

следования наиболее полно оценить состояние больного и функциональные возможности дыхательных путей, что является важным условием для выбора правильной тактики дальнейшего лечения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Адо А. Д., Булатов П. К. Этиология, патогенез, клиника и лечение заболеваний органов дыхания.—Л., 1969.

2. Коцага В. Е., Марков Б. А., Ширяева И. С.//Педиатрия.—1990.—№ 5.—С. 19—22.

3. Потемкина А. М., Клыкова Т. В. Тезисы I Республиканского съезда педиатров и акушеров-гинекологов.—Казань, 1988.—С. 353—355.

4. Федосеев Г. Б., Хлопотова Г. П. Бронхиальная астма.—Л., 1988.

5. Ширяева И. С., Савельев Б. П., Марков Б. А., Переверзева Н. Ю.//Вопр. охр. мат.—1990.—№ 9.—С. 8—11.

6. Ширяева И. С., Марков Б. А. Организационные и методические вопросы клинической физиологии дыхания.—Л., 1973.

Поступила 14.09.92.

УДК 616.24—002.5+616.89—008.441.33+616.89—008.441.13]—08

ПРОБЛЕМЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ВПЕРВЫЕ ВЫЯВЛЕННЫМ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ, СТРАДАЮЩИХ ХРОНИЧЕСКИМ АЛКОГОЛИЗМОМ И ТОКСИКОМАНИЯМИ, В МЕЖРАЙОННОМ ДИСПАНСЕРЕ

Ш. Б. Садыков

Бугульминский межрайонный противотуберкулезный диспансер (главрач — О. В. Шакурова)

В настоящее время нередко приходится лечить больных туберкулезом, страдающих хроническим алкоголизмом (ХА) и токсикоманиями (Т).

Доля больных ХА и Т составляла 33%. До поступления в стационар не работали 66% больных ХА и Т и только 6,3% — без ХА и Т. Все 104 человека с ХА и Т еще до поступления в стационар страдали этим недугом, однако только 24% из них наблюдались в наркологическом диспансере. Остальные себя больными алкоголизмом не считали и категорически отказывались от традиционных методов лечения алкоголизма; наркоманы же и токсикоманы тщательно скрывали от лечащего врача свое пристрастие. 32 человека из 104 (30,8%) наряду с хроническим алкоголизмом страдали различными видами токсикомании и наркомании.

Мы проанализировали истории болезни 315 больных с впервые выявленным туберкулезом легких за пять последних лет (см. табл.).

По нашим данным, основная часть лиц с ХА и Т заболела туберкулезом в возрасте от 20 до 40 лет, что свидетельствует о выраженном подавляющем эффекте ХА и Т на защитный компонент иммунитета у молодых мужчин. Отмечается высокая смертность больных с ХА и Т до 50 лет от нетуберкулезных заболеваний, лица старше 60 лет среди них встречаются редко [2].

Среди 104 больных туберкулезом с ХА и Т бацилловыделение обнаружено у 68 (65,4%), полости распада — у 48%, а из 211 больных без ХА и Т — соответственно у 110 (52,4%) и у 27%. Из 68 больных с бацилловыделением и с ХА и Т полости распада

Распределение больных с впервые выявленным туберкулезом легких

Всего больных	Из них с ХА и Т	Из 315 больных	Из 178 больных
315	104 (33%)	с бацилловыделением 178 (56,5%) без бацилловыделением 137 (43,5%)	с бацилловыделением и с ХА и Т 68 (38,2%) без ХА и Т 110 (61,8%) из 137 больных с ХА и Т 36 (26,3%) без ХА и Т 101 (73,7%)

выявлены у 73,5%, без ХА и Т — у 52%.

Стационарное лечение больных данной категории основано прежде всего на систематической ежедневной ненавязчивой индивидуальной и групповой психотерапии. Безусловно, это нелегко, но необходимо добиться того, чтобы в процессе лечения между больным и врачом установились доброжелательные взаимоотношения. Терапию больных туберкулезом проводим 3 или 4 химиопрепаратами: изониазидом из расчета 10—20 мг на 1 кг массы тела (при наличии полостей распада показано внутривенное экспресс-введение 10% раствора изониазида по 6—10 мл), рифампицином по 0,45—0,6 г в сутки, стрептомицином по 1 г внутримышечно. При обширных туберкулезных процессах в легких добавляем этамбутол по 20—25 мг на 1 кг массы тела. При преобладании творожистого некроза в легких целесообразно включение в лечение пипразинамида. Назначаем поливитаминотерапию (супрадин, олиговит, декамевит, ундевит, юникап) в сочетании с гепатопротекторами (ЛИФ-52, эссенциале-форте, карсил, легалон, метионин), дезинтоксикационную терапию (гемодез, глюкокортикоидные гормоны, сульфат магния).

Если у больного начинается запой в стационаре, но он подпускает к себе врача, то в течение 1—3 дней мы вводим ему по 2000 Т. Е. пирогенала внутримышечно при любой фазе туберкулеза. На последующих этапах лечения, после снятия туберкулезной интоксикации и частичного купирования процесса, особенно при тенденции к формированию распространенной фиброзной ткани, грубых рубцов в легких, предписываем пирогенал как мощное патогенетическое лечение, учитывая его свойство блокировать переход фибробластов в коллагеновые волокна.

Комплексное лечение включает также антиоксиданты (витамины «Е», унитиол, тиосульфат натрия), транквилизаторы (фенозепам, мебикар), антидепрессанты (амитриптилин, триптизол, азафен), нейролептики (аминазин в малых дозах), ноотропы (ноотропил, пирацетам). Сенсибилизацию к алкоголю вызываем пирроксаном, никотиновой кислотой, трихополом. Из физиотерапевтических средств по-

казаны воротник по Щербаку, ионофорез бромистого натрия по Вермелю или Бургенъену, электросон.

