

Опыты показали, что предварительное (за 12 ч до интрагастрального введения Тз) трехкратное (через 6 суток) введение в кровоток $CdCl_2$ (10 мг/кг) предупреждает повышение температуры тела, потребления животными кислорода и активности СДГ и ЦО митохондрий печени, индуцируемое ежедневным в течение 20 дней введением Тз (30 мкг/кг).

Выводы

Таким образом, результаты проведенных исследований позволяют заключить, что тиреоидный статус и температурный гомеостаз организма зависят от функционального состояния печени, ее детоксикационной функции и что взаимодействие КК и гепатоцитов имеет важное значение в механизмах реализации влияния йодсодержащих гормонов на процессы детоксикации и регуляции температуры тела. Очевидно, что изменения в процессах теплообмена у крыс и кроликов в условиях как токсического поражения печени, так и депрессии клеток Купфера, в значительной степени обусловлены сдвигами содержания трийодтиронина в плазме крови, определяющего во многом активность процессов термогенеза, а активность клеток Купфера является важным фактором в реализации влияния гепатотропного яда CCl_4 на энергетические процессы в печени, процессы энергообмена и терморегуляции. Депрессия клеток Купфера $CdCl_2$ ослабляет гепатотропное действие CCl_4 , а также его угнетающее влияние на процессы энергообеспечения организма, детоксикации и терморегуляции.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Маянский, Д. Н.* Клетки Купфера и патология печени / Д. Н. Маянский // Пат. физиология и эксперим. медицина. — 1985. — № 4. — С. 80–86.
2. *Туракулов, Я. Х.* Активность конверсии тироксина в трийодтиронин в печени и почках крыс / Я. Х. Туракулов, Т. П. Ташкоджаева, Г. М. Артыкбаева // Пробл. эндокринологии. — 1991. — Т. 37, № 4. — С. 44–46.
3. Blockade of Kupffer cells prevents the febrile and preoptic prostaglandin E2 responses to intravenous lipopolysaccharide in guinea pigs / E. Sehie [et al.] // Annals N.Y. Acad. Sci. — 1997. — Vol. 813. — P. 448–452.
4. *Clark, W. G.* Brain and pituitary peptides in thermoregulation / W. G. Clark, J. M. Lipton // Pharmacol. Ther. — 1983. — Vol. 22. — P. 249–297.
5. *Greg Kelly, N. D.* Peripheral Metabolism of Thyroid Hormones: A Review / N. D. Greg Kelly // Altern. Med. Rev. — 2000. — Aug. 5 (4). — P. 306–333.

УДК 616.24-002.5-08:614.253

ОЦЕНКА ПРИВЕРЖЕННОСТИ К ЛЕЧЕНИЮ ПАЦИЕНТОВ С ТУБЕРКУЛЕЗОМ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ

Воробей В. А., Юранова М. А., Рузанов Д. Ю.

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Приверженность к лечению можно определить как соблюдение режима приема лекарственного препарата пациентом. На приверженность влияют как нежелательные реакции на препарат, так и необходимость изменять свое поведение или привычки при проведении терапии. Анализ уровня приверженности проводится на основании специальных опросников для пациентов. При расчете величины приверженности основным критерием является соблюдение правильного режима приема препарата, однако могут использоваться и другие показатели: необходимость придерживаться определенной диеты или образа жизни на фоне проводимой терапии, частота возникновения нежелательных реакций, стоимость основного лечения и лечения нежелательных реакций и т. д. «Пациенты могут и должны играть важную роль в обеспечении собственной безопасности, если будут деятельными, информированными и активно участвовать в процессе лечения. Они должны

чувствовать себя в центре команды, решающей задачу их собственного выздоровления, должны задавать вопросы, а в том случае, если они сами на это не способны — обращаться за помощью к близким, медицинскому персоналу или адвокатам» [S. Thiam, 2007].

Принято считать, что при терапии с высоким уровнем приверженности пациенты получают препарат строго в указанное время более чем в 80 % случаев. При терапии со средними значениями приверженности пациенты принимают лекарства строго в указанное время в 20–80 % случаев. При низком уровне — менее чем в 20 % случаев [1]. При терапии с низким уровнем приверженности пациенты необоснованно отказываются от лечения, что вызывает утяжеление характера течения заболевания, развитие его осложнений.

Туберкулез требует длительного лечения в условиях стационара. Для успешности терапии больному человеку следует неукоснительно выполнять все назначения врача, строго следовать его рекомендациям. Для прерывания цепочки заражения пациенту необходимо соблюдать правила личной гигиены. Длительно текущее заболевание меняет жизненные планы, перспективу на будущее, приносит больному человеку определённые сложности и целый ряд эмоций. По данным литературы [3] постановка диагноза «туберкулез» и включение пациента в длительный процесс лечения с изменением привычного образа жизни — мощный стрессирующий фактор, формирующий различные варианты психоэмоциональных реакций на болезнь, которые часто сопровождаются повышением уровня тревожности, развитием субдепрессивных состояний, нарушениями в эмоциональной и волевой сферах, вегетоастенией.

