

Проект SWorld



При поддержке:

Одесский национальный морской университет
Украинская государственная академия железнодорожного транспорта
Московский государственный университет путей сообщения (МИИТ)
Научно-исследовательский проектно-конструкторский институт
морского флота Украины
Институт морехозяйства и предпринимательства
Луганский государственный медицинский университет
Харьковская медицинская академия последипломного образования

Входит в международную наукометрическую базу

РИИЦ SCIENCE INDEX

Импакт-Фактор > 0

Международное научное издание

Сборник научных трудов SWorld

Том 33

Химия,

Медицина, ветеринария и фармацевтика

Иваново
Маркова АД
2014

УДК 08
ББК 94
С 232

Редактор: *к.т.н. Куприенко С.В., Маркова А.Д.*

Редакционная коллегия:

*д-р.техн.наук, проф. Шибаев А.Г.,
д-р.техн.наук, проф. Гончарук С.М., д-р.техн.наук, проф. Ломотько Д.В.,
д.т.н., проф. Круглов В.М., д.т.н., проф. Быков Ю.А.
д-р.экон.наук, проф. Лапкина И.А., проф. Яценко А.В.,
д-р юр. наук, проф. Иванов В.М., д-р фарм. наук, проф. Шаповалова В.А.,
д-р фарм. наук, проф. Тихонов А.И., д-р фарм. наук, проф. Гудзенко А.П.,
д-р фарм. наук, проф. Шаповалов В.В., д-р фарм. наук, проф. Волоха Д.С.,
д-р фарм. наук, проф. Георгиевский В.П.,
д-р хим. наук, проф. Гризодуб А.И.,
д-р.физ-мат. наук, проф. Малахов А.В.;*
*к-т фармац. наук Шаповалова В.В., к-т.экон.наук, проф. Рылов С.И.,
к-т.техн.наук, доц. Петров И.М., к-т.техн.наук, доц. Кириллова Е.В.,
к-т.педаг.наук Демидова В.Г.; к-т.педаг.наук, проф. Могилевская И.М.,
к-т.искусствовед.наук Кантарович Ю.Л.,
к-т филос.наук, доц. Стовпец А.В.; к-т филолог.наук, доц. Стовпец В.Г.,*

С 232 **Сборник** научных трудов SWorld. – Выпуск 2. Том 33. – Иваново:
МАРКОВА АД, 2014 – 92 с.

УДК 08
ББК 94

© Коллектив авторов, 2014



Литература

1. А. с. 1837231 СССР. Способ диагностики иммунодефицитного состояния / Каплин В. Н., Хачапуридзе Д. Р., Валуева Н. М., Широкова Н. В. // Открытия. - 1993. - № 32.
2. Кабалинский А.С., Мерзоев А.А., Трегубова А.И. Хронический пиелонефрит. — М., «Прогресс», 1993., - 228с.
3. Казанцев А.П., Обернебесова Т. П. // V Съезд иммунологов России: Тезисы докладов. - Кемерово, 2006. - С. 168.
4. Кеворков Н. Н., Шилов Ю. И., Ширшов С. В. Гормоны репродукции в регуляции процессов иммунитета. — Екатеринбург, «УралОфсет», II издание, 2006., - 164с.
5. Кузнецов В. Ф. Патологическая физиология воспалительного процесса. - Киров, «Лира», 2001., - 188с.
6. Маянский А. Н., Маянский Д. Н. Очерки о нейтрофиле и макрофаге. — Новосибирск, «Академия», 2001. – 192 с.
7. Плохинский Н. А. Биометрия. — М., «Статистика» IV изд., 2008., - 316с.
8. Yamada G., Shneider U. C., Sherwood T. // Clin. exp. Immunol. -2007. - Vol. 53, N 3. - P. 248-254.

Отправлена 23.03.14

© Россихин В.В.

ЦИТ: 214-024

УДК 616.24-002.5-085.28:615.035

Бойко А.В.

ШЛЯХИ ПІДВИЩЕННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ТУБЕРКУЛЬОЗ В УМОВАХ ПРОМИСЛОВОГО МЕГАПОЛІСУ

*Буковинський державний медичний університет,
Чернівці, Театральна 2, 58002*

Boiko A.V.