При преобладании экссудативного, альтернативного компонентов туберкулезного воспаления назначаем с первых дней гепарин, внутритканевую терапию, ингибиторы протеолиза — Е-аминокапроновую кислоту, контрикал, трасилол с гепарином по 10 Т. Е. ежедневно [3].

В последние два года лечение больных туберкулезом, осложненным ХА и Т, дополняем иммуномодуляторами и иммуностимуляторами (Т-активин, тимоген, тималин, пиперазин) [1], так как ХА и Т и без туберкулеза приводит к иммунодефициту различной степени.

В итоге у больных ХА и Т с первого поступления в стационар бацилловыделение прекратилось в 66% случаев (118 койко-дней), полости распада закрылись в 50% (207 койко-дней), у больных без ХА и Т — соответственно в 94% и 97% случаев. Из больных с бацилловыделением и полостями распада до завершения лечения были выписаны 23 человека; 14 (48%) из них самовольно покинули стационар, пробыв в нем в среднем 103 дня. Из-за нерегулярного лечения у них так и не прекратилось бацилловыделение и не закрылись полости распада. К их числу относились в основном больные с непрерывным пьянством или с короткими светлыми промежутками между запоями; для купирования запоя они не подпускали к себе персонал. Выраженный астеноневротический синдром возбудимого круга протекал у них без деградации личности.

В места лишения свободы направлены 6 (20%) человек. 9 из 14 больных в течение года, когда был выявлен туберкулез, неоднократно (от 2 до 4 раз) поступали в стационар; у них достигнуты положительные конечные результаты. Следовательно, только 5 из 315 человек не получили должного режима лечения.

ВЫВОДЫ

1. В межрайонных противотуберкулезных диспансерах необходимо организовать полноценное комплексное лечение больных с ХА и Т с применением всех современных достижений в наркологической науке. Для этого

требуется полная ставка психиатра-нарколога, имеющего необходимые знания по фтизиатрии.

2. Лечение больных туберкулезом, ХА и Т должно быть комплексным и интенсивным, с возвращением больных в стационар столько раз, сколько потребуется для купирования туберкулезного процесса.

3. Для больных туберкулезом, осложненным ХА и Т, основаниями для выписки из противотуберкулезных диспансеров могут быть только следующие случаи:

а) самовольный уход с последующим длительным отсутствием в стационаре, когда усилия фтизиатров по возвращению больного окажутся неэффективными;

б) миграция в другое место жительства;

в) злостное хулиганство с угрозой безопасности персоналу, оскорблением личности медработников. Единичные же случаи пьянства и неосложненные запой, когда больной все же подпускает к себе медперсонал для оказания наркологической помощи, не являются поводом для выписки.

Больным с ХА и Т в течение всего периода пребывания в стационаре следует гораздо шире и последователь-

нее назначать дезинтоксикационную, седативную или антидепрессивную, пирогенную терапию, различные виды физиолечения на фоне ежедневной систематической, упорной, но отнюдь не назойливой психотерапии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Козин Ю. И., Чернявский В. И. // Пробл. туб.—1991.—№ 6.—С. 29.
2. Рудой Н. М., Чубаков Т. Ч. // Пробл. туб.—1991.—№ 6.—С. 48.
3. Худзик Л. Б., Морозов Т. И. // Казанский мед. ж.—1990.—№ 3.—С. 191.

Поступила 13.05.92.

PROBLEMS OF THE TREATMENT OF PATIENTS WITH THE FIRST REVEALED PULMONARY TUBERCULOSIS, SUFFERING FROM CHRONIC ALCOHOLISM AND TOXOMANIA IN THE INTER-DISTRICT DISPENSARY

Sh. B. Sadykov

Summary

The problems of the treatment of patients with pulmonary tuberculosis and toxomania are discussed. The proportion of patients of this type among all the patients with pulmonary tuberculosis is determined, and the results of the treatment are estimated. The difficulties of the treatment of these patients in the inter-district dispensaries and the peculiarities of the therapy tactics are shown.

УДК 615.456.1

ВОСПОЛНЕНИЕ ПОТРЕБНОСТИ В БЕЛКЕ ПРИ ПАРЕНТЕРАЛЬНОМ ПИТАНИИ

Способ расчета объема растворов кристаллических аминокислот и гидролизатов белка

Е. Н. Устинов

Кафедра анестезиологии и реанимации (зав.—проф. В. Ф. Жаворонков) Казанского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института имени С. В. Курашова

Одной из важнейших задач парентерального питания (ПП) является восполнение потребностей организма в белке. В настоящее время не вызывает сомнений тот факт, что указанная задача может быть решена путем внутривенного введения кристаллических аминокислот (РКА) и гидролизатов белка (ГБ). При этом имеется в виду, что грубодисперстные белки (плазма, альбумин, протеин) для ПП не годятся, так как после введения длительное время (2—4 нед. и более) циркулируют в крови без

существенных изменений [2, 4] и лишь затем подвергаются гидролизу с последующим усвоением в форме аминокислот (АК) и простейших пептидов. Таким образом, применение препаратов грубодисперстного белка при ПП преследует конкретные цели в рамках общей инфузионной терапии, а белок, содержащийся в них, «в зачет» пластических потребностей не идет.

В силу ряда причин (антигенность, пирогенность, низкая утилизируемость, возможность дисбаланса