

Роль сімейного лікаря у наданні медичної допомоги при соціально значущих захворюваннях

О.Г. Назарова¹, О.К. Дуда², С.М. Зоріна¹, В.Б. Замкевич¹

¹Національний медичний університет ім. О.О.Богомольця, м. Київ

²Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, м. Київ

На підставі аналізу поширеності туберкульозу серед населення виявлено проблему щодо забезпечення медичною допомогою. Надання якісної медичної допомоги хворим на туберкульоз потребує підвищення її ефективності, безпечності, справедливості, доступності, достатності та спрямованості на пацієнта, особливо на рівні первинного контакту. Висвітлено роль і місце у вирішенні цієї проблеми сімейного лікаря.

Ключові слова: туберкульоз, ВІЛ-інфекція/СНІД, медична допомога.

Однією з головних загроз для здоров'я людства серед інфекційних хвороб у сучасний період є туберкульоз. Сьогодні ця хвороба не ліквідована в жодній країні, тому послаблення боротьби з нею у багатьох економічно розвинутих країнах було передчасним і призвело до виходу ситуації з-під контролю [9, 11, 34, 42, 43, 44, 46, 48, 49]. Туберкульоз – це соціальна хвороба, тому рівень захворюваності на нього зростає в країнах, де погані соціально-економічні умови, низькі добробут народу, низька його освіченість, примітивна санітарна культура [41, 43, 44, 49, 50]. У квітні 1993 року Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ) проголосила туберкульоз глобальною небезпекою [41].

Епідемія туберкульозу в більшості малорозвинених країн поширюється все більше і стає дедалі небезпечнішою [44, 49]. Недоліки в роботі системи охорони здоров'я, поширення вірусу імунодефіциту людини – ВІЛ/СНІДу і розвиток стійких до ліків форм туберкульозу – усе це сприяє розвитку епідемії [1, 2, 46–49]. Щороку в усьому світі все більше людей помирає внаслідок цієї хвороби [50].

Початок 90-х років минулого століття став етапом, коли більшість країн світу повернулися обличчям до загрози світової епідемії туберкульозу [46–50]. Епідеміологічні дослідження показали, що 95% усіх випадків туберкульозу припадало на країни, що розвиваються [43, 44, 50]. З початку 90-х років ХХ ст. у країнах Африки і колишнього Радянського Союзу захворюваність на туберкульоз зростала відповідно на 10% і 7% за рік. Росія та Україна входять до числа 22 країн з високим тягарем туберкульозу [34, 37–39].

У країнах Європейського регіону спалах туберкульозу відзначали в східному регіоні, особливо в країнах колишнього Радянського Союзу [9, 11, 19, 26, 30]. Рівень захворюваності перевищував межу 100 випадків на 100 тис. населення в більшості країн Східної Європи. Зважаючи на значне поширення туберкульозу в Європейському регіоні, ВООЗ проголосила про глобальну небезпеку щодо туберкульозу [39, 40, 41, 50]. ВООЗ була розроблена стратегія контролю над туберкульозом, яка гарантувала найкращий спосіб застосування протитуберкульозних препаратів, що існують – короткострокове лікування під прямим наглядом. Цю стратегію використовують і в Україні [6–8, 21–23, 29].

В Україні епідемія туберкульозу оголошена у 1995 році, коли почали відзначати стрімке збільшення захворюваності та смертності від цієї хвороби. Захворюваність на туберкульоз, починаючи із 1992 року, неухильно зростала і збільшилась за цей період у 2,4 разу – з 35,0 випадку на 100 тис. населення до 84,5 в 2005 році, коли відзначали максимальний рівень цього показника. Показник смертності за період епідемії збільшився у 2,7 разу – з 9,5 випадку у 1992 році до 25,3 випадку на 100 тис. населення в 2005 році. У деяких областях країни кожен третій ВІЛ-позитивний хворий помирає внаслідок туберкульозу. А оскільки їх не лікують, вони є джерелом зараження туберкульозом здорових ВІЛ-негативних людей [5, 6, 15, 18]. В Україні нижчі рівні захворюваності на туберкульоз, смертності від нього та поширеності серед населення, ніж у Росії, Казахстані, Киргизстані, Молдові. Проте вищі, ніж у Білорусії, Вірменії [9, 11, 19, 34, 35].

