical cards of patients with TB/HIV ($n=1.200$) and MRTB ($n=1.300$) obtained by random selection from the archives of 12 regions anti-TB hospitals were used. The methods of scientific analysis (analytical, synthetic, content analysis) and graphical representation of the results were applied.

Results. Comparison of social indicators for epidemics of TB/HIV and MRTB in Ukraine was performed.

Conclusions It has been determined that TB/HIV and MRTB are still male pathologies (72.25% and 75.62% respectively). On average, 94.41% of patients with TB/HIV and 73.38% of MRTB were 22-51 years of age. The proportion of the rural population was by 9.7% higher in the group of patients with MRTB (43.31% versus 33.61%). The group of TB/HIV patients was more socially unfavorable since there were 16% more unemployed people of the working age in it (69.17% vs. 53.08%). Because of improper conduct 25% of patients in both groups interrupted their stay in hospitals; it indicated that indiscipline of TB patients did not depend on the presence of HIV infection. Patients with TB/HIV and MRTB had 116 ± 93 and 158 ± 103 bed-days, respectively.

Key words: HIV-associated tuberculosis; multi-resistant tuberculosis; form No. 003/o medical card of a stationary patient; socio-demographic characteristics of the individual; social indicators; the reason for the patient's discharge; bed-day.

И. О. Федяк, П. И. Федяк

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА СОЦИАЛЬНЫХ ИНДИКАТОРОВ ЭПИДЕМИЙ ВИЧ-АССОЦИИРОВАННОГО И МУЛЬТИРЕЗИСТЕНТНОГО ТУБЕРКУЛЕЗА В УКРАИНЕ

Цель: определение и сравнение социально-демографических характеристик пациентов и других социальных индикаторов стационарного этапа лечения больных ВИЧ-ассоциированным и мультирезистентным туберкулезом в Украине.

Материалы: 2500 медицинских карт стационарных больных ВИЧ-ассоциированным ($n = 1\,200$) и мультирезистентным ($n = 1\,300$) ТБ, полученные методом случайного отбора из архивов 12 областных противотуберкулезных учреждений здравоохранения; **методы:** научного анализа (аналитический, синтетический, контент-анализ) и графического представления результатов.

Результаты исследования. Проведено сравнение социальных индикаторов эпидемий ВИЧ-ассоциированного и мультирезистентного ТБ в Украине.

Выводы. Установлено, что ВИЧ-ассоциированный и мультирезистентный ТБ остаются мужскими патологиями (на 72,25 и 75,62 % соответственно). В среднем 94,41 % больных ТБ/ВИЧ и 73,38 % – МРТБ были в возрасте 22–51 гг. Доля сельского населения на 9,7 % выше в группе больных МРТБ (43,31 % против 33,61 %). Более неблагоприятная в социальном плане была группа больных ВИЧ-ассоциированным ТБ: безработных трудоспособного возраста в ней было на 16 % больше (69,17 % против 53,08 %). Вследствие неподобающего поведения досрочно прервали пребывание в стационарах 25 % больных в обеих группах, что свидетельствует о недисциплинированности больных ТБ, независимо от наличия ВИЧ-инфекции. Больные ТБ/ВИЧ и МРТБ провели в больнице 116 ± 93 и 158 ± 103 койко-дней соответственно.

Ключевые слова: ВИЧ-ассоциированный туберкулез; мультирезистентный туберкулез; медицинская карта стационарного больного Ф003/0; социально-демографические характеристики индивида; социальные индикаторы; причина выписки больного; койко-день.

Постанова проблеми. Питання протидії вірусу імунодефіциту людини (ВІЛ) і туберкульозу (ТБ) в Україні має стати одним із пріоритетних напрямів державної політики у сфері громадського здоров'я, адже є частиною наших міжнародних зобов'язань. Стаття 427 Угоди про асоціацію між Україною та Європейським Союзом (ЄС), Європейським співтовариством з атомної енергії і державами-членами з-поміж іншого спонукає здійснювати «попередження і контроль над інфекційними хворобами, такими як ВІЛ/СНІД (синдром набутого імунодефіциту) і туберкульоз» [1]. Оскільки Україна є членом Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), то у системі ОЗ і фармації започатковується упровадження нової глобальної стратегії ВООЗ «Покласти кінець ТБ» та плану дій щодо боротьби з ТБ для Європейського регіону ВООЗ на 2016–2020 роки (рр.) [2]. Ця стратегія включає три компоненти: інтегровану, повністю орієнтовану на хворого на ТБ; потужну політичну підтримку; інтенсифікацію досліджень та інновацій [3]. Із проблем ТБ в Україні два питання потребують першочергового розгляду: поєднана інфекція ТБ/ВІЛ та високий тягар МРТБ. Це, за визначенням директора ДУ «Національний інститут фтизіатрії і пульмонології ім. Ф. Г. Яновського НАМН України» академіка НАМН Ю. І. Фещенка [4] та колишнього директора ДУ «Центр громадського

здоров'я МОЗ України» (ЦГЗ), професора Н. М. Нізової [5], два гальма, які не дають взяти епідемію ТБ під контроль. Адже за поширеністю стійкого до основних протитуберкульозних препаратів ТБ Україна одна з перших у світі [6]. У 2016 р. було зареєстровано 8 709 випадків мультирезистентного туберкульозу (МРТБ), лікування якого триваліше і менш успішне в усьому світі. А в Україні серед хворих на МРТБ ефективність терапії становить лише 34 %. Темпи поширення МРТБ, як і ситуація із ВІЛ/СНІД, є загрозою для сусідніх країн ЄС, що може бути перешкодою на шляху до європейської інтеграції держави [7, 8].

Водночас результати терапії хворих на МРТБ, які отримували медико-соціальний супровід Червоного Хреста, показали, що ефективність лікування може підвищитися до 89,6 проти 34 % серед пацієнтів, які його не отримували. Соціальна підтримка хворих, формування прихильності до терапії так само важливі для подолання епідемії, як і фінансування лікування ТБ [9].

Аналіз останніх досліджень і публікацій. Епідемія ВІЛ-інфекції в Україні розвивається у конкретному соціальному просторі, його вивчення останнім часом було предметом досліджень І. С. Миронюка [10], Н. О. Рингач [11], Н. М. Нізової [5]. Науковою школою під керівництвом Ю. І. Фещенка досліджуються соціальні складові епідемії ТБ [3-4].

