

4. Gunnell, D. Prevention of suicide: aspirations and evidence / D. Gunnell, S. Frankel // Brit. Med. J. — 1994. — Vol. 308. — P. 1227–1233.
5. Lunetta, P. The role of alcohol in accident and violent deaths in Finland. / P. Lunetta, A. Penttilä, S. Sarna // Alcohol. Clin. Exp. Res. — 2001. — P. 1654–1661.
6. World Report on Violence and Health / eds. E.G. Krug. — Geneva: World Health Organization, 2002. — 346 p.

## **ВЛИЯНИЕ ЗЛОУПОТРЕБЛЕНИЯ АЛКОГОЛЕМ НА КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ И ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ У БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ С НАЛИЧИЕМ МНОЖЕСТВЕННОЙ ЛЕКАРСТВЕННОЙ УСТОЙЧИВОСТИ ВОЗБУДИТЕЛЯ**

**Гельберг И.С., Вольф С.Б., Авласенко В.С., Алексо Е.Н., Шевчук Д.В., Демидик С.Н., Чалая Е.В., Шейфер Ю.А.**

*УО «Гродненский государственный медицинский университет»*

В настоящее время наиболее важной и нерешенной проблемой фтизиатрии является туберкулез с наличием множественной лекарственной устойчивости (МЛУ) микобактерии туберкулеза (МБТ), называемый МЛУ - ТБ, частота которого имеет тенденцию к нарастанию. За 5 лет число этих больных увеличилось в 4 раза [9]. В Гродненской области, по отчетным данным, в 2012 году уровень МЛУ-ТБ среди впервые выявленных бактериовыделителей составил 36,3%, среди всех бактериовыделителей - 63,6%. Эффективность лечения МЛУ-ТБ значительно ниже и обходится в десятки раз дороже [1, 2, 5, 12].

Большое значение имеет также проблема наличия при туберкулезе отягощающих факторов, негативно влияющих как на распространенность заболевания, так и на эффективность его лечения. На первом месте среди этих факторов по частоте и клинической значимости стоит злоупотребление алкоголем. У лиц с алкогольной зависимостью, с одной стороны, увеличивается уровень заболеваемости туберкулезом, с другой, отмечается более тяжелое его течение, снижение эффективности лечения, и отсюда повышается летальность [3,4,6,7,8,9,10,11].

Цель работы – оценить сочетанное влияние МЛУ-ТБ и алкоголизма на клинические проявления, течение и эффективность лечения пациентов с туберкулезом легких.

Обследовано 143 пациента с МЛУ-ТБ органов дыхания, из которых– 1-я группа 57 (39,9%) употребляла алкоголь умеренно или не употребляла, 86 (60,3%) злоупотребляли, во 2-й 44 (51,2%) находились на учете в наркологическом диспансере по поводу зависимости от алкоголя (2-я А подгруппа).

Среди пациентов, злоупотребляющих алкоголем, отмечались более тяжелые клинические проявления. Так, распространенные процессы (протяженность в легочной ткани свыше 2 –х сегментов), выявлены в 1-й группе у 31(54,4%) пациента, во второй – у 62 (72,1%),  $p=0,05$ . Только во второй группе встречались наиболее тяжелые клинические формы туберкулеза легких: казеозная пневмония (2) и фиброзно-кавернозный туберкулез (9) – у 11 пациентов (11,8%). Полости распада во 2-й группе выявлены у 52 (60,4%), тогда как в 1-й – у 25(43,8%),  $p<0,05$ , две и более полости распада одновременно были у 42,3% и 28,0% соответственно к числу пациентов с их наличием.

Лечение в стационаре проводилось согласно протоколам для пациентов с МЛУ-ТБ (9): начальная или интенсивная фаза в стационаре до 8-ми месяцев, фаза продолжения преимущественно амбулаторно под контролем, всего до 24 месяцев.