Однако отношение больного человека к своему заболеванию, стремление дисциплинированно следовать врачебным назначениям, удовлетворенность лечением, степень информированности о своем заболевании, изменение условий жизни после заболевания, особенности взаимоотношения с родственниками и окружающими изучены недостаточно.

Изучение факторов, оказывающих влияние на вероятность досрочного прекращения стационарного лечения туберкулеза, выявление на объективной основе групп риска по данному критерию, оценка приверженности к лечению и изучение отношения к своему заболеванию впервые выявленных пациентов и пациентов с рецидивами туберкулеза органов дыхания.

Методы исследования

Для изучения отношения к заболеванию пациентов была разработана анкета, состоящая из 30 вопросов, на которые предложено несколько вариантов ответов и возможность дать свой вариант ответа. Анкета позволяет выявить, с точки зрения самого пациента, повлекла ли за собой болезнь определённые изменения в его жизни после постановки диагноза «туберкулез».

Было обследовано 140 впервые выявленных пациентов и пациентов с рецидивом туберкулеза органов дыхания. Все пациенты были разделены на 2 группы: 1-ю составили 70 впервые выявленных пациентов, 2-ю группу — 70 пациентов с рецидивами туберкулезного процесса. Группы не различались по половому и возрастному составу, клиническим формам туберкулеза и частоте их встречаемости у пациентов.

Результаты и обсуждение

Исследование показало, что 30 (42,8 %) пациентов 1-й группы и 37 (52,8 %) 2-й группы новость о болезни привела в подавленное состояние. Чувство страха испытали примерно четверть респондентов обеих групп: 18 (25,7 %) человек 1-й группы и 15 (21,4 %) человек 2-й. Спокойно к этой новости отнеслись 16 (22,9 %) впервые выявленных пациентов и 8 (11,4 %) человек повторно заболевших. Остальные пациенты группы 1-й группы и 2-й группы сообщили, что отношения окружающих, ограничения круга контактов привели больного туберкулезом человека к положению «социального изгоя». Это отметили 53 (75,7 %) пациентов 2-й группы и 11 (15,7 %) пациентов 1-й группы ($\chi^2 = 50,8$, $p < 0,01$).

9 (12,9 %) пациентов с впервые выявленным туберкулезом и 4 (5,7 %) пациента с рецидивом туберкулеза боятся огласки, чтобы не потерять место работы.

Печален тот факт, что лишь 26 (37,1 %) респондентов 1-й и 23 (32,8 %) респондента 2-й групп ставят свое здоровье на первое место.

Информированность пациентов, повторно заболевших туберкулезом, о своем заболевании остается примерно такой же, как и у заболевших туберкулезом впервые: 52 (74,3 %) и 48 (68,6 %) пациентов соответственно.

18 (25,7 %) пациентов 1-й группы и 22 (31,4 %) человека 2-й имеют какое-то представление о туберкулезе, но хотели бы узнать о нем больше.

Большая часть пациентов обеих групп считают, что представляют опасность для других (38 (54,3%) и 43 человека (61,4%) соответственно), однако 32 (45,7%) впервые выявленных пациентов и 27 (38,5%) пациентов с рецидивами сомневаются в этом и уверены, что они не способны заразить других.

И хотя, практически, все респонденты показали, что расценивают свое заболевание как серьезное (68 (97,1 %) пациентов с рецидивом и 65 (92,9 %) впервые выявленных пациентов), только 13 (18,5 %) пациентов 1-й группы и 9 (12,9 %) владеют правильной информацией о прогнозе лечения.

Вера в возможность излечения низкая. Большинство впервые заболевших туберкулезом 40 (57,1 %) человек надеются на полное выздоровление, и лишь 15 (21,4 %) пациентов с рецидивом верят в излечение ($\chi^2 = 18,72$, $p < 0,01$).

Длительное стационарное лечение не устраивает 26 (37,1 %) пациентов 1-й группы и 18 (25,7 %) 2-й.

К сожалению 5 (7,1 %) впервые выявленных пациентов и 15 (21,4 %) пациентов с рецидивом туберкулеза органов дыхания отмечают пропуски при приеме противотуберкулезных препаратов ($\chi^2 = 5,83$, $p = 0,02$). Продолжить амбулаторное лечение планируют 64 (91,4 %) первичных и 58 (82,9 %) повторно леченых пациентов.

Около трети пациентов каждой из групп хотели бы лечиться амбулаторно (23 (32,9 %) пациента 1-й и 29 (41,4 %) пациентов 2-й групп) и ездить каждый день за лекарствами либо чтобы им лекарства привозились на дом.

У первичных пациентов уровень доверия к медицинскому персоналу достаточно высокий: 62 (88,6 %) пациента, впервые заболевших туберкулезом, считают, что их может вылечить только квалифицированный врач; пациенты с рецидивами доверяют врачу меньше — 38 (54,3 %) человека ($\chi^2 = 20,16$, $p < 0,01$). К сожалению, 8 (11,4 %) пациентов 1-й группы и 32 (45,7 %) 2-й считают, что медицинский персонал безразличен к ним ($\chi^2 = 20,16$, $p < 0,01$).