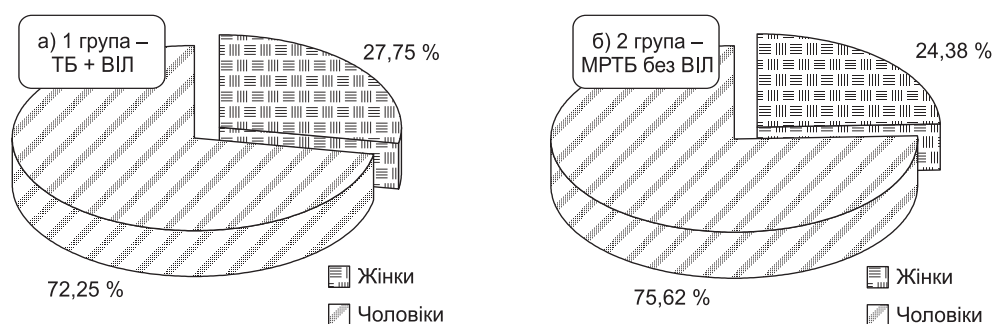


Рис. 1. Розподіл медичних карт стаціонарних хворих на ко-інфекцію-ТБ / ВІЛ (а) та МРТБ без супутньої ВІЛ-інфекції (б) за гендерною ознакою

Однак мало вітчизняних публікацій присвячено аналізу соціальних характеристик поєднаної ТБ/ВІЛ-інфекції [12-13].

Виділення не вирішених раніше частин загальної проблеми. При аналізі фахової літератури не знайдено наукових праць, які б містили результати порівняльної оцінки соціального стану епідемій ВІЛ-асоційованого ТБ та МРТБ в Україні. Тому для побудови пацієнт-орієнтованої моделі допомоги цій категорії хворих доцільним було проведення масштабної ретроспективної оцінки соціальних індикаторів стаціонарного етапу лікування хворих на ТБ/ВІЛ та МРТБ, яка охопила 50 % обласних протитуберкульозних закладів охорони здоров'я (ПТЗОЗ) України [14-15]. Для її здійснення було укладено договір від 18.05.2016 р. між ДУ «Український центр контролю за соціально небезпечними хворобами МОЗ України» (тепер ЦГЗ) та ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет» про співпрацю для виконання ініціативних наукових досліджень.

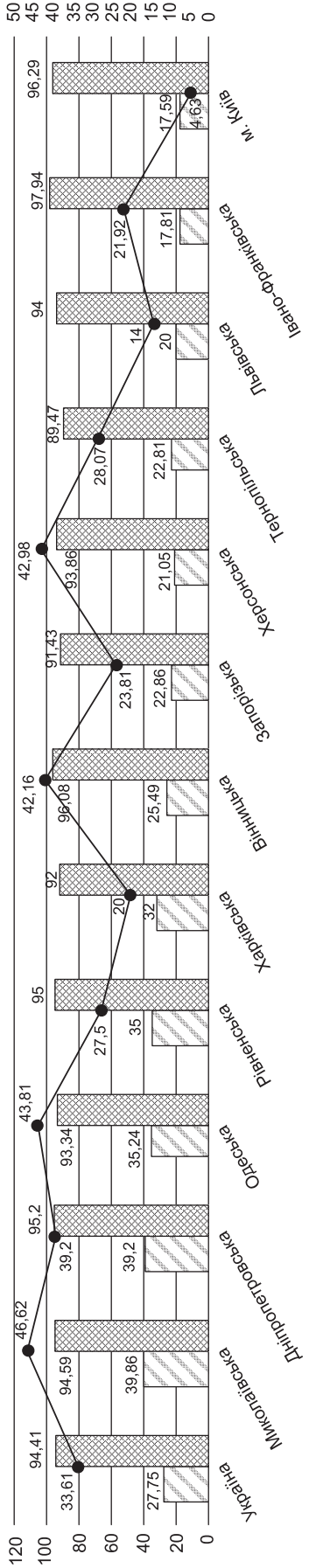
Метою статті є наведення результатів дослідження у частині порівняльної оцінки соціальних індикаторів епідемій поєднаної інфекції ТБ/ВІЛ та МРТБ в Україні. Були виконані такі завдання: вивчено соціально-демографічні характеристики пацієнтів із ТБ/ВІЛ та МРТБ (стать, вік, місцевість проживання, соціальний статус); визначено інші індикатори перебування хворих у ПТЗОЗ (розподіл випадків ТБ за попередньою історією лікування у клінічних діагнозах; особливості кодування медичних карт за Міжнародною статистичною класифікацією хвороб і проблем, пов'язаних зі здоров'ям (МКХ); встановлено причини виписування пацієнтів, частку переведень на паліативне

лікування, середню кількість ліжко-днів, проведених хворими у ПТЗОЗ); здійснено їх порівняння за нозологіями (ТБ/ВІЛ та МРТБ) і областями аналізу (Вінницькою, Дніпропетровською, Запорізькою, Івано-Франківською, Київською, Львівською, Миколаївською, Одеською, Рівненською, Тернопільською, Харківською, Херсонською).

Матеріалом дослідження стали 1200 медичних карт стаціонарних хворих (Ф003/о) [16] на ТБ/ВІЛ і 1300 – хворих на ТБ 4 категорії з часткою хворих на МРТБ 77,15 %, на ТБ із розширеною резистентністю (РРТБ) 14,84 %, із резистентністю до рифампіцину (РифТБ) 5,38 % (далі хворих на лікарсько-стійкий ТБ (МРТБ). Генеральна вибірка була сформована методом випадкового відбору із забезпеченням таємниці персональних даних хворих. У кожному із 12-ти обласних ПТЗОЗ було проаналізовано 100 ± 35 медичних карт пацієнтів із ТБ/ВІЛ (у діапазоні нозологій «А 15–А 19 ТБ» за МКХ-10 із ВІЛ-інфекцією 4 клінічної стадії), які склали 1 групу, та 108 ± 18 карт – ТБ 4 категорії (МРТБ) – 2 група. Медичні карти були за 2010–2017 рр., з найбільшою часткою за 2014–2016 рр. (77,17 і 90,93 % відповідно). Дослідження проводили методами наукового аналізу (аналітичним, синтетичним, контент-аналізом) і графічного представлення результатів [17-18].