WAYS TO IMPROVE THE EFFECTIVENESS OF TREATMENT OF PATIENTS WITH TUBERCULOSIS IN INDUSTRIAL MEGAPOLIS

*Bukovynian state medical university,
Chernivtsy, Theatre 2, 58002*

Анотація. Доведено, що особи з асоціальною поведінкою, які хворіють на туберкульоз легень, представляють контингент, який істотно впливає на формування резервуару туберкульозної інфекції, оскільки більшість не дотримуються навіть основного курсу протитуберкульозної терапії. На прихильність до лікування хворих туберкульозом найбільше впливають особливості психологічного та соціального статусу.

Ключові слова: хіміорезистентний туберкульоз, контрольоване лікування туберкульозу.

Abstract. Is proved that the persons with asocial behaviour with pulmonary TB are a contingent that influence the formation the source of TB infection as the majority do not keep to the main course of anti TB therapy. Peculiarities of



psychological and social status influence disposition to treatment.

Key words: drug-resistant tuberculosis, controlled treatment of tuberculosis.

Оцінюючи рівень захворюваності та результати лікування, ми спостерігаємо небажання хворих звертатися за допомогою, обстежуватися, лікуватися та всілякі спроби уникати контакту з лікарем. Однією з основних причин такого негативного та безвідповідального ставлення до свого здоров'я є ігнорування туберкульозу хворими. Туберкульоз легень призводить до зміни структури особистості, порушує міжособистісні взаємовідношення. Втрата віри у сприятливий кінець захворювання створює перепони для адекватної терапії, соціальна дезадаптація проявляється в нехтуванні правилами особистої гігієни. Для підвищення ефективності лікування хворого на туберкульоз необхідна його психологічна корекція [1]. У цьому випадку основну роль відіграють інформаційна недостатність, дезінформація, а з цього впливає стигматизація осіб, які страждають подібними захворюваннями. Це формує несприятливу атмосферу для ефективного лікування та припинення розповсюдженості туберкульозу в суспільстві [2]. Дуже важливо налагодити з хворими на туберкульоз особистий контакт, враховуючи психологічний портрет осіб, які достроково припинили лікування, та депресивний стан пацієнтів [1]. Завданням лікаря є правильно вибрати стратегію консультування хворого та направити пацієнта на довготривале протитуберкульозне лікування.

За даними літератури виділено основні причини низького рівня готовності пацієнтів до лікування:

- низький рівень інформованості та нездатність зорієнтуватися у призначених ліках;
- психічні захворювання та розлади, зокрема депресія;
- страх або негативний досвід побічних ефектів лікування;
- на мотивацію та готовність можуть впливати релігійні погляди;
- низький рівень матеріального забезпечення може значно ускладнювати виконання дієтичних вимог схеми;
- брак навичок дотримання режиму;
- недостатня підтримка хворого з боку сім'ї та близького оточення;
- активне споживання наркотиків та алкоголю відбивається на здатності хворого пристосуватися до рутинного прийому препаратів та дотримуватися режиму лікування [3].

Однією з причин недостатньої ефективності лікування хворих на туберкульоз легень є недотримання пацієнтами рекомендованих схем протитуберкульозної терапії та рекомендацій щодо лікувально-охоронного режиму [1, 2]. Особливо це стосується хворих на мультирезистентний туберкульоз другої та четвертої категорій. Дуже часто причиною порушень режиму лікування є асоціальна поведінка цих хворих та їх позасуспільний образ життя [2]. Зазначений контингент погано піддається обліку, відповідно, дані про ефективність його лікування відзначаються значною розбіжністю [1].

Мета роботи: визначити основні перешкоди для проведення контрольованого лікування хворих на туберкульоз з низькою прихильністю до антибактеріальної терапії та шляхи їх подолання.



Задачі дослідження: вивчити клінічно-соціальну характеристику в хворих на туберкульоз, що мали добру або погану прихильність протягом стаціонарного лікування; встановити ефективність лікування туберкульозу легень на Буковині за останні роки та причини її зниження; визначити основні перешкоди для проведення контрольованого лікування; визначити основні напрямки щодо формування прихильності під час перебування пацієнтів в стаціонарі; довести позитивний вплив інформаційно-просвітницької роботи на нівелювання дострокового припинення лікування хворими на туберкульоз.

Об'єкт дослідження: 210 хворих на вперше діагностований туберкульоз легень та 43 пацієнта з підозрою на мультирезистентний характер його перебігу Чернівецького обласного протитуберкульозного диспансеру, для яких проводили анкетування методом випадкового відбору.

