

ченных и выписанных из санатория в течение 2 мес. Поскольку санаторное лечение больных туберкулезом в среднем составляет 2 мес., исходили из предположения, что респонденты способны трезво оценить качество медицинской помощи по прошествии времени. Представлены результаты обработки ответов пациентов на вопросы, касающиеся основной деятельности медицинской организации: продолжительность, условия ожидания и отношение персонала в приемном покое; обезболивание болезненных процедур; отношение врачей и медицинских сестер в ходе осмотров, обследования и лечения; помощь медицинского персонала при необходимости ухода за больным; необходимость приобретения лекарственных средств за свой счет; необходимость оплаты дополнительной диагностики за свой счет. Высчитывали частоту вариантов ответов.

Результаты. На вопрос «удовлетворены ли вы продолжительностью, условиями ожидания и отношением персонала в приемном покое в день госпитализации?» 78,7% респондентов ответили, что полностью удовлетворены; 14,8% – частично удовлетворены; 1,9% – скорее не удовлетворены; 4,6% опрошенных полностью не удовлетворены.

При оценке действий врачей и медицинских сестер в ходе проведения процедур, требующих обезболивания, 66,7% пациентов оценили их действия на отлично; 27,2% больных хорошо оценили профессионализм медицинских работников; 3,7% опрошенных оценили удовлетворительно; 2,5% пациентов отозвались крайне плохо о действиях медицинских работников.

Отношение врачей и медицинских сестер к пациентам во время пребывания в санатории 70% опро-

шенных оценили как отличное; 26,4% – как хорошее; 2,7% – как удовлетворительное; 0,9% опрошенных считали, что к ним относились крайне плохо.

Оценка действий медицинского персонала в случаях оказания общего ухода за больными распределилась следующим образом: 61,4% пациентов считали, что им отлично помогали; 34,1% опрошенных считали, что им помогали хорошо; 4,5% пациентов оценили действия персонала удовлетворительно.

На вопрос «возникла ли у вас необходимость приобретения лекарственных средств за свой счет во время пребывания в медицинской организации?» 29,4% пациентов ответили «да, так как нужных лекарств не было в наличии»; 10,8% пациентов ответили «да, в качестве лучшей альтернативы бесплатным лекарствам»; у 23,5% опрошенных не было необходимости приема лекарств; 36,3% респондентов ответили «нет, нужные лекарства предоставлялись бесплатно».

На вопрос «возникла ли у вас необходимость оплачивать дополнительные диагностические исследования за свой счет во время пребывания в медицинской организации?» 97,1% пациентов ответили «нет», а у 2,9% больных такая необходимость была.

Заключение. Проведенная работа показала субъективное мнение потребителей медицинской помощи в специализированном санатории. В целом большинство из них положительно оценивают профессионализм медицинских работников. Вместе с тем данная форма анкеты не отражает причины неудовлетворенности части больных предоставляемой медицинской помощью. По-видимому, анкетирование должно проводиться с учетом специфики медицинской организации.

ПРОГНОЗИРОВАНИЕ С УЧЕТОМ ФАКТОРОВ РИСКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ГИПОЛИПИДЕМИЧЕСКОЙ ФАРМАКОТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ И ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

АЛЫМЕНКО М. А., КОЛОМИЕЦ В. М., МАЛЬ Г. С.

EFFICIENCY PROGNOSIS FOR HYPOLIPIDEMIC DRUG THERAPY CONSIDERING THE RISK FACTORS IN PULMONARY TUBERCULOSIS PATIENTS WITH CONCURRENT CORONARY HEART DISEASE

ALYMENKO M. A., KOLOMIETS V. M., MAL' G. S.

ГБОУ ВПО «Курский государственный медицинский университет» МЗ РФ, г. Курск

Kursk State Medical University, Kursk, RF

Доказана эффективность отдельных лекарственных препаратов и липидснижающей диеты по снижению уровня холестерина (ХС) в крови, приводящая к снижению частоты новых случаев ишемической болезни сердца (ИБС) и смертности от нее. Перспективными и необходимыми являются

исследования функциональных нарушений сердечно-сосудистой системы у больных туберкулезом и способов их предупреждения при проведении противотуберкулезной терапии.

Цель: выявить эндогенные и экзогенные факторы риска (ФР), способные повлиять на эффек-

тивность гиполипидемических препаратов (ГЛП) при различных типах гиперлипидемий у больных ИБС в сочетании с туберкулезом легких.