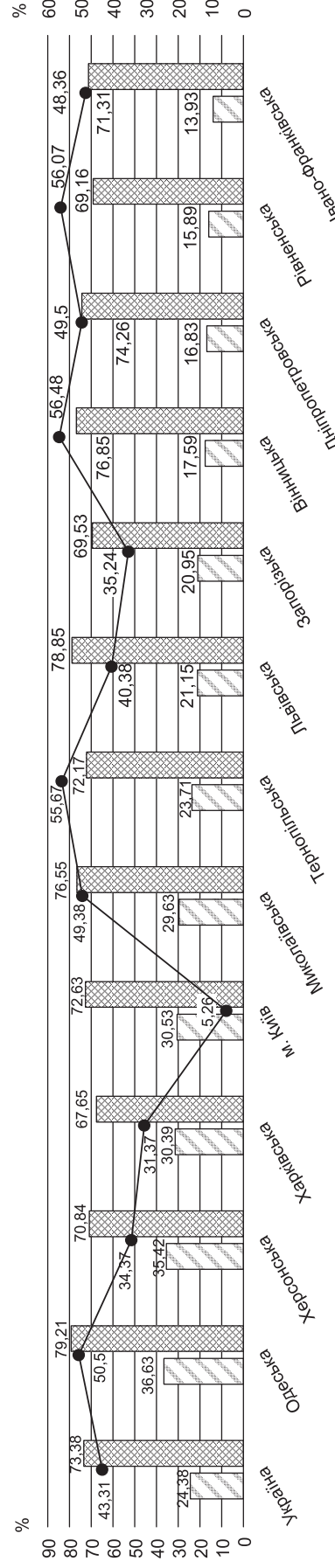
Викладення основного матеріалу дослідження. Розподіл медичних карт за статтю пацієнтів виявив значне домінування в обох групах частки чоловіків (72,25 та 75,62 %) над жінками (рис. 1). Результати вивчення гендерних відмінностей хворих за областями наведено на рис. 2–3.

У групі хворих на ТБ 4 категорії найбільша частка жінок була в Одеській (36,63 %) та Херсонській (35,42 %) областях (рис. 3) –



1 група – хворі на ТБ / ВПЛ

Рис. 2. Розподіл жінок, хворих на ТБ/ВПЛ, осіб 22-51 років, осіб із сільської місцевості (у %) серед хворих 1 групи за обласними протитуберкульозними ЗОЗ



2 група – хворі на МРТБ

Рис. 3. Розподіл жінок, хворих на ТБ 4 категорії, осіб 22-51 років, осіб із сільської місцевості (у %) серед хворих 2 групи за обласними протитуберкульозними ЗОЗ

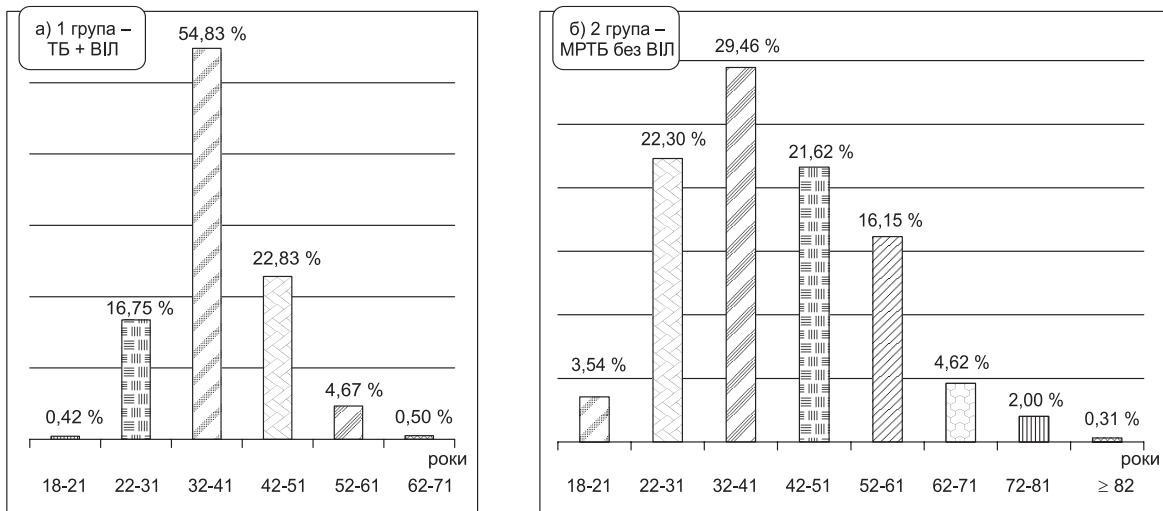


Рис. 4. Розподіл медичних карт за віком стаціонарних хворих на ко-інфекцію-ТБ/ВІЛ (а) і МРТБ без супутньої ВІЛ-інфекції (з кроком 10 років)

регіонах найвищої захворюваності на ТБ (уперше зареєстровані хворі + рецидиви) серед усього населення в Україні, а найменша – в Івано-Франківській (13,93 %) області.

Результат розподілу медичних карт хворих за віком виявив значні відмінності у віковій структурі пацієнтів досліджуваних груп (рис. 4).

Отже, дані рис. 4а показують, що приблизно 94,41 % хворих на ТБ/ВІЛ були віком 22–51 рр., із них 57,82 % – особи від 32 до 41 року. Саме цей віковий проміжок мав найбільшу уразливість до ко-інфекції ТБ/ВІЛ у вибірці загалом та у кожній області зокрема (рис. 2). На другому місці за кількістю пацієнтів – вікова група 42–51 рр. (22,83 %), на 3-му – 22–31 рр. (16,75 %); пацієнтів віком 52–61 рр. було 4,67 %, після 62 р. – 0,5 %, до 21 р. – 0,42 %.

