

дивидуальных особенностей показал, что ППГО Q встречается в 46,4% случаев (у 13 человек), в том числе у 9 кровотоков снижается в среднем на 34,2%, а у 4 отмечается незначительный рост показателя. К этому же времени УОКбр снижается в среднем на 26,4%, причем ППГО выявляется в 92,8% случаев (у 26 больных).

Введение мексидола перед едой способствует положительной трансформации выявленных гемодинамических нарушений: СИ через час после еды увеличивается в среднем на 22%, УО на 19,7%, МОК на 23,1%, ОПСС снижается на 19,2%, ИЭРС на 20%. Кроме того, предпищевое введение мексидола формирует АПГО Q у 12 больных (92,3%) из 13 с исходно ППГО. Коррекция ППГО УОКбр происходит у 23 больных (88,4%) из 26 человек с нарушениями в исходном исследовании. Так, через час после еды Q увеличивается в среднем на 37,4%, УОКбр на 50,2%. То есть при воздействии только пищи АПГО Q и УОКбр характерен для 53,6 и 7,1% больных ЯБДК соответственно. А при сочетании пищи с мексидолом для 96,4 и 89,2% соответственно.

Таким образом, мексидол не нарушает адекватную постпрандиальную реакцию регионального кровотока и центральной гемодинамики, а также способствует коррекции парадоксального гемодинамического ответа у больных ЯБДК. Препарат целесообразно включать в комплексную терапию больных ЯБДК для обеспечения адекватного гемодинамического обеспечения постпрандиального периода.

ТУБЕРКУЛЕЗ ЛЕГКИХ У БОЛЬНЫХ С АЛКОГОЛЬНОЙ И НАРКОТИЧЕСКОЙ АДДИКЦИЕЙ

Дробот Н.Н., Шевченко Н.П., Кондратьева Е.Г.,
Игошкина А.Я., Чернолясова И.Н.

*Кубанский государственный медицинский
университет, Клинический противотуберкулезный
диспансер, Краснодар, e-mail: tangust68@mail.ru*

Туберкулез остается сложной социально-экономической и медико-биологической проблемой во всем мире, в том числе и в России. В современных условиях эпидемиологическая ситуация по туберкулезу обусловлена комплексом взаимосвязанных проблем, в частности сочетание туберкулеза легких с другими заболеваниями. Каждое сопутствующее заболевание вносит особую специфику в течение туберкулезного процесса, что затрудняет его своевременную диагностику, влияет на качество и исход лечения. Среди фоновых заболеваний у больных туберкулезом легких определенное место занимает алкоголизм и наркомания. Пациенты с аддикцией к алкоголю и наркомании представляют серьезную угрозу для состояния здоровья общества. Это особый контингент больных, которые часто являются социально дезадапти-

рованными, в ряде случаев неоднократно и длительно находившиеся в пенитенциарных учреждениях. В результате имеет место высокий риск заражения туберкулезом большого числа людей, общающихся с ними. Осуществить контроль за состоянием здоровья алкоголиков и наркоманов довольно сложно, так как они не своевременно обращаются за медицинской помощью и становятся источником заражения окружающих.

Цель исследования. Изучить проблему туберкулеза легких у больных с аддикцией к алкоголизму и наркомании.

Методы и результаты исследования. Для реализации поставленной цели были изучены медицинские материалы 382 больных с впервые выявленными формами туберкулеза легких. Больные были разделены на две группы: 1-я – больные с сопутствующими заболеваниями, не употребляющие алкоголь и наркотики (288 больных), вторая группа – больные, употребляющие алкоголь и наркотики (94 больных). Все пациенты были обследованы по единой методике. Во всех случаях диагноз активного туберкулеза легких был подтвержден клинико-анамнестическими, лабораторными и инструментальными методами. При необходимости выполнялась компьютерная томография, бронхоскопия с биопсией.

Из 382 больных женщин было 22,5%, причем в 1-й группе женщины составили 33,8%, во 2-й – 10,5%. Анализ возрастных данных показал, что в 1-й группе преимущественно были лица в возрасте старше 50 лет (56,9%), из них 69,6% – в возрасте старше 60 лет. Среди пациентов 2-й группы наибольшее количество больных зарегистрировано в возрасте 30-50 лет (64,9%). Причем во 2-й группе пациенты в возрасте от 18 до 30 лет составили 20,7%, в 1-й группе – 9,8%. Таким образом, среди больных 2-й группы преобладают лица молодого, трудоспособного возраста, имеющие большие контакты с окружающими и являются источником их заражения микобактериями туберкулеза (МБТ).