Частота нежелательных побочных реакций (НПР) на противотуберкулезные препараты (ПТП) составила в 1-й группе 61,4% (у 35 пациентов), во 2-й – 82,6% (у 71),  $p<0,05$  в том числе, среди состоящих на учете с алкогольной зависимостью у 86,4% (38 из 44). НПР средней тяжести и тяжелые составили в 1-й группе 35,1%, во 2-й – 46,4%, в том числе во 2-й А подгруппе – 50,0%. Наибольшее различие между группами в частоте гепатотоксических НПР: 25,4% – в 1-й и 52,1% во 2-й ( $p<0,05$ ). Результаты стационарного лечения оказались следующими: в 1-й группе прекращение бактериовыделения и клинико-рентгенологический эффект получен у 49 из 57 пациентов, т.е. в 85,9%, во 2-й группе – у 57 из 86, или в 66,3%, различие достоверно ( $p<0,05$ ), а во 2-й А группе, состоявших на учете по

поводу зависимости от алкоголя, – всего у 26 из 44, т.е. в 59,1%. Летальность от туберкулеза в стационаре в 1<sup>й</sup> группе отсутствовала, во 2-й умерло 6 пациентов – 70% (в 2<sup>й</sup> А подгруппе – 9,1%).

Для МЛУ - туберкулеза характерна склонность к волнообразному течению с обострениями и рецидивами, поэтому наибольшее значение имеют результаты наблюдений за пациентами после выписки из стационара.

Отдаленные результаты со сроками наблюдения от 2-х до 8-ми лет получены у 52 пациентов 1-й группы и у 82- 2<sup>й</sup>, всего у 134 человек. Согласно современным критериям лечение признано успешным (излечен и лечение завершено) у 42 в 1-й группе, что составляет 80,8% и у 56 из 82 - во 2-й – 68,3% ( $p < 0,05$ ).

Летальность после выписки из стационара составила в 1<sup>й</sup> группе 3,8% (2 пациента), во 2-й группе - 6,1% (15 пациентов). Всего с момента поступления от туберкулеза умерло в 1<sup>й</sup> группе 2 пациента (3,5%), во 2-й - 11 (12,8%),  $p = 0,05$ . От других причин в 1-й группе летальности не было, во 2-й - умерло 7, т.о. общая летальность равнялась 20,9% против 3,5% в 1-й группе ( $p < 0,05$ ).

В целом полученные результаты с учетом исходного туберкулезного процесса, наличия МЛУ - МБТ в сочетании со злоупотреблением алкоголем следует считать достаточно высокими, даже во 2-й группе. Это связано, в значительной степени, с налаженным в области контролем за приемом пациентами ПТП не только в стационарах, но и амбулаторных условиях и оформлением уклоняющихся от лечения через суд на принудительное лечение в специализированный стационар, где они наблюдаются до стойкого прекращения бактериовыделения.

#### Выводы:

1. У пациентов с МЛУ-БТ, злоупотребляющих алкоголем, туберкулезный процесс по клинической структуре и проявлениям более тяжелый, чем у аналогичной группы лиц без алкогольной зависимости.

2. Злоупотребление алкоголем негативно влияет на частоту и тяжесть НПР при химиотерапии МЛУ-ТБ, в первую очередь в отношении гепатотоксических реакций.

3. У пациентов с МЛУ-ТБ, злоупотребляющих алкоголем, снижается эффективность лечения, как на стационарном, так и на амбулаторном этапах и повышается показатель летальности.