Практически все пациенты 1-й группы считали назначенное лечение эффективным (68 (97,1 %) человек), однако половина пациентов 2-й группы считала лечение неэффективным (32 (45,7 %) человек) ($\chi^2 = 20,11$, $p < 0,01$). Удовлетворены лечением чуть более половины пациентов 1-й группы (38 (54,3 %) человек), большинство пациентов 2-й группы лечением не удовлетворены (48 (68,6 %) человек). Вероятно, это связано с более тяжелым протеканием туберкулезного процесса, частым переходом в хроническое течение, более высокой смертностью по сравнению с впервые выявленным процессом. Лечение этой категории лиц оказывалось более длительным, дорогостоящим и менее эффективным [2]. другими пациентами простимулировало к лечению большую часть пациентов из 1-й группы — 48 (68,6 %) пациентов. Однако, повторно леченные пациенты верят соседям по палате меньше — 33 (47,1 %) человека ($\chi^2 = 6,59$, $p = 0,01$).

Большая часть пациентов обеих исследуемых групп указала, что принимала бы таблетки регулярно при получении поощрения в виде продуктов питания, оплаты за проезд, денег и одежды и обуви (62 (88,6 %) пациентов 1-й и 64 (91,4 %) пациента 2-й групп).

Выводы

1. Для больных туберкулезом характерно развитие «социальной фобии», для ее преодоления необходимо проведение дифференцированной социальной коррекции.

2. Приверженность к лечению пациентов с рецидивами туберкулеза органов дыхания ниже, чем у впервые выявленных пациентов; уровень их информированности не выше, чем у впервые выявленных пациентов; они характеризовались достоверно низким уровнем доверия к лечащему врачу; треть больных туберкулезом прерывала лечение; пациенты верили в излечение туберкулеза достоверно в 3 раза реже, чем впервые заболевшие.

3. Практически равное число пациентов с впервые и повторно леченым туберкулезом не осознавали степень своей эпидемической опасности.

4. У больных туберкулезом невысокий уровень знаний о своем заболевании, что требует внимания и пересмотра вмешательств, т. к. выявленная ситуация может служить причиной низкой приверженности к лечению. На сегодняшний день практика показывает высокую эффективность образовательных мероприятий среди населения.

Для повышения эффективности приверженности к фармакотерапии туберкулеза органов дыхания имеются определенные резервы: поэтапное проведение групповых занятий, тематических лекций с пациентами, обучение врачей навыкам психологического консультирования при первичной и повторной госпитализациях и т. д.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Виноградов, М. В.* Психическое состояние больных с ограниченными формами туберкулеза легких / М. В. Виноградов // Пробл. туб. — 2005. — № 10. — С. 41–43.
2. *Вязкова, Н. Н.* Значение динамического диспансерного наблюдения для предупреждения развития рецидива туберкулеза органов дыхания из III группы диспансерного учета / Н. Н. Вязкова // Пробл. туб. — 2007. — № 3. — С. 21–23.
3. *Толстых, А. С.* О некоторых психологических особенностях больных туберкулезом / А. С. Толстых // Пробл. туб. — 2007. — № 8. — С. 69–70.

УДК 616.36-002-003.826:616.03

ГЕПАТОПРОТЕКТИВНЫЙ И ПРОТИВОФИБРОЗНЫЙ ЭФФЕКТ КОМБИНАЦИИ УДХК И ПЕНТОКСИФИЛЛИНА ПРИ НЕАЛКОГОЛЬНОМ СТЕАТОГЕПАТИТЕ У КРЫС

*Воронов П. П., Кирвель П. Ч., Лукивская О. Я., Белановская Е. Б., Нарута Е. Е.,
Самойлик А. А., Шляхтун А. Г., Мороз В. Л., Буко В. У.*

**Государственное предприятие
«Институт биохимии биологически активных соединений НАН Беларуси»
г. Гродно, Республика Беларусь**

Введение

Неалкогольный стеатогепатит (НАСГ) — заболевание печени неалкогольной этиологии с признаками жировой дистрофии и лобулярным гепатитом. В этиопатогенезе различают первичный НАСГ, который ассоциирован с эндогенными нарушениями липидного и углеводного обмена (ожирение, сахарный диабет II типа, гиперлипидемия) и, вторичный НАСГ, который индуцируется внешними факторами и развивается в результате метаболических расстройств, приема препаратов, синдрома мальабсорбции, длительного парентерального питания, синдрома избыточного бактериального роста в кишечнике [1, 2]. При нарушении кишечного барьера в портальную систему печени постоянно поступают бактерии и различные токсины, которые в реакциях окисления индуцируют чрезмерную продукцию и накопление в печеночной клетке свободных радикалов и других токсических метаболитов, что приводит к запуску реакции ПОЛ и секреции провоспалительных цитокинов, включая фактор- α некроза опухолей (TNF α), ин-