Збільшується захворюваність на поєднане захворювання туберкульоз/ВІЛ-інфекція. Туберкульоз залишається основною причиною смерті хворих на СНІД [22–24, 26, 27, 37].

Незважаючи на позитивні зрушення в контролі за туберкульозом, ситуація з туберкульозом в Україні лишається загрозливою, оскільки рівень захворюваності на туберкульоз, смертності від нього ще залишається на епідемічному рівні, і на цьому фоні відзначають поширення мультирезистентного туберкульозу [3, 5, 6].

Україна віднесена до 27 країн світу, в яких зосереджено 85 % всього тягара мультирезистентного туберкульозу [11], та посідає 4-е місце в світі за поширеністю мультирезистентного туберкульозу серед хворих з новими випадками туберкульозу. В Україні зареєстровані випадки розширеної медикаментозної резистентності (майже до усіх відомих протитуберкульозних препаратів), як і в 54 країнах світу [9, 11, 15–17, 25].

В Україні туберкульоз сьогодні розглядається як СНІД-індикаторне захворювання. Це поєднання туберкульозу та ВІЛ-інфекції ускладнює надання якісної медичної допомоги таким хворим [50].

Основними чинниками, що призвели до такої ситуації, є недоліки щодо доступності і якості медичного обслуговування та соціального захисту населення України, її неготовність до цивілізованих ринкових відносин, до яких на сьогоднішній день перейшла країна, зниження рівня і погіршення якості життя переважної більшості населення, значний відсоток якого перебуває за межею бідності [12–14, 20, 21, 25, 31–33]. Соціальна незахищеність, безробіття, що супроводжуються стресами, наслідки Чорнобильської катастрофи та епідемія ВІЛ/СНІДу стали тими факторами, які створили негативний синергетичний ефект перебігу епідемії туберкульозу в Україні.

Найбільш ризикують ураженням на ВІЛ-асоційований туберкульоз в Україні: групи людей, що живуть за межею бідності, у тому числі пенсіонери; ВІЛ-інфіковані; споживачі наркотиків; ув'язнені; особи, що перебувають під вартою до

рішення суду або звільняються з місць позбавлення волі; легальні та нелегальні мігранти, біженці, безпритульні, бездомні, ромське населення; представники уразливих до туберкульозу професій (медики, шахтарі тощо) [34–36].

Серед хворих із вперше діагностованим туберкульозом соціально незахищені верстви населення складають 66,7%. Із них особи працездатного віку, які не працюють, – 51%, пенсіонери – 13,3%, більшість з яких мають пенсії, менші за прожитковий мінімум. Понад 30% ВІЛ-інфікованих, яких, за оцінками експертів, в Україні 1 млн 400 тис. осіб, хворіють на туберкульоз, близько 40% хворих на СНІД від нього помирають. Ситуація ускладнюється тим, що в Україні швидко зростає рівень туберкульозу з множинною медикаментозною резистентністю, що збільшує вартість лікування таких хворих майже у 100 разів. Так, зокрема, у виявлених в останні роки хворих первинна хіміорезистентність збудника туберкульозу до основних протитуберкульозних препаратів становила 25–30%, вторинна – 70%. Вимогою реальних успіхів у подоланні епідемії туберкульозу є надання якісної медичної допомоги хворим на туберкульоз, ВІЛ-асоційований туберкульоз та мультирезистентний туберкульоз [28–30, 45].

Якість медичної допомоги – це сходинка, з якої медичне обслуговування окремих пацієнтів та популяції в цілому підвищує ймовірність досягнення бажаного результату лікування відповідно до сучасних професійних знань [33, 34].

Надання якісної допомоги починається з першого контакту хворого з системою охорони здоров'я в Україні на рівні первинної медичної допомоги, основною ланкою якого є сімейний лікар [34].

Сімейний лікар (в Україні – лікар загальної практики – сімейної медицини, за наказом МОЗ 2011) – це лікар, який отримує спеціалізовану багатопрофільну підготовку з надання первинної медико-санітарної допомоги членам родини будь-якого віку та статі.

