

Таким образом, пациенты с ПМЗО, включающим РГ, имеют более высокий риск погибнуть от опухоли другой локализации. Значительная пропорция опухолей, имеющих общие этиологические факторы с РГ, обусловленность большинства случаев гибели второй после РГ опухолью, относительно благоприятный прогноз при РГ определяют особенности послелечебного наблюдения и реабилитации этих пациентов. Мероприятия должны включать устранение канцерогенных факторов и обследование, направленное на своевременную диагностику второй опухоли.

### **Выводы**

Рак губы часто сочетается с опухолями других локализаций, в нашем материале — 17,6 %. Наиболее частой другой локализацией опухоли является рак кожи, в нашем материале — 54,0 %. В 80,8 % наших наблюдений РГ был первой по счету или синхронной опухолью у пациентов с ПМЗО. Вторая опухоль стала причиной гибели 26,5 % заболевших ПМЗО, включающим РГ.

### **ЛИТЕРАТУРА**

1. Иванов, С. А. Эпидемиология рака губы в Гомельской области / С. А. Иванов, Ю. И. Аверкин, Н. М. Тризна // Медико-биологические проблемы жизнедеятельности. — 2012. — № 2(8). — С. 44–52.
2. Пачес, А. И. Опухоли головы и шеи / А. И. Пачес. — М.: Мед., 2000. — С. 126–141.
3. Статистика онкологических заболеваний в Республике Беларусь (2004–2013) / под ред. О. Г. Суконко. — Минск: РНПЦ ОМР им. Н. Н. Александрова, 2014. — 382 с.
4. Цыбырнэ, Г. А. Рак нижней губы / Г. А. Цыбырнэ, Н. М. Годорожа. — Кишинёв: Штиинца, 1978. — 118 с.
5. Secondcancersfollowingoralandpharyngealcancer: patients' characteristicsandsurvivalpatterns / G. L. Day [etal] / European Journal of Cancer: Part B. Oral Oncology. — 1994. — №30 B. — P. 381–386.

**УДК 616.24-005.2-08-03688**

## **ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ С МУЛЬТИРЕЗИСТЕНТНЫМ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ**

***Боковая Д. В., Маханёк Н. В.***

**Научный руководитель: ассистент С. В. Гопоняко**

**Учреждение образования**

**«Гомельский государственный медицинский университет»**

**г. Гомель, Республика Беларусь**

### **Введение**

Туберкулез (ТБ) в настоящее время является глобальной проблемой. Этиотропная медикаментозная терапия применяется для лечения туберкулеза на протяжении нескольких десятилетий (с 60-х годов 20 в.). Нерациональное использование противотуберкулезных лекарственных средств (ПТЛС) и огромный потенциал изменчивости возбудителя заболевания явились причиной острой проблемы наших дней — лекарственно устойчивого туберкулеза. Наиболее неблагоприятным вариантом является резистентность к двум бактерицидным ПТЛС — изониазиду и рифампицину, такое сочетание определяется как множественная лекарственная устойчивость (МЛУ) или мультирезистентность. Лекарственная устойчивость микобактерии туберкулеза (МБТ), развивающаяся на фоне лечения ПТЛС, определяется как вторичная. Выделение такой микобактерии туберкулеза в окружающую среду становится предпосылкой для распространения первичной лекарственной устойчивости — инфицирования изначально резистентной МБТ, что определяется у пациентов, впервые заболевших ТБ и никогда ранее не получавших ПТЛС. В Беларуси уровень первичной МЛУ достигает 35 % от числа новых случаев заболевания, что является самым высоким в мире. Из числа ранее лечившихся от ТБ пациентов мультирезистентность МБТ (вторичная) — определяется в 55 % случаев. Общая доля пациентов с бактериовыделением, у которых определяется МЛУ МБТ достигает 70 %. Вероятность неблагоприятного прогноза увеличивается при дальнейшем расширении спектра устойчивости микобактерии к большинству ПТЛС процессе

лечения. Необходимость назначения на длительный период комбинации из нескольких лекарственных средств, обладающих достаточно высокой токсичностью, нередко приводит к возникновению в процессе лечения побочных эффектов ПТЛС и развитию у пациентов аллергических и токсических реакций. При этом количество высокоэффективных ПТЛС, применяемых в практической медицине, ограничено — таким образом, сочетание мультирезистентности МБТ с неудовлетворительной переносимостью пациентами этиотропного лечения делает подбор эффективной комбинации ПТЛС невозможным, что вынуждает переводить их на паллиативное лечение. Эти моменты, особенно при наличии других отягощающих факторов, (одним из самых существенных является сочетание ТБ с ВИЧ-инфекцией) часто определяют неблагоприятный прогноз заболевания. Изучение продолжительности жизни пациентов с МЛУ-ТБ и явилось целью нашего исследования.

### **Цель**

Изучение продолжительности жизни пациентов с туберкулезом с момента определения МЛУ микобактерии туберкулеза, в том числе того периода, когда эффективное этиотропное лечение признается невозможным — возможно оказание только паллиативной помощи.

### **Материалы и методы исследования**

Мы изучили истории болезни пациентов, находившихся на лечении в Гомельской областной туберкулезной клинической больнице, с летальным исходом МЛУ-ТБ. Были проанализированы все случаи, когда пациенты были переведены на паллиативное лечение. Выборка составила 78 случаев, включая 13 случаев ВИЧ-ассоциированного МЛУ-ТБ.