Методи дослідження: клінічні, рентгенологічні, клінічно-лабораторні, мікробіологічні, статистичні.

При аналізі прихильності хворих до лікування було з'ясовано, що хворі залишали стаціонар або починали зловживати алкоголем і (або) психотропними засобами. Повертало цих хворих до стаціонару лише прогресування туберкульозу, легенева кровотеча, легенево-серцева недостатність. Найчастіше хворі залишали стаціонар у перші 1-2 місяці. Так, у термін до двох місяців залишили стаціонар майже 12 % хворих; від 2 до 3 місяців – ще 7%; від 3 до 4 місяців – близько 2 %. 25,3% хворих були виписані достроково за пияцтво і самовільне вибуття зі стаціонару; 22 (10,5 %) – за об'єктивними причинами; 137 хворих (65,2 %) – закінчили основний курс хіміотерапії у стаціонарі. За умов дотримання адекватної тривалості лікування, у більшості хворих вдалося досягти позитивного результату, при чому зі збільшенням тривалості курсу істотно підвищувалася його частка.

При проведенні опитування 159 досліджуваних пацієнтів було з'ясовано, що середня освіта та нижча за середню була у 51% респондентів, середня технічна – у 36%, незакінчена та закінчена вища освіта – у 11%. Соціальний портрет склався наступним чином: робітники – 34%, фахівці – 8%, службовці – 6,6%, медичні працівники – 1%, підприємці 5,6%, непрацюючі (пенсіонери, інваліди, безробітні, домогосподарки) – 46%. Місце проживання: м. Чернівці – 35,5%, область – 65,5%. Соціальний портрет осіб (51), які достроково припинили лікування, склався таким чином: 68,2 % — непрацюючі, 56,2 % – зловживали алкогольними напоями, 35,1 % – в минулому знаходились у місцях позбавлення волі, 5,1 % – не мали постійного місця проживання.

Після анкетного опитування пацієнтів (51), які переривали лікування, виявили наступні основні причини дострокового припинення лікування: необхідність заробляти кошти на прожиття – 25% (треба заробляти гроші, необхідність бути на роботі); недостатнє проведення медико-санітарного інформування хворих на туберкульоз – недостатні знання про туберкульоз та його лікування – 13,5% (вважають себе здоровими); відсутність комфортних умов перебування в цілодобових протитуберкульозних стаціонарах – 21,4%; сімейні обставини (довготривале відлучення від сім'ї на період лікування, незмога залишити домашнє господарство) – 9%; зловживання спиртними



напоями (замість ліків віддають перевагу алкоголю) – 29%; не бажають лікуватися без пояснення причин – 2,1%.

Висновки: 1. Особи з асоціальною поведінкою, що хворіють на туберкульоз легень, представляють контингент, який істотно впливає на формування резервуару туберкульозної інфекції, оскільки більшість не дотримуються навіть основного курсу протитуберкульозної терапії. При дотриманні хоча б основного курсу лікування досягається покращання у 70,6 % пацієнтів із числа зазначеного контингенту.

2. Розуміння проблем, з якими зустрічається хворий на туберкульоз в період хіміотерапії, може поліпшити організацію протитуберкульозної допомоги хворим. Серед пацієнтів, які достроково припиняють лікування, значну частку складають уразливі та соціально дезадаптовані групи населення: 68,2 % — непрацюючі, 56,2 % – зловживачі алкогольними напоями, 35,1% –в минулому знаходились у місцях позбавлення волі, 5,1 % – не мали постійного місця проживання.

3. На прихильність до лікування хворих туберкульозом найбільше впливають особливості психологічного та соціального статусу. Система інформаційного навчання пацієнтів дозволяє підвищити рівень їх обізнаності до 92% при контрольному тестуванні проти 55% при традиційній системі інформування.

Література:

1. Огляд наркотичної ситуації в Україні за 2007 – 2009 роки [Текст] / Український медичний та моніторинговий центр з алкоголю та наркотиків МОЗ України. – К., 2010. – 26 с.

2. Проблеми інтеграції програм для надання спеціалізованої медичної допомоги хворим на ВІЛ/СНІД - туберкульоз та наркотичну залежність [Текст] / Ю. І. Феценко [та ін.] // Укр. Пульмонолог. журн. – 2011. – № 1. – С. 5–12.

3. Welguo Xu Adherence to anti-tuberculosis treatment among pulmonary tuberculosis patients: a qualitative and quantitative study [Text] / Xu Welguo // BMC Health Serv. Res. – 2009. – №9. – p.169.

