

больные, адекватно оценивая свое состояние, активно участвуют в лечении, соблюдают назначенный врачом режим, стремятся преодолеть заболевание. В этом случае имеется неприятие «роли» больного, сохранены ценностная структура и активное социальное функционирование личности.

При изучении психологического анамнеза выделяли несколько фаз психологической реакции больных на выявление туберкулеза:

1. Шоковая реакция, связанная с осознанием больного смертельно опасного заболевания, возможной смерти, заражения членов семьи, прежде всего детей. Эта реакция возникла сразу после выявления изменений на рентгенограммах. В связи с этим 92 % больных ретроспективно отметили субъективное «чувство шока», панику, тревогу, растерянность, страх перед смертельно опасным заболеванием, боязнь социальной изоляции.

2. Реакция вытеснения (отрицания), связанная с тем, что психика человека не в состоянии вынести переживаний, обусловленных получением информации о патологии в легких, и старается вытеснить полученную информацию. В сознании это звучало примерно так: «Врачи ошибаются. Со мной этого не может быть. Я работаю, живу в хороших условиях, хорошо питаюсь, не был в исправительных учреждениях». Это отрицание болезни стало у ряда больных основой для формирования «страусино» поведения, запоздалого обращения за медицинской помощью или отказа от нее.

3. Реакция агрессии, связанная с поиском причины развития болезни и виноватых. У больных туберкулезом мы нередко встречали в анамнезе эту реакцию (33 %). Чаще всего речь шла о профессиональных, бытовых и семейных контактах с больными туберкулезом.

4. Реакция депрессии, проявляющаяся мыслями о собственной обреченности, чувством тоски и печали, безнадежности, несбывшихся надежд и планов, встретилась в анамнезе у 80 % больных. Нередко депрессивные переживания сопровождались злоупотреблением алкоголем «ввиду отсутствия перспективы жизни». В целом «застывание» на стадии реакции отрицания или депрессии привело к несвоевременному обращению или отрыву от лечения у 22 % больных.

5. Реакция принятия факта болезни, обращения больного за медицинской помощью, активное участие в лечебном процессе.

Выводы. Выявление туберкулеза легких сопровождалось развитием у больных достаточно стабильной последовательности психологических реакций. Их длительность, степень выраженности и характер определялись во многом преморбидными чертами личности. Для купирования нежелательных реакций возможно применение медикаментозной терапии. Ведущая роль здесь принадлежит психотерапевтической коррекции, беседе с врачом, получению образца адаптивных стратегий преодоления в эмоциональной, когнитивной и поведенческой сферах у других больных.

УДК 616-002.5+616.036.22 (447.75)

Динамика эпидемиологии туберкулеза в Крыму

М.Н. Гришин, Ю.А. Зайцев, А.В. Блинов

Медицинская академия имени С.И. Георгиевского ФГАУ ВО «КФУ имени В.И. Вернадского», Симферополь, Крым

Анализ динамики основных эпидемиологических показателей по туберкулезу дает возможность оценить закономерности и причины его распространения, наметить основные пути дальнейшей интенсификации противо туберкулезных мероприятий.

С этой целью проведен сравнительный анализ распространения специфического процесса в Крыму в период с 1989 по 2014 год. Материалы свидетельствуют о трехкратном повышении за этот этап времени заболеваемости всеми формами туберкулеза (26,0 на 100 тыс. населения в 1989 г. и 74,8 — в 2013 г.), значительном росте поражения органов дыхания (28,0 и 66,9 соответственно), увеличении бактериовыделителей (с 10,0 до 36,2). При практически равных показателях заболеваемости туберкулезом у жителей города и села отмечаются более высокие количества случаев деструктивных форм (26,4 и 21,8) и бактериовыделителей (40,1 и 33,9) среди выявленных в сельской местности.

Структура заболеваемости в 1989 г. была следующей: преобладали очаговая и инфильтративная формы (36,9 и 36,2 % соответственно), затем следовали диссеминированная (22,5 %), кавернозная (0,3 %), фиброзно-кавернозная (1,5 %). К 2013 г. на первое место вышел диссеминированный туберкулез (42,4 %), далее следовали инфильтративный (38,9 %) и очаговый (11,1 %) процессы.

Заболеваемость бактериальными формами в 2013 г. составила 36,2 % на 100 тыс. населения по сравнению с

9,0 % в 1989 г. Тем не менее даже такой рост вызывает опасение наличия фактора недо выявления, так как, по критериям ВОЗ, при эпидемии туберкулеза (заболеваемость 50 и более на 100 тыс. населения) и массовой бактериоскопии мокроты удельный вес бактериальных форм в структуре заболеваемости должен составлять не менее 50 %. На фоне значительного роста заболеваемости болезненность уменьшилась с 198 на 100 тыс. населения до 141,3, болезненность туберкулезом органов дыхания — с 168 до 141,3, болезненность с бактериовыделением — с 53 до 46,3. Это объясняется, во-первых, уменьшением сроков пребывания на диспансерном учете, во-вторых, ростом смертности среди данной категории больных с 7,2 до 13,8, в том числе на дому — 14,7 и 32,5, и до одного года наблюдения — 8,1 и 27,1 — соответственно. Показатели смертности были бы еще выше, если бы не сочетание ВИЧ-инфекции со специфическим процессом, когда умершими считались не от туберкулеза, а от иммунодефицита. Факторы, сдерживающие снижение смертности от туберкулеза: позднее обращение за медицинской помощью, развитие остро прогрессирующих форм специфического процесса, увеличение количества больных мультирезистентным туберкулезом (МРТБ), рост количества случаев ВИЧ-ассоциированного туберкулеза.