Из общего числа наблюдений 6,41 % (5 случаев) составили пациенты первичной МЛУ, и 93,59 % (73 случая) — с вторичной. Мы подсчитали общую длительность болезни у пациентов, длительность периода болезни после выявления вторичной МЛУ, а также длительность с момента вынужденного перехода на паллиативное лечение у ВИЧ-негативных пациентов и в случаях ВИЧ-ассоциированного туберкулеза. Сбор информации производился методом анкетирования с последующей статистической обработкой данных.

### **Результаты исследования и их обсуждение**

Из числа наблюдений 87,2 % (68 пациентов) составили мужчины, 12,8 % (10 пациентов) — женщины. Минимальный и максимальный возраст пациентов составил 23 года и 66 лет соответственно, средний возраст — 41,4 года

Распределение по полу и возрасту представлены в таблице 1.

Таблица 1 — Распределение пациентов МЛУ-ТБ по полу и возрасту (на момент исхода)

Признак	ВИЧ-негативные пациенты		ВИЧ-позитивные пациенты	
	мужчины	женщины	мужчины	женщины
До 24 лет	—	1	—	—
25–34 года	4	—	3	1
35–44 года	13	1	4	3
45–54 года	16	3	2	—
55–64 года	24	1	—	—
65 лет и старше	2	—	—	—
Всего, чел	59	6	9	4
Средний возраст (лет)	39,6	44,8	37,7	39,1

Средняя продолжительность заболевания туберкулезом у ВИЧ-негативных пациентов составила 9,3 года, у ВИЧ-позитивных — 5,4 года. Совокупность данных о средней продолжительности жизни пациентов различных групп представлена в таблице 2.

В подавляющей части наблюдений (91 %) у пациентов отсутствовала приверженность к лечению, что с одной стороны в значительной степени способствует развитию вторичной МЛУ, с другой — неуклонному прогрессированию ТБ. При этом процент развития остро прогрессирующих форм составил 4,9 % у ВИЧ-негативных пациентов и 23,1 % у ВИЧ-

позитивных, в большинстве же случаев в обеих группах имело место постепенное, но неуклонное нарастание симптомов. Обращает на себя внимание значительно меньшая длительность заболевания при первичном МЛУ-ТБ по сравнению с периодом вторичной МЛУ как у ВИЧ-негативных пациентов, так и при ВИЧ-ассоциированном туберкулезе. Но малое число таких пациентов в выборке не позволяет делать достоверные выводы.

Таблица 2 — Результаты изучения продолжительности жизни пациентов с МЛУ-ТБ

Признак	ВИЧ-		ВИЧ+	
	мужчины	женщины	мужчины	женщины
Средняя продолжительность болезни (в годах)	9,3		5,4	
	9,1	7,0	4,3	6,7
Продолжительность заболевания при первичной МЛУ (в месяцах)	11,1		5,5	
	11,1	—	5,5	—
Продолжительность периода вторичной МЛУ-ТБ (в месяцах)	33,6		19,2	
	34,0	29,5	20,1	22,4
Продолжительность периода паллиативного лечения (в месяцах)*	10 (25–75 % = 4-21)		4 (25–75% = 2-9)	

\*Медиана с 25–75 % квантилями

### **Выводы**

1. Средняя продолжительность жизни при МЛУ-ТБ у ВИЧ-негативных пациентов составляет в среднем 33,6 месяцев, у ВИЧ-позитивных — 19,2 месяца.

2. Существенного различия в продолжительности жизни у мужчин и женщин при МЛУ-ТБ не выявлено.

3. Остро прогрессирующие формы туберкулеза развиваются при МЛУ не часто и главным образом при ВИЧ-ассоциированном туберкулезе.

### **ЛИТЕРАТУРА**

1. [www.who.int/tb/publications/2010/mdr\\_report/ru/](http://www.who.int/tb/publications/2010/mdr_report/ru/)
2. Гайда, А. И. Отдаленные результаты лечения больных с множественной лекарственной устойчивостью микобактерий туберкулеза, прервавших курс химиотерапии / А. И. Гайда, Е. И. Никишова, А. О. Марьяндышев // Туберкулез и болезни легких — 2014. — № 12. — С. 33–37.
3. Гордон, А. И. Опыт лечения лекарственно-устойчивого туберкулеза у больных ВИЧ-инфекцией / А. И. Гордон, И. Б. Викторов, С. А. Долгих // Туберкулез и болезни легких. — 2014. — № 12. — С. 54–61.

УДК 355.4:616.89

## **МЕТОДИКИ ОЦЕНКИ И ПРОГНОЗИРОВАНИЯ ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ПОТЕРЬ**

**Болоткин А. Г.**

**Научный руководитель: старший преподаватель Е. Л. Глухарев**

**Учреждение образования**

**«Гомельский государственный медицинский университет»**

**г. Гомель, Республика Беларусь**

### **Введение**

Прогноз и расчет психологических потерь необходимы потому, что они будут оказывать существенное влияние на ход и исход боевых действий, на принятие обоснованного решения как о путях и способах продолжения боевых действий, так и о мерах по борьбе с последствиями боевого стресса у лиц, отнесенных к разряду психологических потерь.

### **Цель**

Проанализировать различные существующие методики расчета психологических потерь военнослужащих.

### **Материалы и методы исследования**

Нами был произведен обзор и анализ существующей литературы по расчету и оценке психологических потерь военнослужащих при различных боевых действиях.