Стаття відправлена: 22.04.2014г.

© Бойко А.В.

ЦИТ: 214-388

УДК 616-002.3-08

**Григорьян А.Ю., Кобзарева Е.В., Горохова А.С., Белозерова А.В.
АНТИСЕПТИК МИРАМИСТИН В ЛЕЧЕНИИ ГНОЙНЫХ РАН**

*Курский государственный медицинский университет,
Российская Федерация, г. Курск, ул. Карла Маркса, д. 3, 305033*

**Grigoryan A.Yu., Kobzareva E.V., Gorohova A.S., Belozeroва A.V.
ANTISEPTIC MIRAMISTIN IN TREATMENT OF PURULENT WOUNDS**

*Kursk State Medical University,
Russian Federation, Kursk, st. Karl Marx, 3, 305033*

Аннотация. В статье представлена ранозаживляющая активность

<i>ЦИТ: 214-761 Кочкодан О.Д., Кочкодан В.М.</i> ОСОБЛИВОСТІ ВИЛУЧЕННЯ БІСФЕНОЛУ З ВОДИ НАНОФІЛЬТРАЦІЙНИМ МЕТОДОМ.....	33
--	----

Химическая кинетика и катализ

<i>ЦИТ: 214-500 Рублева Л.И., Языков Н.А.</i> СТРУКТУРНЫЕ ЭФФЕКТЫ ПРИ МЕТАНОЛИЗЕ ЗАТРУДНЕННЫХ АРЕНСУЛЬФОХЛОРИДОВ.....	37
--	----

МЕДИЦИНА, ВЕТЕРИНАРИЯ И ФАРМАЦЕВТИКА

Клиническая медицина

<i>ЦИТ: 214-011 Россихин В.В.</i> АНТИМИКРОБНАЯ ЗАЩИТА ПРИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ УРОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ (на примере фагоцитарного теста).....	41
--	----

<i>ЦИТ: 214-024 Бойко А.В.</i> ШЛЯХИ ПІДВИЩЕННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ТУБЕРКУЛЬОЗ В УМОВАХ ПРОМИСЛОВОГО МЕГАПОЛІСУ.....	46
--	----

<i>ЦИТ: 214-388 Григорьян А.Ю., Кобзарева Е.В., Горохова А.С., Белозерова А.В.</i> АНТИСЕПТИК МИРАМИСТИН В ЛЕЧЕНИИ ГНОЙНЫХ РАН.....	49
--	----

Профилактическая медицина

<i>ЦИТ: 214-077 Куликова Н.Г., Ткаченко А.С.</i> ФИЗИОТЕРАПИЯ У ЖЕНЩИН СО СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ.....	53
--	----

<i>ЦИТ: 214-358 Супрунов В.В., Строчкая Е.И.</i> КОМПЬЮТЕРНАЯ ОБРАБОТКА КАРДИОЛОГИЧЕСКИХ СИГНАЛОВ.....	55
---	----

Теоретическая медицина

<i>ЦИТ: 214-048 Тестов Б.В.</i> ИММУНОЛОГИЯ БЕЗ АНТИТЕЛ.....	57
<i>ЦИТ: 214-357 Алексанян А.А., Супрунов В.В.</i> ИССЛЕДОВАНИЕ МОДЕЛИ ЭПИДЕМИИ ПРИ ИЗМЕНЕНИИ КОЭФФИЦИЕНТА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ В ПРОГРАММНОМ КОМПЛЕКСЕ MVS.....	61

<i>ЦИТ: 214-495 Протункевич М.С.</i> ПРИНЦИПИАЛЬНАЯ НЕПРИГОДНОСТЬ ОБЩЕПРИНЯТОГО МЕТОДА ОПРЕДЕЛЕНИЯ КИСЛОТНО-ОСНОВНОГО СОСТОЯНИЯ В ТКАНЯХ И ЖИДКОСТЯХ ОРГАНИЗМА.....	63
--	----

Ветеринарная медицина и зооинженерия

<i>ЦИТ: 214-744 Шевченко Н.Н.</i> ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ КРОВИ ЖИВОТНЫХ.....	67
--	----

<i>ЦИТ: 214-745 Шевченко Н.Н.</i> ЭТИОПАТОГЕНЕТИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ ПРОДУКТИВНЫХ ЖИВОТНЫХ.....	69
--	----