Из всех наблюдаемых больных 52,9% выявлены при обращении в лечебные учреждения, остальные (47,1%) – при флюорографическом обследовании. Частота выявления туберкулеза по обращаемости в 1-й и 2-й группах сопоставима и составила 55,9 и 54,7% соответственно. Это можно объяснить тем, что в 1-й группе у пациентов преобладали симптомы сопутствующей патологии, которые маскировали проявления туберкулеза легких и это затрудняло его раннее выявление. Во 2-й группе – неадекватным отношением к своему здоровью лиц, страдающих алкоголизмом и наркоманией. Изучение клинических форм туберкулеза легких у впервые выявленных больных в обеих группах показало идентичность частоты очагового, инфильтративного туберкулеза и казеозной пневмонии. Существенные отличия

установлены в частоте встречаемости диссеминированного, фиброзно-кавернозного туберкулеза легких: 45,1% в 1-й группе, 51,1% – во 2-й; 2,7 и 6,4% соответственно. Из 382 обследованных у 238 (62,3%) в мокроте (промывных водах бронхов) обнаружены МБТ. При рентгеномногографическом обследовании, в том числе компьютерная томография, деструктивные изменения в легких выявлены у 213 больных (55,7%). Анализ результатов исследования по группам наблюдения показал, что у 59,2% больных первой группы обнаружены МБТ, во второй группе – у 74,2% больных. Деструктивные изменения в легких установлены у 148 больных 1-й группы (51,3%), во 2-й группе – у 65 больных (69,2%). При этом у пациентов 2-й группы наблюдения патологические изменения в легких характеризовались обширным поражением легочной ткани. Патологический процесс в легких в большинстве случаев носил характер полисегментарного поражения, с полостями распада, в том числе множественными, и очагами обсеменения. В 8,5% случаев имела место генерализация туберкулезного процесса – туберкулезное поражение глотки, гортани. У одного больного диссеминированный туберкулез легких осложнился туберкулезным поражением центральной нервной системы. Таким образом, у больных туберкулезом легких в сочетании с алкоголизмом и наркоманией зарегистрированы более тяжелые, распространенные формы туберкулеза, сопровождающиеся массивным бактериовыделением, имеющие тенденцию к генерализации туберкулезного процесса.

Во время лечения данной категории больных у фтизиатров возникали определенные трудности. Анализ длительности и регулярности приема противотуберкулезных препаратов показал, что больные с аддикцией к алкоголизму и наркомании чаще выписывались из специализированного противотуберкулезного стационара в сроки до 1,5-2 месяцев (41,5%) по сравнению с пациентами 1-й группы (10,1%). При переходе на амбулаторное лечение они нерегулярно принимали противотуберкулезные препараты и посещали диспансер. У больных 2-й группы частота побочных реакций на препараты при лечении туберкулеза была существенно выше, чем в 1-й группе. Больные туберкулезом с алкоголизмом и наркоманией имели алкогольные поражения печени, гепатит В и С, что создавало существенные проблемы для полноценной и адекватной терапии.

Эффективность лечения больных оценивали по основным критериям: закрытие полостей распада в легких и прекращение бактериовыделения. У больных туберкулезом легких с аддикцией к алкоголизму и наркомании закрытие полостей распада подтверждено рентгеномногографическими исследованиями в 37,9% случаев, прекращение бактериовыделения – в 59,8%.

В 1-й группе показатели были значительно выше и составили 61,3 и 87,7% соответственно.

Выводы. Туберкулез легких у пациентов с алкогольной и наркотической аддикцией является преимущественно при обращении в лечебные учреждения, в основном это лица молодого, трудоспособного возраста. У этой категории больных диагностируются тяжелые по течению, распространенные формы туберкулеза с множественными полостями распада и очагами обсеменения. Туберкулезный процесс у пациентов 2-й группы сопровождается массивным бактериовыделением, что создает определенную эпидемиологическую угрозу для лиц, находящихся в контакте. Из-за неадекватного поведения, трудностей привлечения к контролируемой противотуберкулезной терапии этих пациентов установлены недостаточно эффективные результаты лечения. Полученные данные свидетельствуют о необходимости оптимизации стратегии выявления туберкулеза легких у лиц, страдающих алкоголизмом и наркоманией. Учитывая социальную дезадаптированность этой категории нашего общества, отсутствие в большинстве случаев у них приверженности к лечению как туберкулеза, так алкоголизма и наркомании, создается угроза заражения населения микобактериями туберкулеза, прежде всего детей и подростков. В результате формируется устойчивый резервуар туберкулезной инфекции, в том числе с лекарственно устойчивыми штаммами микобактерий к противотуберкулезным препаратам.

АНТИМИКРОБНАЯ АКТИВНОСТЬ МЕХАНОХИМИЧЕСКИ СИНТЕЗИРОВАННЫХ КОМПОЗИТОВ АНТИБИОТИКОВ И НАНОСТРУКТУРИРОВАННОГО ДИОКСИДА КРЕМНИЯ

¹Евseenко В.И., ¹Душкин А.В.,

²Гайдуль К.В., ²Гольдина И.А.

¹Институт химии твердого тела и механохимии
СО РАН, Новосибирск-mail: evseenko@solid.nsc.ru;

²НИИ Клинической иммунологии СО РАМН,
Новосибирск

Проблема эффективной комплексной терапии инфекционных заболеваний относится к числу наиболее актуальных в современной медицине. Ведущая роль в этой терапии отводится антибиотикам, адекватное применение которых определяет эффективность лечения [1]. Развиваемая в ИХТМ СО РАН, твердофазная механохимическая технология получения композиций лекарственных веществ с веществами – «носителями» продемонстрировала свою эффективность для повышения фармакологической активности и безопасности лекарственных препаратов [2]. **Целью данного исследования** было получение и сравнительное изучение ан-