Материалы и методы. В исследование включено 100 мужчин в возрасте от 41 до 59 лет ($51,6 \pm 4,8$ года) с ИБС с изолированной и сочетанной гиперхолестеринемией (ГХС) в сочетании с туберкулезом легких.

В исследование включены больные ИБС со стабильной стенокардией I-II функциональных классов, с диссеминированным туберкулезом легких преимущественно в фазе распада, исходное содержание ХС $> 4,5$ ммоль/л и/или исходное содержание триглицеридов (ТГ) $> 1,7$ ммоль/л, без выраженной гипоальфа-холестеринемии.

При выявлении экзогенных и эндогенных ФР у больных ИБС использовали модель искусственных нейронных сетей (НС) NeuroPro 0,25, которая отличается наличием возможности целенаправленного упрощения НС для последующей генерализации вербального описания.

Исследование проведено в соответствии с протоколом:

1. Больные туберкулезом легких принимают основной курс лечения 4-5 антибактериальными препаратами в соответствии со стандартными схемами химиотерапии.

2. Определяются исходные и этапные биохимические тест-показатели сыворотки крови.

3. Гиполипидемическая терапия розувастатином (суточная доза 10 мг) проводится в течение

4 нед. (II точка), 8 нед. (III точка), а также продолжается у пациентов в случае недостижения целевого уровня липидов.

Результаты исследования. С помощью искусственных НС параметр «ХС» показано, что наибольшее влияние на гипохолестеринемический эффект при фармакотерапии розувастатином (Роксера) у больных ИБС с изолированной ГЛП в сочетании с туберкулезом легких из экзогенных ФР оказали: уровень систолического артериального давления (САД), курение, малоподвижный образ жизни, а из эндогенных – атерогенный индекс (АИ).

Изучен гипохолестеринемический эффект розувастатина у больных ИБС с сочетанной ГХС по выходному параметру нейросети «ХС ЛНП». Наибольшее влияние оказали следующие ФР: экзогенные (возраст пациента, САД, употребление алкоголя, курение); эндогенные (уровень ТГ, ХС ЛНП, ХС ЛОНП, а также АИ).

Наибольшее влияние на эффект фармакотерапии розувастатином у больных ИБС с сочетанной ГХС в сочетании с туберкулезом легких по выходному параметру «ХС» оказывали следующие экзогенные факторы: употребление алкоголя, курение, а из эндогенных факторов: уровень ХС ЛНП, а также АИ. По выходному параметру «ХС ЛНП» влияли те же ФР и дополнительно уровень САД и ТГ.

Заключение. Использование метода НС позволяет с учетом ФР повысить качество прогнозирования эффективности гиполипидемической фармакотерапии у больных туберкулезом и ИБС с ГХС при химиотерапии туберкулеза.

ОБНАРУЖЕНИЕ НЕТУБЕРКУЛЕЗНЫХ МИКОБАКТЕРИЙ В СИБИРСКОМ РЕГИОНЕ

АЛЬХОВИК О. И.¹, ДЫМОВА М. А.²

DETECTION OF NON-TUBERCULOSIS MYCOBACTERIA IN SIBERIAN REGION

ALKHOVIK O. I.¹, DYMOVA M. A.²

¹ФГБУ «Новосибирский НИИ туберкулеза» МЗ РФ, г. Новосибирск

²Институт химической биологии и фундаментальной медицины СО РАН, г. Новосибирск

¹Novosibirsk Research Institute of Tuberculosis, Novosibirsk, RF

²Chemical Biology and Fundamental Medicine Institute, Siberian Department of Russian Academy of Sciences, Novosibirsk, RF

Нетуберкулезные микобактерии (НТМБ) повсеместно распространены в окружающей среде, в частности в воде и почве. Среди них существуют как, безусловно, опасные, так и колонизирующие виды. В настоящее время наблюдается некоторое увеличение выявляемости микобактериозов, что связано не только с нарастанием заболеваемости ВИЧ-инфекцией, но и с улучшением качества

и повышением доступности лабораторных исследований (внедрение молекулярно-биологических, хроматографических методов, секвенирования).

Для постановки диагноза микобактериоза легких основным критерием является многократное выделение одного и того же вида НТМБ с учетом характерной клинко-рентгенологической картины заболевания при условии отсутствия у больного микобактерий