2 група хворих була старшою за віком (рис. 4б): пацієнтів після 51 р. у ній було 23,08 % порівняно із 5,17 % хворих на ТБ/ВІЛ. Водночас наймолодших пацієнтів (18–21 рр.) також було більше у 2 групі (3,54 %) порівняно із 1 (0,42 %). Серед хворих на МРТБ переважала вікова категорія 32–41 рр. (29,46 %), однак незначно, що не дозволяє вважати її домінують, яку в групі хворих із супутньою ВІЛ-інфекцією. Хворих віком 22–31 рр. було 22,3 %, а 42–51 рр. – 21,62 %. У сукупності трійка груп-лідерів за віком (22–51 рр.) охопила 94,41 % медичних карт першої групи хворих та 73,38 % другої (рис. 2–3).

За результатами вивчення місця проживання пацієнтів, наведеними на рис. 5, виявлено, що більшу прив'язку до місцевості мають особи першої групи, оскільки спостерігалась більш виражена ймовірність ко-інфекції ТБ/ВІЛ для жителів міст порівняно із сільськими мешканцями (66,39 та 33,61 % відповідно).

Установлено значне домінування міських жителів над сільськими у Західному регіоні: Львівській, Івано-Франківській, Рівненській, Тернопільській областях (86, 78,08, 72,5, 71,93 % відповідно) і 2-х областях Східного регіону: Харківській, 80 % і Запорізькій, 76,19 %. Для решти областей було характерне переважання частки міських жителів на рівні, нижчому за середній (рис. 2). У 2-й групі хворих частка міських жителів була на 13,38 % вище (56,69 % проти 43,31 %), однак у Вінницькій, Рівненській, Тернопільській, Одеській областях переважали сільські мешканці (56,48, 56,07, 55,67, 50,50 % відповідно) (рис. 3).

Порівняльна оцінка соціального стану пацієнтів обох груп вибірки вказує на наявність як спільних, так і відмінних ознак у його структурі (рис. 6).

Як наглядно свідчать дані рис. 6, спільним виявився загальний відсоток непрацюючого населення в обох групах: 90,84 % – у 1-й (+ ВІЛ-інфекція) та 90,01 % – у 2-й (без ВІЛ-інфекції).

Однак у самій структурі непрацюючих осіб були відмінності: частка власне безробітних

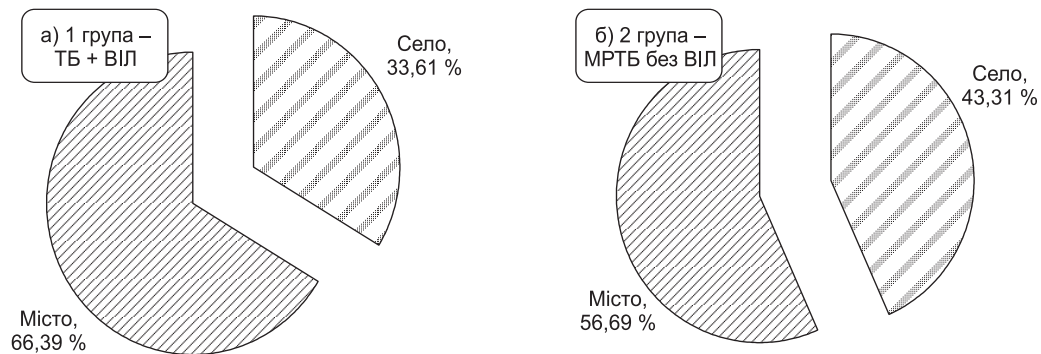


Рис. 5. Розподіл медичних карт за місцевістю проживання стаціонарних хворих на ко-інфекцію-ТБ/ВІЛ (а) і МРТБ без супутньої ВІЛ-інфекції (б)

осіб у 1-й групі становила 69,17 % проти 53,08 % у 2-й групі. Представники інших соціальних верств у структурі непрацюючого населення обох групах розмістилися таким чином: особи з інвалідністю (19,92 % у 1-й групі із супутньою ВІЛ-інфекцією проти 24,54 % у 2-й) → пенсіонери (0,83 % проти 8,85 %) → жінки у відпустці по догляду за дитиною до досягнення нею трирічного віку (0,67 % проти 1,69 %) → студенти (0,25 % проти 1,85 %).

Структура працюючого населення обох груп була подібною: 7 % становила частка представників робітничих професій (7,75 % у 1-й групі та 7,3 % у 2-й); по 0,5 % було учасників антитерористичної операції (АТО) (0,58 % – у 1-й та 0,54 % – у 2-й), а от

службовців було у 2 рази більше у групі без супутньої ВІЛ-інфекції (0,83 % проти 1,69 %), в якій, крім того, було ще 0,46 % фізичних осіб підприємців.

У подальшому було проаналізовано наступний блок соціальних індикаторів, який стосувався перебування пацієнтів у протитуберкульозних диспансерах.

Найперше для первинної вибірки медичних карт стаціонарних хворих обох груп був визначений спектр клінічних діагнозів у частині випадків на підставі попередньої історії лікування ТБ. Він констатував наявність певних регіональних тенденцій, оскільки зустрічаються однакові області-лідери за видами резистентності в обох групах. Однак ще більш виражені регіональні підходи були