Поняття „лікар загальної практики – сімейної медицини” склалося еволюційним шляхом в історичних умовах часу в ряді європейських країн. Процес впровадження сімейної медицини в Україні – тривалий і непростий – почався з експерименту у Львівській області у 1987 році, коли у місті Дрогобичі було відкрито першу амбулаторію загальної практики – сімейної медицини. А з 1995 року розпочато підготовку сімейних лікарів за програмою, затвердженою Міністерством охорони здоров'я України.

Посаду сімейного лікаря може займати лікар, який пройшов підготовку в інтернатурі за спеціальністю „Загальна практика – сімейна медицина”, або лікарі за спеціальностями „Лікувальна справа” і „Педіатрія”, що пройшли підготовку у вищих медичних закладах післядипломної освіти за спеціалізацією із сімейної медицини і отримали сертифікат за спеціальністю „Загальна практика – сімейна медицина”.

Вимоги до роботи сімейного лікаря згідно з критеріями WONCA (Всесвітня організація сімейних лікарів) щодо хворих на туберкульоз це :

1. Надання первинної медичної допомоги (вміння проводити первинне обстеження пацієнта; координація діяльності з фахівцями-фтизіатрами);
2. Особлива увага до пацієнта (здатність приділяти увагу інтересам пацієнта; вміння встановлювати продуктивні стосунки з пацієнтом і використання цих навичок під час роботи із хворим на туберкульоз, забезпечення безперервності надання меддопомоги тривалий час);
3. Вміння вирішувати певні проблеми пацієнта (прийняття рішення на основі знань про захворюваність та поширеність даної патології серед даної групи населення, виявлення хвороб на ранніх стадіях та негайне направлення з метою уточнення діагнозу до фахівців-фтизіатрів);

4. Організація для пацієнта необхідних оздоровчих заходів;

5. Соціальна спрямованість;

6. Цілісне уявлення про захворювання.

Серед обов'язків сімейного лікаря особлива роль крім надання первинної медичної допомоги населенню належить проведенню санітарно-освітньої роботи з виховання населення у питаннях формування, збереження і зміцнення здоров'я членів сім'ї, само- і взаємодопомоги [10]. Надання консультативної допомоги сім'ям з питань етики, психології, гігієни. Однією з важливих складових частин боротьби з туберкульозом є освітня робота серед населення і пацієнтів. Щоб донести до населення необхідну інформацію про туберкульоз, необхідно переконати його в необхідності якомога ранішого звернення до лікаря і постійного вживання протитуберкульозних препаратів, що є першим завданням сімейного лікаря. Разом з цим завданням важливим аспектом є просвітницько-навчальна робота щодо ВІЛ-інфекції та СНІДу. Здійснення профілактичної роботи, спрямованої на виявлення ранніх і прихованих форм захворювання і факторів ризику. Сімейний лікар здійснює динамічне спостереження за станом здоров'я членів сімей з проведенням необхідного обстеження і оздоровлення за індивідуальним комплексом лікувально-оздоровчих заходів. Своєчасно направляє хворих для одержання медичної допомоги, направляє на госпіталізацію планових і ургентних хворих у встановленому порядку, проводить реабілітаційні заходи, а також експертизу тимчасової втрати працездатності пацієнтів відповідно до чинного законодавства і здійснює направлення на МСЕК. Сімейний лікар сприяє організації медико-соціальної і побутової допомоги спільно з органами соціального захисту і службами милосердя самотнім, особам похилого віку, інвалідам. Сімейний лікар систематично підвищує рівень своєї професійної кваліфікації як шляхом самопідготовки, так і проходження курсів удосконалення лікарів, зокрема щодо туберкульозу. Лікар веде затверджені форми обліково-звітної документації. Однією з унікальних і визначальних характеристик сімейного лікаря є акцентування його практичної діяльності на сім'ї. Жоден інший лікар не використовує орієнтований на сім'ю підхід.

Сімейну практику потрібно розглядати як таку, що забезпечує тривалу турботу про здоров'я пацієнта і всіх членів сім'ї незалежно від характеру хвороби, функціонального стану внутрішніх органів і систем організму впродовж усього періоду життя людини, що дуже важливо під час лікування хворих на туберкульоз та ВІЛ/СНІД.