Преобладание несвоевременно выявленных и запущенных форм, ко-инфекции, достигшей среди впервые выявленных 20,5 %, МРТБ, составившего в 2013 г.

38,2 %, суттєво ускладнюють проведення специфічної антибактеріальної терапії і небагато сприятно відображаються на результатах лікування. Так, якщо в 1989 г. припинення бактеріовиділення реєструвалося в 9 % випадків, то в 2013 г. — тільки 53,3 %, закриття полосок становило відповідно 81 і 57,8 %.

Висновки. Таким чином, на основі результатів дослідження можна зробити висновок, що епідеміологічна ситуація в Криму за аналізований період часу мала негативну динаміку і в даний час залишається достатньо напруженою.

УДК 615.281:546.18-3:616-002.5

Антимікробна активність низки нових нафталеновмісних четвертинних фосфонієвих сполук. Взаємозв'язок будови та антимікобактеріальної активності

А.В. Гуменна¹, О.М. Букачук²

¹ ВДНЗ «Буковинський державний медичний університет», Чернівці, Україна

² Чернівецький національний університет імені Ю. Федьковича, Чернівці, Україна

У зв'язку зі значним поширенням мікроорганізмів, які набули стійкості до багатьох антибактеріальних та антисептичних препаратів, дуже важливим є пошук речовин, які можна було б використовувати як антимікробні та антисептичні засоби. Ми провели дослідження низки нових нафталеновмісних четвертинних фосфонієвих сполук, а також закономірність «антимікробна активність — хімічна структура».

Антимікробну активність дослідних речовин вивчали на 6 тест-культурах мікроорганізмів за допомогою мікрометоду з використанням одноразових полістиролових планшетів та мікротитраторів Такачі.

Дані вивчення мінімальної інгібуючої концентрації нафталеновмісних фосфонієвих сполук свідчать про те, що введення трифенілфосфонійметильної групи в 1-ше положення нафталенового ядра призводить порівняно з нафталеном до появи протимікробної та протигрибкової активності. При цьому структура аніону практично не впливає на порядок активності, сполуки мають практично однакову антимікробну активність стосовно *E. coli* ATCC 25922, *S. aureus* ATCC 25923, *E. faecalis* ATCC 29213, *P. aeruginosa* ATCC 27853, *B. subtilis* 8236 F 800 та *C. albicans* ATCC 885–653.

Таким чином, трифенілфосфонійметильна група відповідає за появу активності.

Уведення ацетильної групи в 5-те положення нафталенового ядра фосфонієвої солі зумовлює зниження протимікробної активності стосовно *E. coli* ATCC 25922, *E. coli* ATCC 25922, *S. aureus* ATCC 25923, *E. faecalis* ATCC 29213. Це спостерігається, можливо, за рахунок зменшення розчинності речовини.

Заміна ацетильної групи на гідразонні фрагменти зумовлює підвищення активності щодо *E. coli* ATCC 25922, *P. aeruginosa* ATCC 27853, *B. subtilis* 8236 F 800 та *C. albicans* ATCC 885 – 653.

Установлено, що положення трифенілфосфонійметильної групи в ядрі нафталену мало впливає на антимікробну активність фосфонієвої солі, яка містить трифенілфосфонійметильну групу в 2-му положенні нафталенового ядра. Стосовно *E. coli* ATCC 25922, *S. aureus* ATCC 25923, *E. faecalis* ATCC 29213 вона виявляє антимікробну активність у таких самих концентраціях щодо *P. aeruginosa* ATCC 27 853, *B. subtilis* 8236 F 800 та *C. albicans* ATCC 885 – 653 — дещо нижчу антимікробну активність.

Таким чином, пошук антимікробних засобів серед нафталеновмісних четвертинних фосфонієвих сполук залишається актуальним щодо подальшого дослідження як можливих високоефективних антисептичних речовин.

УДК 616.5-002.5-071-036.1

Особливості перебігу та клінічних виявів туберкульозу шкіри

О.І. Денисенко

ВДНЗ «Буковинський державний медичний університет», Чернівці, Україна

E-mail: dermatology@list.ru

Туберкульозна інфекція залишається однією з найактуальніших проблем медицини. За даними ВООЗ, нині у світі понад 60 млн хворих на туберкульоз, і при цьому їхня кількість щорічно зростає на 10 млн. Зазвичай туберкульозна інфекція насамперед уражає легені та внутрішні органи, шкіра завдяки її бар'єрним і захисним властивостям уражається вторинно. Лише окремі клінічні форми туберкульозу шкіри є первинними осередками туберкульозної інфекції.

В останні роки медики всього світу вказують на зміну клінічних виявів багатьох захворювань, зокрема

ї шкіри. Патоморфоз клінічного перебігу рееструють і відносно виявів туберкульозної інфекції на шкірі: змінюються структура захворюваності та частота клінічних форм її туберкульозного ураження.

За поширеністю на шкірі, глибиною ураження та особливостями клінічних виявів розрізняють обмежені й поширені форми туберкульозу шкіри. До обмежених належать первинний туберкульоз шкіри, туберкульозний вовчак, коліквативний (скрофулодерма), бородавчастий та виразковий туберкульоз шкіри. Серед поширених форм туберкульозу шкіри розрізняють: папуло-