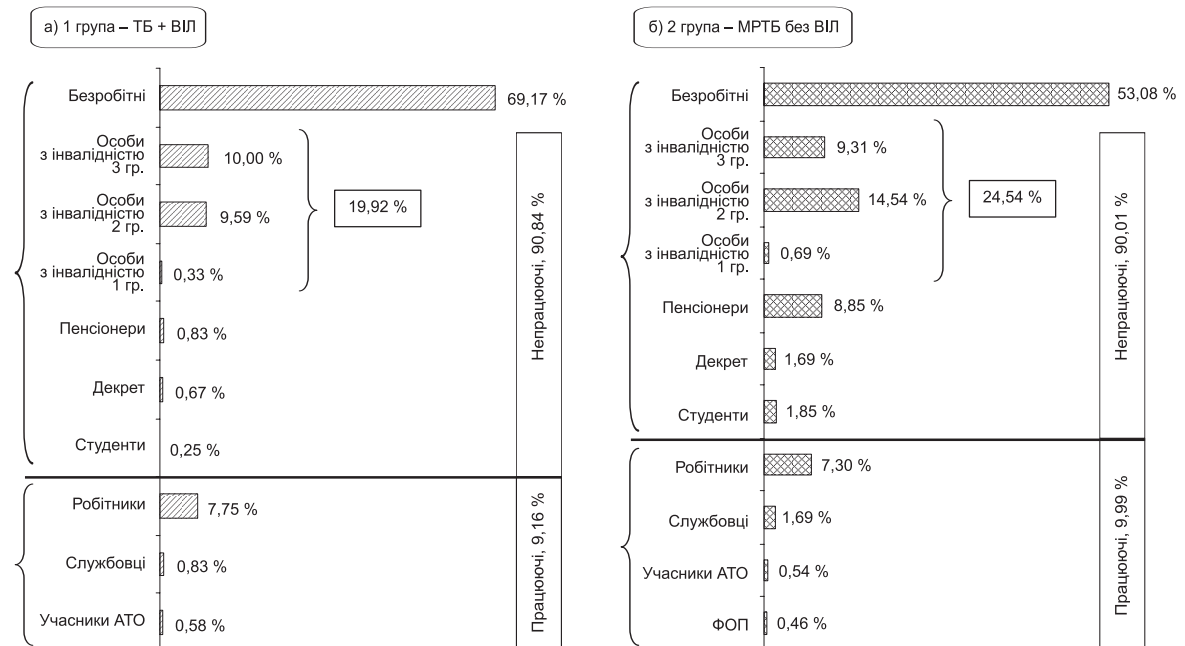


Рис. 6. Розподіл медичних карток стаціонарних хворих на ТБ/ВІЛ (а) і МРТБ (б) за соціальним статусом пацієнтів

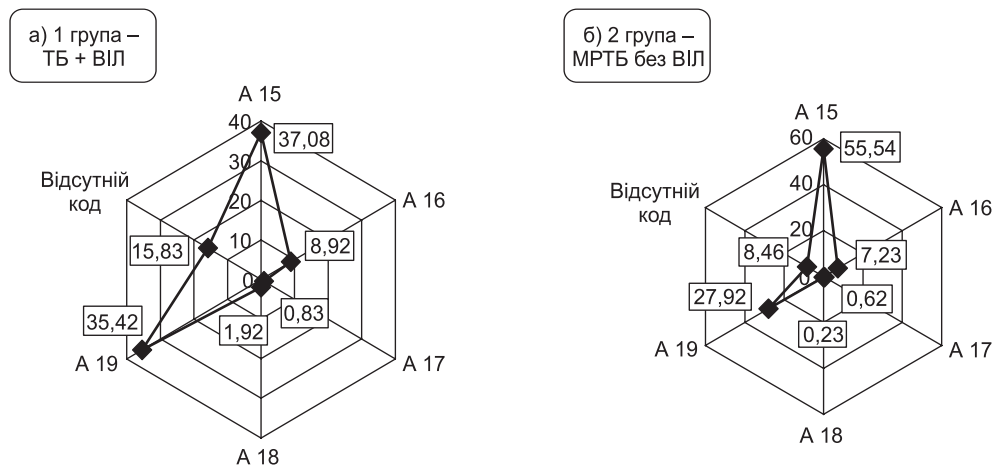


Рис. 7. Розподіл медичних карт стаціонарних хворих на ТБ / ВІЛ (а) і МРТБ (б) за кодами нозологій блоку «А 15–А 19 Туберкульоз»: А 15 – ТБ органів дихання, підтверджений бактеріологічно та гістологічно; А 16 – ТБ органів дихання, не підтверджений бактеріологічно та гістологічно; А 17 – ТБ нервової системи; А 18 – ТБ інших органів; А 19 – міліарний ТБ

виявлені у кодуванні медичних карт за МКХ. При аналізі були виявлені ПТЗОЗ, які представили широкий спектр шифрів діагнозів, особливо у 1 групі хворих – 14–20 (Дніпропетровська, Херсонська, Одеська, Івано-Франківська). Одночасно у Миколаївській, Рівненській областях та м. Києві була відзначена практика присвоєння 1–4 типових шифрів для обох груп. Тому для уніфікації висновку щодо цього індикатора на рис. 7 подано розподіл медичних карт обох груп за кодами нозологій блоку «А 15–А 19 Туберкульоз».

Отже, за результатами аналізу кодів блоку «Туберкульоз» (рис. 7) виявлено домінування в обох групах нозології «А 15 – ТБ органів дихання, підтверджений бактеріологічно та гістологічно». Однак у групі МРТБ/РРТБ ця нозологія мала більш явну перевагу – 55,54 % проти 37,08 % у групі ТБ/ВІЛ. Водночас у 1-й групі 35,42 % становив міліарний ТБ (А 19). Це свідчить про те, що у хворих на ВІЛ-інфекцію ТБ перебігає важче та з гіршим прогнозом порівняно із групою хворих на МРТБ. Код ТБ був відсутній у 15,83 % пацієнтів із ВІЛ-інфекцією, що можна пояснити діагнозом В 20.0 – «Хвороба, зумовлена ВІЛ з проявами мікобактерійної інфекції». Але відсутність коду МКХ на 8,46 % медичних карт хворих на лікарсько-стійкий ТБ свідчить про погрішності у веденні медичної документації. Виявлено, що перевага певних кодів МКХ має виражену регіональну прив'язку і не залежить від групи аналізу.

Розподіл медичних карт за причинами виписування хворих із ПТЗОЗ наведено на рис. 8.

Аналіз лікарських призначень щодо призначення паліативного лікування виявив, що серед пацієнтів, яким показаний «Хоспіс», були такі, які від початку перебування у ПТЗОЗ отримували симптоматичну терапію, як і ті, що були переведені на таку терапію після стандартної протитуберкульозної. Загалом виявлено, що хворих із ко-інфекцією ТБ/ВІЛ частіше переводили на паліативне лікування порівняно із хворими на МРТБ, оскільки частка претендентів на «Хоспіс» у першій групі становила 7,50 %, у другій – 5,23 %.

На рис. 9 наведено розподіл областей дослідження за часткою пацієнтів, переведених на паліативне лікування за групами спостереження, з якого видно, що така практика була присутня не в усіх регіонах.