Протитуберкульозну службу в Україні очолює Комітет з питань протидії з ВІЛ/СНІДу та іншим соціально небезпечним хворобам, який діє у складі МОЗ України. Головним науково-методичним закладом у галузі фтизіатрії є ДУ «Національний інститут фтизіатрії і пульмонології ім. Ф.Г. Яновського НАМН України», на базі якого розташована референс-лабораторія з мікробіологічної діагностики туберкульозу, на яку спільним Наказом МОЗ та НАМН України № 337/42 від 20.05.2009 покладені функції Центральної референс-лабораторії МОЗ України.

Протитуберкульозна служба в Україні представлена протитуберкульозними диспансерами, туберкульозними лікарнями для дорослих та для дітей, а також фтизіатричними кабінетами в закладах, які надають амбулаторно-поліклінічну допомогу, але укомплектованість штатних посад лікарів-фтизіатрів фізичними особами складає 70,0%. Поглиблює кадрову кризу високий ризик зараження лікарів [4].

Поширення соціально значущих захворювань в Україні сьогодні суттєво збільшує навантаження на охорону здоров'я. Надання якісної медичної допомоги при соціально значущих хворобах є актуальною проблемою як пер-

винної медичної допомоги, так і вторинної та третинної. Незадовільне функціонування системи охорони здоров'я в Україні проявляється у першу чергу під час медичної допомоги хворим на туберкульоз, ВІЛ-інфекцію/СНІД та особливо при поєднанні туберкульозу з ВІЛ-інфекцією.

Таким чином, значну роль у протидії соціально значущим захворюванням відіграють заходи щодо реформування системи медичної допомоги, зокрема, первинної на засадах сімейної медицини.

ВИСНОВКИ

1. Для підвищення ефективності медичної допомоги потрібні зміни у підготовці сімейних лікарів з проблем туберкульозу та ВІЛ/СНІДу, у лабораторних потужностях для вчасної та якісної діагностики туберкульозу і для виявлення мультирезистентних форм захворювання.

2. Необхідна регулярна та якісна звітність щодо позитивних випадків за допомогою добре відпрацьованих та визнаних ВООЗ діагностичних критеріїв, раннє виявлення випадків захворювання, супроводження випадків сімейними лікарями та звітність по ним з використанням офіційних каналів.

3. Для своєчасності медичної допомоги слід підвищити кваліфікацію сімейних лікарів з фтизіатрії, а для достатності медичної допомоги необхідне розширення DOTS-лікування туберкульозу з множинною медикаментозною резистентністю, ВІЛ, ко-інфекцій.

4. Для справедливості надання медичної допомоги треба забезпечити розвиток і зміцнення системи лікувальних і соціальних послуг. Для надання відповідних лікувальних послуг у першу чергу необхідно застосовувати розширену DOTS-стратегію, стратегію DOTS-Plus. Для досягнення цієї мети слід запровадити низку програм тренінгів для всіх медичних працівників, зокрема сімейних лікарів, які надають допомогу хворим на туберкульоз.

5. Розширення безпечності медичної допомоги – це захист у першу чергу сімейних лікарів та всіх медичних працівників, що надають допомогу хворим на туберкульоз.

6. Для забезпечення спрямованості на пацієнта необхідне впровадження сімейної медицини та наближення сімейного лікаря до кожної людини при підвищенні якості первинної, вторинної та третинної медичної допомоги.

Роль сімейного врача в предоставлении медицинской помощи при социально значимых заболеваниях

О.Г. Назарова, А.К. Дуда, С.М. Зорина, В.Б. Замкевич

На основании анализа распространенности туберкулеза среди населения выявлена проблема по обеспечению качества медицинской помощи больным социально значимыми заболеваниями. Предоставление качественной медицинской помощи указанным больным требует повышения ее эффективности, безопасности, справедливости, доступности, достаточности и направленности на пациента, особенно на уровне первичного контакта. Освещена роль и место в решении этой проблемы на уровне семейного врача.

Ключевые слова: туберкулез, ВИЧ-инфекция/СПИД, медицинская помощь.

Role of family physicians in providing medical care in socially significant diseases

O.H. Nazarova, O.K. Duda, S.M. Zorina, V.B. Zamkevych

There was a problem for the quality of medical care in socially significant diseases. Providing quality care of these patients requires an increase in its efficiency, security, fairness, accessibility, adequacy and focus on the patient.

Ключевые слова: туберкулез, ВИЧ-инфекция/СПИД, медицинская помощь.