4. Организация контролируемой химиотерапии на всех этапах позволяет добиться удовлетворительных результатов (68,3%) при МЛУ-ТБ в сочетании с алкоголизмом и довольно высоких (80,8%) у пациентов, не злоупотребляющих алкоголем.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Бессера, И.С. Полирезистентный туберкулез – угроза человечеству / И.С. Бессера, П.С. Фишер, Дж. И. Ким // М.2001. - С.40.
2. Эффективность химиотерапии туберкулеза у больных, выделяющих ЛУ штаммы МБТ с различными генотипами / И.А. Васильева, [и др.] // Проблемы туберкулеза. – 2004. - № 8. - С. 25-27.
3. Результаты комплексного лечения больных туберкулезом легких, страдающих хроническим алкоголизмом / В.В. Колесников [и др.] // Проблемы туберкулеза. – 1990. - № 2. - С. 61-64.
4. Малофеев, А.Н. Причины смерти больных туберкулезом, страдающих алкоголизмом / А.Н. Малофеев, Г.А. Смирнов // Проблемы туберкулеза. – 1981. - № 12. - С.16-19.
5. Панова, Л.В. Лечение и исходы туберкулеза с МЛУ МБТ у детей и подростков / Л.В. Панова, Е.С. Овсянкина // Проблемы туберкулеза. – 2007. - № 5. - С. 20-22.
6. Пилипчук, Н.С. Лечение больных туберкулезом и алкоголизмом: Обзор / Н.С. Пилипчук // Проблемы туберкулеза. – 1990. - № 7. - С. 67-68.
7. Рудой, Н.М. Туберкулез легких у больных, страдающих одновременно алкоголизмом и психическими заболеваниями / Н.М. Рудой, Т.Ч. Чубаков // Проблемы туберкулеза. – 1991. - № 8. - С. 48-49.
8. Медико-социальные аспекты туберкулеза органов дыхания в сочетании с алкогольной болезнью в современных условиях / А.Я. Сивак [и др.] // Матер. международной научно-практической конференции: Туберкулез современного периода. – Минск, 2012. – С. 67-71.
9. Клиническое руководства по лечению туберкулеза легких и его лекарственноустойчивых форм / Е.М. Скрягина [и др.] // Минск, 2012. – С. 84.
10. Эффективность лечения больных туберкулезом с наличием
11. факторов риска / Гельберг И.С. [и др.] // Сб. достижений мед. науки РБ. – Минск, 1999. – С. 39-40.
12. 11.Zorenz, Z. Broncho-pneumonale Erkrankungen bei Alkoholism / Z. Zorenz, R. Ferlinz // Dtsch. Med. Nschs. – 1985. -110. - № 27. - S. 1086-1088.

13. Tuberculosis screening in alcoholis and drug addicts / Z. Fridman [et all.] // Amer Rer. Resp Dis. – 1987. – 136. - № 5. – P. 1188-1192.
14. Jseman, M.D. Drug resistant tuberculosis / M.D. Jseman, Z.A. Maclsen // Clin. - Chst. Med. - V. 10. – P. 341.

## **ПЕРВИЧНАЯ ИНВАЛИДНОСТЬ НАСЕЛЕНИЯ ТРУДОСПОСОБНОГО ВОЗРАСТА РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ ВСЛЕДСТВИЕ АЛКОГОЛЬ-СПЕЦИФИЧНЫХ И ВЫСОКО ОБУСЛОВЛЕННЫХ АЛКОГОЛЕМ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПЕЧЕНИ**

**Голубева Т.С., Иванова Е.В.**

*ГУ «Республиканский научно-практический центр психического  
здоровья»*

Актуальность. Для алкоголизма характерны тяжелые медико-социальные последствия, выражающиеся в ранней инвалидизации пациентов и высокой смертности вследствие обусловленной потреблением алкоголя патологии. Регулярное употребление алкоголя осложняется развитием целого ряда заболеваний, в том числе алкогольной болезни печени [1]. Одной из главных причин цирроза печени считается алкоголизм. Жировая дистрофия печени (жировой гепатоз, стеатоз) встречается у 60% больных алкоголизмом. Алкогольный цирроз печени развивается у 10–20% лиц, злоупотребляющих алкоголем. На фоне уже имеющегося цирроза печени нередко развивается острый алкогольный гепатит. Хронический алкогольный гепатит диагностируется у пациентов при отсутствии признаков цирротической трансформации. Без воздержания от приема алкоголя, как правило, он прогрессирует с исходом в цирроз печени [2].

Целью настоящего исследования являлось изучение первичной инвалидности населения трудоспособного возраста (мужчины 18-59 лет, женщины 18-54 лет) Республики Беларусь при алкоголь-специфичных и высоко обусловленных алкоголем заболеваниях печени, выявление тенденций в структуре и динамике показателей инвалидности, оценка тяжести инвалидности.