Аналіз середньої кількості ліжко-днів, проведених хворими у ПТЗОЗ, дозволив установити, що 1200 хворих на ТБ/ВІЛ провели у стаціонарі 116 ± 93 ліжко-днів, а 1300 хворих на МРТБ – 158 ± 103 . Водночас хворі на моноінфекцію ТБ лікувалися довше не лише за загальним середнім показником на усю вибірку медичних карт, а й у кожній області зокрема (крім Запорізької). Найдовше перебували у ПТЗОЗ хворі Львівського диспансеру, як із супутньою ВІЛ-інфекцією, так і без неї (159 ± 87 та 197 ± 112).

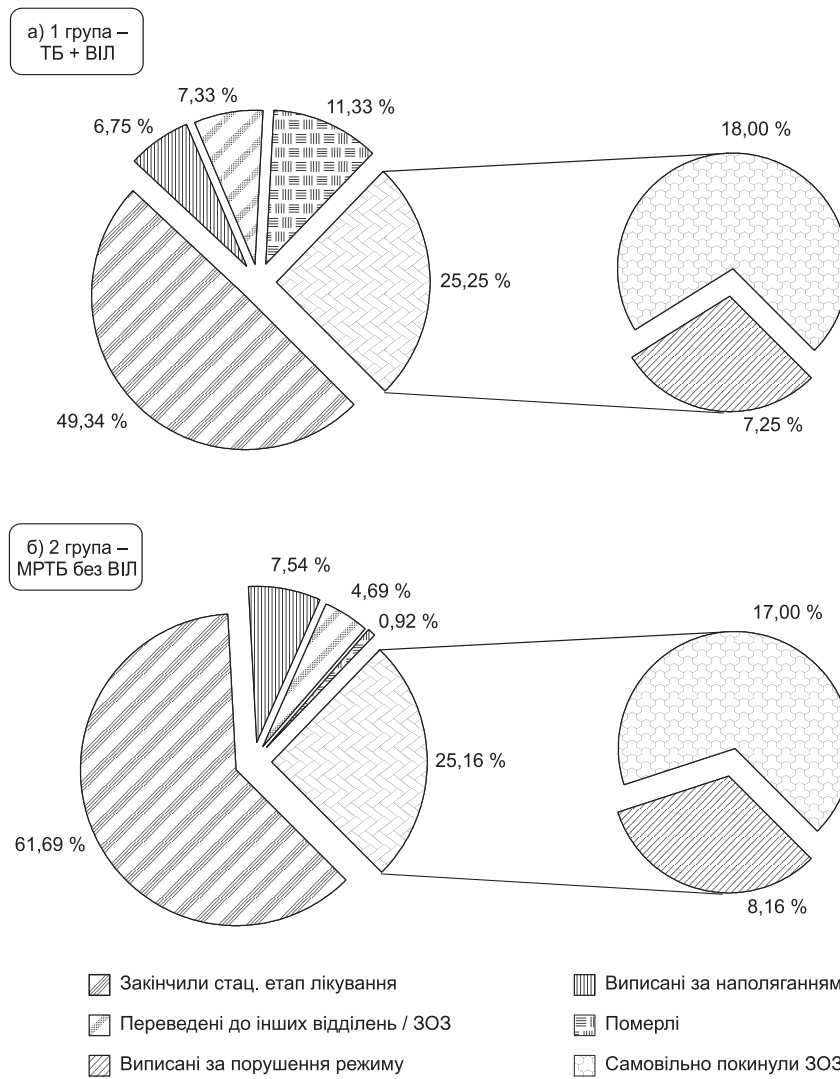


Рис. 8. Результат аналізу причин виписування хворих на ТБ/ВІЛ (а) і МРТБ (б)

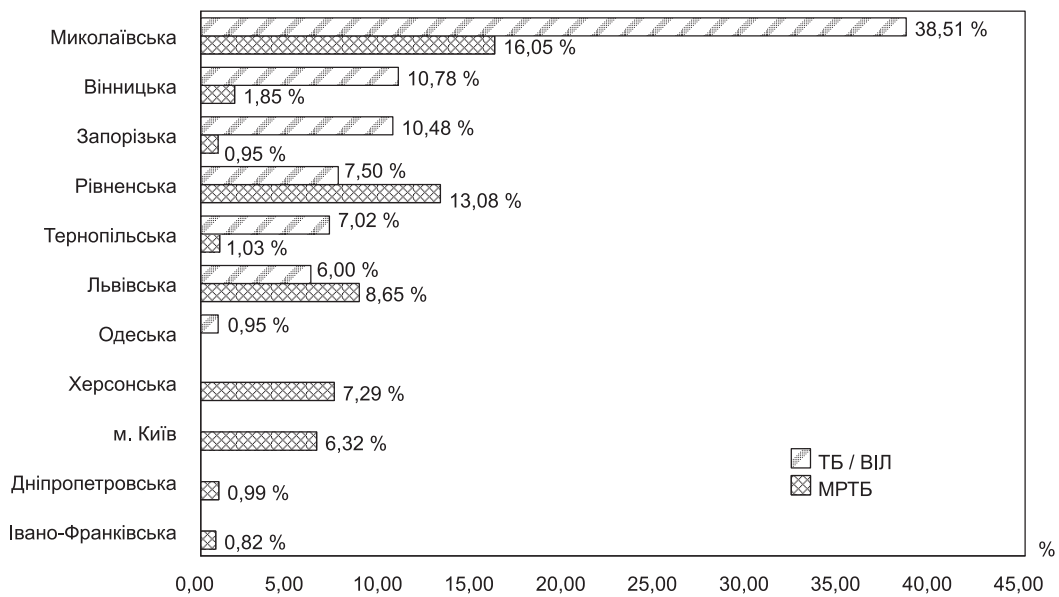


Рис. 9. Розподіл медичних карт хворих на ТБ/ВІЛ та МРТБ за часткою пацієнтів, переведених на паліативне лікування, у ракурсі регіонів дослідження

Висновки

1. Епідемії ТБ/ВІЛ та лікостійкого ТБ в Україні залишаються чоловічими хворобами, оскільки частка чоловіків у гендерній структурі хворих становить 72,25 і 75,62 % відповідно. А частка жінок залежить від регіону і була найвища в областях-лідерах за показниками розповсюдженості ВІЛ і ТБ.