Сведения об авторах

Назарова Оксана Григорьевна – Национальный медицинский университет имени А.А. Богомольца, 01601, г. Киев, бул. Тараса Шевченко, 13; тел.: (050) 357-13-72. E-mail: oxyn1951@mail.ru

Дуда Александр Константинович – Национальная медицинская академия последипломного образования имени П.Л. Шупика, 04112, г. Киев, ул. Дорогожицкая, 9. E-mail: duda-doc@mail.ru

Зорина Светлана Николаевна – Национальный медицинский университет имени А.А. Богомольца, 01601, г. Киев, бул. Тараса Шевченко, 13; тел.: (044) 248-68-58.

Замкевич Виктория Богдановна – Национальный медицинский университет имени А.А. Богомольца, 01601, г. Киев, бул. Тараса Шевченко, 13; тел.: (098) 406-44-45, E-mail: v zamkevich@mail.ru

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Александріна Т.А. Погляд на проблему туберкульозу в Україні сьогодні та прогноз на майбутнє / Т.А. Александріна // *Нова медицина*. – 2004. – № 1. – С. 12–13.
2. Алексеева Л.П., Горбачева Э.С., Груздев Б.М. Туберкулез у ВИЧ-инфицированных и больных СПИДом // *Пробл. туберкулеза*. – 1996. – № 2. – С. 16–17.
3. Виявлення хворих на туберкульоз серед осіб підвищеного ризику та рівень захворюваності в групах ризику в Україні / В.М. Мельник, В.Г. Матусевич, Л.Ф. Антоненко та ін. // *Журнал практичного лікаря*. – 2006. – № 2. – С. 2–7.
4. Гулюк А.Г. Структура загальної захворюваності на туберкульоз легень серед медичних працівників Одеської області / А.Г. Гулюк, А.О. Асмолова // *Одеський медичний журнал*. – 2005. – № 3. – С. 91–92.
5. Державні та галузеві статистичні звіти закладів охорони здоров'я України за період 1999–2009 років.
6. Довідник „Туберкульоз в Україні” (Аналітично-статистичний довідник за 1999–2009 роки). – К., 2010.
7. Епідемія туберкульозу в Україні // *Нова медицина*. – 2003. – № 2. – С. 8–9.
8. Ефективність флюорографічних досліджень при виявленні туберкульозу легень / М.І. Костенецький, Л.Т. Лемешко, Л.О. Мороз, Л.І. Клименко // *Український радіологічний журнал*. – 2006. – № 2. – С. 130.
9. Європейська база даних „Здоров'я для всіх”. – 2010.
10. Збірник „Санітарно-освітня робота з туберкульозу”. – К.: Медицина, 2008.
11. Звіт Всесвітньої організації охорони здоров'я. – 2008.
12. Ільницька Л.І. Дисбаланс метаболічного обміну при туберкульозі у підлітків на стаціонарному етапі реабілітації / Л.І. Ільницька // *Педіатрія, акушерство та гінекологія*. – 2008. – № 2. – С. 25–27.
13. Ільницька Л.І. Діагностика туберкульозу легень в осіб підліткового віку на поліклінічному етапі медичної допомоги / Л.І. Ільницька // *Інфекційні хвороби*. – 2008. – № 1. – С. 37–40.
14. Ільницька Л.І. Діагностика туберкульозу у підлітків на дошпитальному етапі медичної допомоги / Л.І. Ільницька // *Український пульмонологічний журн.* – 2008. – № 1. – С. 58–60.
15. Ільницький І.Г. Туберкульоз в західних областях України в умовах епідемії / І.Г. Ільницький, О.П. Костик, Л.І. Ільницька // *Інфекційні хвороби*. – 2008. – № 1. – С. 6–10.
16. Корнага С.І. Серцево-судинна патологія у хворих на туберкульоз легень / С.І. Корнага // *Інфекційні хвороби*. – 2005. – № 1. – С. 48–51.
17. Лаптева Н.А. Епідеміологічна ситуація з туберкульозу серед медичних працівників України та причини її погіршення / Н.А. Лаптева // *Журнал практичного лікаря*. – 2005. – № 1. – С. 30–33.
18. Мельник В.М. Аналіз несвоєчасного виявлення туберкульозу легень в умовах епідемії / В.М. Мельник, І.О. Новожилова // *Інфекційні хвороби*. – 2008. – № 1. – С. 11–14.
19. Мельник В.М. Виявлення хворих на туберкульоз в Україні та за кордоном / В.М. Мельник, В.Г. Матусевич,

