

- выявлять основные недостатки, препятствующие коррекции факторов риска БСК;
- вырабатывать на основе полученных оценок корректирующие мероприятия;
- оценивать качество профилактического консультирования;
- систематизировать медицинскую информацию амбулаторных карт.

ЛИТЕРАТУРА

1. Экспертная оценка диспансеризации пациентов трудоспособного возраста с болезнями системы кровообращения в условиях первичного звена здравоохранения / Я. И. Будник [и др.] // Проблемы здоровья и экологии. — 2013. — № 4 (38). — С. 118–123.
2. Оганов, Р. Г. Артериальная гипертензия — проблема поликлиническая / Р. Г. Оганов, В. А. Галкин, Г. Я. Масленникова // Терапевтический архив. — 2006. — № 1. — С. 6–9.
3. Индейкин, Е. Н. Клинический аудит: опыт Великобритании / Е. Н. Индейкин // Качество медицинской помощи. — 2002. — № 2. — С. 45–53.

УДК 616-002.5-036.22(476.2)

ЭПИДЕМИЧЕСКАЯ СИТУАЦИЯ ПО ТУБЕРКУЛЕЗУ В ГОРОДЕ ГОМЕЛЕ

Буйневич И. В.¹, Михасёв М. Н.², Коржич Т. А.², Ширяев А. С.³, Бутько С. В.³

¹Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

²Филиал № 7 Государственного учреждения здравоохранения

«Гомельская центральная городская поликлиника»

³Учреждение

«Гомельская областная туберкулезная клиническая больница»

г. Гомель, Республика Беларусь

По данным экспертов ВОЗ подавляющее большинство бремени туберкулеза в Европейском регионе приходится на 18 высокоприоритетных стран (84 % заболеваемости, 85 % распространенности, 91 % смертности от туберкулеза, 90 % сочетанных инфекций туберкулез и ВИЧ, 99 % мультирезистентного туберкулеза). По уровню заболеваемости с учетом рецидивов Республика Беларусь в 2013 г. была на 6 месте в этом списке [1].

Несмотря на то, что эпидемиологическая ситуация по туберкулезу в Республике Беларусь в последние годы характеризуется как стабильная и контролируемая, сохраняется высокий уровень распространенности туберкулеза, наблюдается рост количества случаев мультирезистентного (МЛУ-ТБ) и ВИЧ-ассоциированного туберкулеза, а также рецидивов заболевания [2].

По распространенности МЛУ-ТБ Республика Беларусь занимает одно из первых мест в Европейском регионе. За последние 5 лет количество пациентов с МЛУ-ТБ возросло в 4 раза, а количество случаев туберкулеза с широчайшей лекарственной устойчивостью (ШЛУ-ТБ) — в 10 раз. Рост МЛУ-ТБ увеличивает в десятки раз экономическую нагрузку на государство, вследствие возрастания потребности в диагностическом оборудовании, расходных материалах, удорожания (в 100 раз и более) затрат на лечение, удлинения сроков и снижения эффективности лечения [3].

Принципиальная схема эпидемического процесса туберкулеза представлена тремя взаимодействующими факторами: источником инфекции, путями передачи инфекции и объектом влияния инфекции, к которому относится организм человека или популяция. Всем известно, что нарушение связи между звеньями эпидемического процесса возможно, в первую очередь, при улучшении социально-экономического состояния общества. Но это процесс, который совершается на протяжении длительного периода времени. Необходимы вмешательства, которые ускорят процесс снижения распространенности туберкулеза в обществе.

Экономический кризис в 90-х – начале 2000-х годов повлиял на ухудшение качества противотуберкулезных мероприятий, что не позволяло рассчитывать на улучшение эпидемиологической ситуации по туберкулезу. Перебои со снабжением противотуберкулезными препаратами, отсутствие стандартных схем химиотерапии, недостаточный контроль лечения на стационарном и амбулаторном этапах привели к формированию в настоящее время высокого уровня лекарственной устойчивости [1].

Учитывая актуальность проблемы, вопросы по организации противотуберкулезной работы в республике находятся под контролем государства. В 2000 г. была утверждена первая Государственная программа «Туберкулез» на 2000–2002 гг. Вторая программа действовала в течение 2005–2009 гг. Результатом стало внедрение в практику основных компонентов стратегии DOTS (Directly Observed Treatment, Short-course — лечение коротким курсом под непосредственным наблюдением), что позволило улучшить эпидемиологическую ситуацию по туберкулезу. В 2010–2014 гг. в рамках третьей Государственной программы «Туберкулез» началось наступление на МЛУ-ТБ. Дополнительно к го-

сударственному финансированию в республику были привлечены финансовые ресурсы Глобального фонда для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией [2].