2. Установлено, що на ТБ/ВІЛ і МРТБ хворіють здебільшого особи працездатного віку. Так, приблизно 94,41 % хворих на ТБ/ВІЛ та 73,38 % МРТБ були віком 22–51 рр. Група хворих на МРТБ була на 17,91 % старше. Найбільшу уразливість до ко-інфекції ТБ/ВІЛ у кожному регіоні показав віковий проміжок 32–41 рр., частка якого становить 57,82 %. Серед хворих на МРТБ він також був у лідерах, однак з часткою 29,46 %.

3. Вища ймовірність розвитку як ко-інфекції ТБ/ВІЛ, так і МРТБ є у жителів великих міст, а частка сільського населення на 9,7 % вища у групі хворих на МРТБ (43,31 % проти 33,61 %).

4. Обидві досліджувані групи хворих на 90 % належали до непрацюючого населення. Водночас більш несприятливою у соціальному плані є група хворих на ТБ із ВІЛ-інфекцією, оскільки власне безробітних у ній було 69,17 % проти 53,08 % у групі хворих на МРТБ.

5. За кодом МКХ як у першій, так і у другій групі переважала нозологія «А 15 – ТБ

органів дихання, підтверджений бактеріологічно та гістологічно» з вираженим домінуванням у групі хворих на МРТБ (37,08 % проти 55,54 %). Водночас у першій групі на 7,5 % частіше був виставлений код А 19 («Міліарний ТБ»), оскільки у хворих на ВІЛ-інфекцію ТБ перебігає важче і з гіршим прогнозом.

6. Закінчення стаціонарного етапу лікування – головна причина виписування 49,34 % хворих на ТБ/ВІЛ та 61,69 % МРТБ. Через самовільне залишення стаціонару чи зловживання алкоголем достроково перервало лікування 25 % хворих в обох групах, що свідчить про те, що недисциплінованість пацієнтів із ТБ не залежала від наявності супутньої ВІЛ-інфекції. Хворі на ТБ/ВІЛ провели у ПТЗОЗ 116 ± 93 ліжко-днів, а на МРТБ – 158 ± 103 ; пацієнтів із ТБ/ВІЛ частіше переводили на паліативну терапію (7,50 % проти 5,23 %).

Перспективи подальших розробок. Дослідження медичних карток стаціонарних хворих продовжується у частині аналізу листків призначень пацієнтів із ТБ/ВІЛ і МРТБ/РРТБ для проведення клініко-економічного аналізу основної – антиретровірусної та протитуберкульозної терапії і додаткової – терапії для лікування ускладнень основного діагнозу, супутніх хвороб.

Конфлікт інтересів: відсутній.

Перелік використаних джерел інформації

1. Угода про асоціацію між Україною, з однієї сторони, та Європейським Союзом, Європейським співтовариством з атомної енергії і їхніми державами-членами, з іншої сторони (ратифікована Законом України № 1678-VII від 16.09.2014 р.). [Електронний ресурс]. – Режим доступу : http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/984_011/
2. Тодоріко, Л. Д. Перспективи подолання туберкульозу в Україні / Л. Д. Тодоріко, В. І. Петренко, О. С. Шевченко // Туберкульоз, легеневі хвороби, ВІЛ-інфекція. – 2016. – № 1 (24). – С. 72–78.
3. Феценко, Ю. І. Нові перспективи подолання туберкульозу: Україна приєдналась до клінічних випробувань нової схеми лікування хворих на чутливий та хіміорезистентний туберкульоз / Ю. І. Феценко, С. О. Черенько // Здоров'я України. Тематичний номер «Пульмонологія, Алергологія, Риноларингологія». – 2015. – № 3 (31). – С. 36–37.
4. Феценко, Ю. І. Концепція реформування протитуберкульозної служби та оптимізація протитуберкульозних заходів в Україні (проект) / Ю. І. Феценко, В. М. Мельник, Л. В. Турченко // Український пульмонологічний журнал. – 2015. – № 1. – С. 5–9.
5. Нізова, Н. М. Поточні виклики для Державної установи «Центр громадського здоров'я Міністерства охорони здоров'я України» / Н. М. Нізова // Україна. Здоров'я нації. – 2017. – № 3. – С. 331–332.
6. WHO. Global Tuberculosis Report 2016 [Electronic resource] // World Health Organization. – 2016. – URL : <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/250441/1/9789241565394-eng.pdf?ua=1>
7. Центр громадського здоров'я МОЗ України. Туберкульоз. Епідеміологія [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <https://phc.org.ua/pages/diseases/tuberculosis/surveillance>