- П.М. Дорошенко // Журнал практичного лікаря. – 2006. – № 1. – С. 2–7.
20. Мельник В.М. Загальна якість життя і стан здоров'я хворих на туберкульоз легень / В.М. Мельник, Ю.М. Валецький // Інфекційні хвороби. – 2005. – № 2. – С. 65–67.
21. Мельник В.М. Причини неефективного лікування хворих на вперше діагностований деструктивний туберкульоз легень / В.М. Мельник, Ю.М. Валецький, О.Ю. Манохіна // Журнал практичного лікаря. – 2004. – № 4. – С. 17–20.
22. Мельник В.М. Проблеми своєчасної діагностики і профілактики туберкульозу в Україні / В.М. Мельник // Журнал практичного лікаря. – 2004. – № 4. – С. 2–6.
23. Мельник В.М. Соціальні і медичні проблеми туберкульозу в Україні / В.М. Мельник, В.В. Волошина // Проблеми туберкульозу і болезней легких. – 2004. – № 2. – С. 22–24.
24. Мельник В.М. Соціальні аспекти пізнього виявлення туберкульозу / В.М. Мельник, І.О. Новожилова // Інфекційні хвороби. – 2007. – № 2. – С. 45–49.
25. Мотрич І.В. Характеристика якості життя студентів, хворих на вперше виявлений туберкульоз легень / І.В. Мотрич // Український пульмонологічний журнал. – 2008. – № 2. – С. 68–70.
26. Петренко В.І. Епідеміологія туберкульозу / В.І. Петренко // Мистецтво лікування. – 2003. – № 4. – С. 42–46.
27. Подолання епідемії туберкульозу в Україні: співпраця державних і неурядових організацій: [Круглий стіл Коаліції ВІЛ-сервісних організацій] // Главный врач. – 2006. – № 11. – С. 30–35.
28. Проблеми рецидивів туберкульозу легень / В.М. Петренко [та ін.] // Український пульмонологічний журнал. – 2008. – № 2. – С. 60–64.
29. П'ятючка І.Т. Про лікування хворих на вперше діагностований туберкульоз легень / І.Т. П'ятючка, С.І. Корнага, П.Є. Мазур // Вісник наукових досліджень. – 2006. – № 1. – С. 14–16.
30. Рыбка Л.Н., Пунга В.В. Туберкулез у беженцев из дальнего зарубежья // Пробл. туберкулеза. – 1996. – №№3. – С. 12–14.
31. Савула М.М. Оцінка хворими на туберкульоз легень соціальних і психологічних аспектів якості життя / М.М. Савула, Н.І. Зінчук // Інфекційні хвороби. – 2008. – № 1. – С. 52–54.
32. Санаторно-курортна реабілітація в комплексному лікуванні хворих на туберкульоз студентів / Н.А. Герасимова, О.А. Бабуріна, І.М. Смольська, Ю.В. Умінська // Медицинская реабилитация, курортология, физиотерапия. – 2006. – № 3. – С. 44–45.
33. Современные требования предъявляемые к качеству оказания медицинской помощи // Здоровья Украины. – № 5(186), березень 2008. – С. 36–37.
34. Соціальна медицина та організація охорони здоров'я / Під заг. ред. Ю.В. Вороненка, В.Ф. Москаленка. – Тернопіль: Укрмедкнига, 2000. – 680 с.
35. Ткаченко Т. Туберкульоз в Україні: війна триває? / Т. Ткаченко // Фармацевт практик. – 2008. – № 3. – С. 8–10.
36. Туберкульоз різних вікових груп населення в умовах епідемії за даними організаційно-методичних і клініко-лабораторних досліджень / І.І. Ільницький, О.П. Костиш, М.І. Савелашвілі та ін. // Інфекційні хвороби. – 2005. – № 2. – С. 61–63.
37. Фещенко Ю.І. Аналітична довідка про епідеміологічну ситуацію з туберкульозу в Україні за останнє десятиліття / Ю.І. Фещенко // Нова медицина. – 2004. – № 1. – С. 14–16.
38. Фещенко Ю.І. Туберкульоз в Україні як медико-соціальна і політична проблема / Ю.І. Фещенко // Журнал Академії медичних наук України. – 2005. – Т. 11, № 1. – С. 17–23.
39. Чепелевська Л.А. Сучасні та прогностичні тенденції захворюваності на туберкульоз і смертності від нього населення України / Л.А. Чепелевська, О.В. Любінець // Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. – 2006. – № 3. – С. 10–12.
40. Черенько С.О. Епідеміологічний нагляд за ситуацією щодо захворюваності на туберкульоз та ВІЛ/СНІД в Україні / С.О. Черенько, Т.А. Александріна // Український медичний часопис. – 2004. – № 3. – С. 69–73.
41. Anti-tuberculosis drug resistance in the world // A. Lasio, A. Chyoji, A. Masakazu e.a. – Geneva: WHO, 1997. – 227 p.
42. Bates B. Bargaining for life: A Social History of Tuberculosis 1876–1938. Philadelphia: University of Pennsylvania Press. 1992. – 197 p.
43. Groups at risk: WHO Report on the tuberculosis epidemic. – Geneva: WHO, 1996. – 28 p.
44. Grzybowski S. Tuberculosis in the third world // Thorax. 1991. – v.46. – #3. – p. 689–672.
45. Noncompliance with directly observed therapy for tuberculosis: epidemiology and effect on the outcome of treatment / W.J. Burman, D.L. Cohn, C.A. Rietmeijer et.a. // Chest. – 1997. – V. III. – P. 1168–1173.
46. Snider D.T., Roper W.L. The new tuberculosis // N.Engl.J.med. – 1992. – V. 326. – #2. – P. 703–705.
47. Stern. CDC's Mobilization: Coming to drips with the TB/HIV situation in the USA // TB and HIV. – 1994. – V. 33. – #3. – P. 21–22.
48. Tuberculosis, AIDS and death among substance abusers on welfare in New York City / L.M. Fridman, M.T. Williams, et cet // N.Engl.J.med. – 1996. – V. 334. – P. 828–833.
49. Upham G.F. TB and AIDS: the situation in Asia // TB and HIV. – 1994. – V. 30. – #2. – P. 10–11.
50. WHO Tuberculosis programmer: Frame wore for effective tuberculosis control. – WHO/TB. – 1994. – 13 p.