Одним из компонентов стратегии DOTS, определяющим успех в решении проблемы туберкулеза, является организация контролируемой химиотерапии на всех этапах лечения пациента. Укрепление системы лечения в республике достигается путем сокращения времени пребывания пациентов в стационаре при условии надежного функционирования контролируемой химиотерапии в амбулаторных условиях. Наиболее сложным в плане организации контролируемого лечения является амбулаторный компонент.

Цель

Анализ эпидемической ситуации по туберкулезу в крупном промышленном городе.

Материал и методы исследования

Проведено исследование динамики некоторых эпидемиологических показателей по туберкулезу в городе Гомеле в течение 10-ти лет. Гомель является вторым по величине и экономическому потенциалу городом Республики Беларусь с развитой инфраструктурой, промышленностью, наукой и культурой. Около 4 % всего объема выпускаемой промышленной продукции в республике и 20 % в Гомельской области приходится на промышленный комплекс г. Гомеля. Население города на 01.04.2014 г. составило 522 тыс. человек, при этом людей трудоспособного возраста — 63,3 %. Площадь Гомеля составляет 135 км². Город разделен на 4 административных района. Противотуберкулезные мероприятия осуществляет филиал № 7 Государственного учреждения здравоохранения «Гомельская центральная городская поликлиника» (бывший Гомельский городской противотуберкулезный диспансер).

Результаты исследования и их обсуждение

К началу XXI в. в г. Гомеле сложилась непростая ситуация по туберкулезу. В 2005 г. первичная заболеваемость всеми формами туберкулеза находилась на уровне 48,9 на 100 тыс. населения. При этом удельный вес впервые выявленных пациентов с туберкулезом органов дыхания составил 92 %. Почти у 1/3 из них наблюдалась деструкция легких. Микобактерии туберкулеза были обнаружены всего у 16,5 % пациентов. Показатель общей заболеваемости (болезненности) туберкулезом органов дыхания достигал 95,1 на 100 тыс.

Благодаря реализации мероприятий Государственной программы «Туберкулез» в 2005–2009 гг., в г. Гомеле появилась тенденция к снижению первичной и общей заболеваемости туберкулезом. В это время в городе интенсивно внедрялись мероприятия по организации контролируемого лечения пациентов с туберкулезом, повышения приверженности к лечению. Активизировалась работа с «угрожаемыми» контингентами.

Все это привело к снижению показателя заболеваемости в 2009 г. до 41,1 на 100 тыс., что на 16 % меньше, чем в 2005 г. Показатель общей заболеваемости снизился на 9 % (86,4).

В следующем пятилетии (2010–2014 гг.) сохранилась тенденция по снижению заболеваемости туберкулезом. В 2014 г. первичная заболеваемость составила 29,9 на 100 тыс. населения, общая заболеваемость — 55,9 на 100 тыс.

Таким образом, за 10 лет удалось добиться снижения заболеваемости туберкулезом на 38,9 %, общей заболеваемости туберкулезом органов дыхания — на 41,3 %.

В то же время в 2010–2014 гг. в несколько раз увеличилось число бактериовыделителей по сравнению с 2005–2009 гг. Если в 2009 г. МБТ были обнаружены у 15,8% пациентов, то в 2014 г. этот показатель составил 58,1%. На это повлияло изменение методики микробиологической диагностики туберкулеза. Произошло снижение кратности посевов, более дифференцированный подход к контингентам, нуждающимся в бактериологическом обследовании, стали применяться щадящие методы предпосевной обработки материала, были внедрены новые «быстрые» методы обнаружения МБТ (посевы с использованием автоматизированной системы ВАСТЕСМГИТ 960 и молекулярно-генетические исследования). Этот комплекс мероприятий позволил улучшить качество выявления бактериовыделителей.

Внедрение современных методов детекции и идентификации микобактерий связано еще и с необходимостью быстрой диагностики лекарственно-устойчивых форм туберкулеза для принятия правильного решения в отношении химиотерапии. Проблема лекарственно-устойчивого туберкулеза для г. Гомеля на сегодняшний день обозначилась особенно остро. Среди впервые выявленных пациентов с туберкулезом органов дыхания удельный вес бактериовыделителей с мультирезистентными микобактериями составляет более 30 %. А среди ранее леченных — около 70 %.