8. Немченко, А. С. Методика фармакоеконімічної оцінки нових технологій фармакотерапії хворих на ВІЛ-інфекцію / А. С. Немченко, К. Л. Косяченко, Ю. В. Корж // Управління, економіка та забезпечення якості в фармації. – 2012. – № 1. – С. 72–77.
9. Альянс громадського здоров'я: «Чорні діри» та «білі плями» епідемії ТБ в Україні [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://aph.org.ua/uk/novyny/chorni-diry-ta-bili-plyamy-epidemiyi-tuberkulozu-v-ukrayini/>
10. Миронюк, І. С. Соціально-демографічний портрет ВІЛ-інфікованого трудового мігранта-жителя Закарпатської області / І. С. Миронюк, В. Й. Шатило // Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. – 2014. – № 1 (59). – С. 54–58.
11. Рингач, Н. О. Використання даних соціологічних досліджень з проблеми ВІЛ/СНІД для потреб державного управління / Н. О. Рингач // Україна. Здоров'я нації. – 2010. – № 3. – С. 115–119.
12. Шевель, І. І. Туберкулез у ВІЧ-інфіцированных в крупном промышленном городе / І. І. Шевель, В. Г. Кий-Кокарева // Український медичний альманах. – 2012. – № 5. – С. 161–163.
13. Шевченко, О. С. Ко-інфекція ВІЛ/туберкульоз: динаміка епідеміологічної ситуації за останні п'ять років в Харківській області [Електронний ресурс] / О. С. Шевченко // Проблеми екологічної та медичної генетики і клінічної імунології : збірник наукових праць. – Київ ; Луганськ, 2013. – Вип. 1. – С. 350–354. – Режим доступу : http://nbuv.gov.ua/UJRN/pemgki_2013_1_44.
14. Федяк, І. О. Дослідження медико-соціального портрету пацієнта і пріоритетності серед схем антиретровірусної терапії у вітчизняних регіональних центрах СНІДУ / І. О. Федяк // Фармацевтичний журнал. – 2016. – № 6. – С. 40–49.
15. Федяк, І. О. Аналіз соціальних індикаторів епідемії ТБ/ВІЛ в Україні / І. О. Федяк, П. І. Федяк // Фармацевтичний часопис. – 2017. – № 4. – С. 112–122.
16. Про затвердження форм первинної облікової документації та Інструкцій щодо їх заповнення, що використовуються у ЗОЗ незалежно від форми власності та підпорядкування [Електронний ресурс] : наказ МОЗ України від 14.02.2012 р. № 110. Інструкція щодо заповнення форми первинної облікової документації № 003/о «Медична карта стаціонарного хворого № __». – Режим доступу : <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/z0661-12>.
17. Дворецька, Г. В. Соціологія : навч. посіб. / Г. В. Дворецька. – 3-тє вид., перероб. і доп. – К. : КНЕУ, 2013. – 428 с.
18. Котвіцька, А. А. Підходи щодо оптимізації фармацевтичного та медичного забезпечення хворих на псоріаз / А. А. Котвіцька, В. В. Карло // Фармацевтичний журнал. – 2014. – № 6. – С. 18–22.

References

1. Zakon Ukrainy vid 16.09.2014 No. 1678-VII "Association Agreement between Ukraine, on the one hand, and the European Union, the European Atomic Energy Community and their Member States, on the other hand". Available at: http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/984_011/
2. Todoriko, L. D., Petrenko, V. I., Shevchenko, O. S. (2016). *Tuberkuloz, lehenevi khvoroby, VIL-infektsiia*, 1, 72–78.
3. Feshchenko, Yu. I., Cherenko, S. O. (2015). *Zdorovia Ukrainy*, 3, 36–37.
4. Feshchenko, Yu. I., Melnyk, V. M., Turchenko, L. V. (2015). *Ukrainskyi pulmonolohichniy zhurnal*, 1, 5–9.
5. Nizova, N. M. (2017). *Ukraina. Zdorovia natsii*, 3, 331–332.
6. WHO. (2016). *Global Tuberculosis Report 2016*. World Health Organization. Available at: <http://apps.who.int/medicinedocs/documents/s23098en/s23098en.pdf>
7. Tsentri hromadskoho zdorov'ia MOZ Ukrainy. Tuberkuloz. Epidnahliad. (2016). Available at: <https://phc.org.ua/pages/diseases/tuberculosis/surveillance/statistical-information>
8. Nemchenko, A. S., Kosiachenko K. L., Korzh, Yu. V. (2012). *Upravlinnia, ekonomika ta zabezpechennia yakosti v farmatsii*, 1, 72–77.
9. Alians hromadskoho zdorov'ia: "Chorni diry" ta "bili pliamy" epidemii TB v Ukraini. Available at: <http://aph.org.ua/uk/novyny/chorni-diry-ta-bili-plyamy-epidemiyi-tuberkulozu-v-ukrayini/>
10. Myroniuk, I. S., Shatylo, V. I. (2014). *Visnyk sotsialnoi hihiieny ta orhanizatsii okhorony zdorov'ia Ukrainy*, 1 (59), 54–58.
11. Rynhach, N. O. (2010). *Ukraina. Zdorovia natsii*, 3, 115–119.
12. Shevel, I. I., Kii-Kokareva, V. G. (2012). *Ukrainskyi medychnyi almanakh*, 5, 161–163.
13. Shevchenko, O. S. (2013). *Problemy ekolohichnoi ta medychnoi henetyky i klinichnoi imunolohii*. Kyiv; Luhansk, 1, 350–354. Available at: http://nbuv.gov.ua/UJRN/pemgki_2013_1_44
14. Fediak, I. O. (2016). *Farmatsevychnyi zhurnal*, 6, 40–49.
15. Fediak, I. O., Fediak, P. I. (2017). *Farmatsevychnyi chasopys*, 4, 112–122.

16. Ministerstvo okhorony zdorovia Ukrainy. (2012). Nakaz vid 14.02.2012 No 110 "Pro zatverdzhennia form pervynnoi oblikovoi dokumentatsii ta Instruksii shchodo yikh zapovnennia, shcho vykorystovuiutsia u zakladakh okhorony zdorovia nezalezhno vid formy vlasnosti ta pidporiadkuvannia". Instruksiiia shchodo zapovnennia formy pervynnoi oblikovoi dokumentatsii No. 003/o "Medychna karta statsionarnoho khvoroho No. __". Available at: <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/z0661-12>
17. Dvoretzka, H. V. (2013). *Sociology: A manual*. Kyiv: Kyiv National Economic University named after Vadym Hetman.
18. Kotvitska, A. A., Karlo, V. V. (2014). *Farmatsevychnyi zhurnal*, 6, 18–22.

Відомості про авторів:

Федяк І. О., кандидат фармацевтичних наук, доцент кафедри організації та економіки фармації і технології ліків, ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет». E-mail: Irynaf@tvnet.if.ua

Федяк П. І., студент 3 курсу медичного факультету, ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»

Information about authors:

Fedyak I., Candidate of Pharmacy (PhD), associate professor of the Department of Organization and Economics of Pharmacy and Drug Technology, Ivano-Frankivsk National Medical University. E-mail: Irynaf@tvnet.if.ua

Fedyak P., 3rd year student of the Medical Faculty, Ivano-Frankivsk National Medical University

Сведения об авторах:

Федяк И. О., кандидат фармацевтических наук, доцент кафедры организации и экономики фармации и технологии лекарств, ГБУЗ «Ивано-Франковский национальный медицинский университет». E-mail: Irynaf@tvnet.if.ua

Федяк П. И., студент 3 курса медицинского факультета, ГБУЗ «Ивано-Франковский национальный медицинский университет»

Надійшла до редакції 29.12.2017 р.