Статья поступила в редакцию 03.02.2013

НОВОСТИ МЕДИЦИНЫ

АЛКОГОЛЬ ВЫЗЫВАЕТ ОДЫШКУ У БОЛЬНЫХ С «АСПИРИНОВОЙ» БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

Алкоголь вызывает приступы одышки симптомы у больных «аспириновой» бронхиальной астмой – сообщается на сайте Medscape .

«Это первая работа на эту тему», – сказала доктор Таня Лейдбоу из Женской больницы в Бостоне, штат Массачусетс, автор исследования, – об этом не говорится ни в какой литературе, и те из нас, которые проводили исследование, никогда с подобным не встречались».

Бронхиальная астма проявляется повторяющимися приступами одышки, чувствами заложенности в груди и кашлем из-за сужения просвета бронхов. У неко-

торых больных бронхиальная астма возникает при приеме аспирина. Именно для этих больных проводилось исследование.

Для продолжения исследования планируется привлечь еще 80 пациентов и разделить их на 4 группы. Сейчас принимают участие 132. Они заполняли анкету с целью оценки респираторных симптомов (насморк, заложенность носа, затрудненное дыхание и одышка), вызванных алкоголем. В итоге 79% участников связали прием алкоголя и появление респираторных симптомов, а 44% – нет.

Надо сказать, что влияние алкоголя не зависит от дозы, а вот в

зависимости от типа алкоголя есть интересные данные. У 29% симптомы возникали от красного вина, у 6% – от белого вина и ликера, 9% – от пива.

Механизм действия не очень понятен клиницистам, но одной из предполагаемых гипотез является алкогольное увеличение цистеиновых лейкотриенов (они вызывают сужение бронхов).

Доктор Бернштейн, редактор главного журнала «Астма», заявил «алкоголь и аспирин могут иметь общие пути действия. Объяснение на мой взгляд, в работе хеморецепторов».

<http://www.gazeta.ru/>