Негативное влияние на эпидемиологическую обстановку оказывает и проблема ВИЧ-ассоциированного туберкулеза. В Гомельской области в 2002 г. зарегистрированы первые случаи сочетанной инфекции. С тех пор отмечен неуклонный рост удельного веса ВИЧ-ТБ среди впервые выявленных пациентов. Если в 2002 г. таких случаев было 0,9 %, то в 2014 г. — 16,2 %. В г. Гомеле обстановка по этой проблеме несколько лучше, но тенденции аналогичные. В 2010 г. зарегистрировано 3,8 % среди впервые выявленных, а в 2014 г. — уже 9,0 %.

Показатель смертности от туберкулеза в последние годы приобрел тенденцию к неуклонному снижению. Если в 2007 г. смертность составила 12,4 на 100 тыс., то к 2014 г. этот показатель снизился до 4,8 на 100 тыс.

Заключение

Таким образом, на фоне достижений в борьбе с туберкулезом, сохраняется колоссальная проблема в виде лекарственно-устойчивого и ВИЧ-ассоциированного туберкулеза, требующая интенсивного вмешательства. Своевременное выявление и адекватное лечение пациентов, страдающих туберкулезом, наиболее эффективно снижает опасность распространения туберкулеза в популяции. Показатели распространенности туберкулезной инфекции будут снижаться, если каждый из источников инфекции заразит меньшее число лиц из своего окружения. Современная химиотерапия способна быстро прекратить бактериовыделение.

Основной составляющей успешного лечения является организация контролируемого приема противотуберкулезных препаратов на всех этапах химиотерапии. Наиболее ответственным и сложным является амбулаторный этап лечения. Гомель стал первым городом в республике, где амбулаторное лечение туберкулеза проводится при непосредственном участии амбулаторно-поликлинической службы. Эта модель организации контролируемого лечения полностью доказала свою жизнеспособность и эффективность.

ЛИТЕРАТУРА

1. Tuberculosis surveillance and monitoring in Europe 2014 // Surveillance Report. Stockholm: European Centre for Disease Prevention and Control, 2014.
2. Эффективные пути решения проблемы туберкулеза с множественной лекарственной устойчивостью в Республике Беларусь / Е. М. Скрягина [и др.] // Туб. и болезни легких. — 2014. — № 3. — С. 18–23.
3. Эпидемическая ситуация по туберкулезу в Республике Беларусь и принимаемые меры по уменьшению распространения туберкулезной инфекции / Г. Л. Гуревич [и др.] // Туберкулез современного периода: материалы Междунар. науч.-практ. конф. «Современные медицинские технологии в диагностике, лечении и диспансерном наблюдении пациентов с туберкулезом» (г. Минск, 7–8 июня 2012 года) / ред. кол.: Г. Л. Гуревич (председатель) [и др.]. — Минск, 2012. — С. 19–26.

УДК 179

БИМЕДИЦИНСКАЯ ЭТИКА В КОНТЕКСТЕ МЕДИКАЛИЗАЦИИ СОВРЕМЕННОГО ОБЩЕСТВА

Бурсевич В. В.

**Учреждение образования
«Белорусский государственный медицинский университет»
г. Минск, Республика Беларусь**

Введение

Такие сферы, как юриспруденция и медицина, где человек, находясь в пограничных обстоятельствах, вынужден отдавать себя в руки другого человека, издревле были связаны с нормами корпоративной этики, что отразилось в создании профессиональных клятв и кодексов. Однако формирование биомедицинской этики как особой дисциплины, а затем и обязательной составляющей образования врача, связано лишь со второй половиной XX века. По причине своей относительной новизны биомедицинские принципы не реализуются на сто процентов в повседневной деятельности врачей, что не может не заинтересовать исследователя.

Цель

В данной статье делается попытка рассмотреть основные факторы, повышающие роль этики в обучении и профессиональной деятельности врача, особый акцент делается на оценке этических последствий такого явления, как медицинализация, а также анализируются проблемы укоренения биомедицинских ценностей в моральном сознании белорусского врача.

Методы исследования

В работе использованы общелогические методы (анализ, синтез, логическое деление), метод теоретической реконструкции.

Результаты исследования и их обсуждение

Обычно процесс становления биомедицинской этики принято объяснять следующими факторами. Во-первых, антропологическим поворотом в современной науке. Поскольку, как отмечает М. Полани: «Идеал безличной, беспристрастной истины подлежит пересмотру с учетом глубоко личного характера того акта, посредством которого провозглашается истина» [1, с. 105], а наука выстраивается как коммуникация уникальных личностей, привносящих в нее свой индивидуальный жизненный опыт, постольку ее результаты всегда вплетены в исторический, культурный и социальный контексты, они просто не могут быть этически нейтральными.