

В группе пациентов с МТ чаще развивалась генерализованная форма миастении, которая имела более позднее начало, а также нестабильное и тяжелое течение (III–IV ф.к. согласно MGFA), в сравнении с пациентами других групп. У пациентов с М также доминировала генерализованная миастения, однако тяжесть состояния больных не превышала II–III ф. к. согласно MGFA. При этом состояние пациентов хорошо компенсировалось приемом антихолинэстеразных препаратов.

При изучении показателей иммунного статуса, в группе пациентов с М и МТ было выявлено снижение ФИ в сравнении с референтными значениями (в 2,3 и 2,5 раза соответственно). В тоже время ФЧ и ИЗФ в этих группах достоверно не отличались от контрольных величин. В группе больных с МГ фагоцитарное число превосходило контрольные величины в 4 раза, а ФИ достоверно не отличался от референтных значений. Также наблюдалась некоторая активация ИЗФ.

В то же время у пациентов всех групп отмечалось угнетение экспрессии рецепторов цитотоксических CD8+ Т-лимфоцитов-киллеров. При этом изменение данного показателя было менее выражено у пациентов с МТ (в 2 раза ниже контрольных величин), чем в других группах (в 4 раза ниже контрольных показателей).

Содержание CD16+ - НК-клеток, обладающих цитотоксичностью, было достоверно повышено в группе пациентов с МГ и МТ в 2,2 раза. В тоже время у пациентов с М данный показатель достоверно не отличался от контрольных значений. Кроме того в группе больных с МТ было выявлено достоверное двукратное увеличение CD19+- В-лимфоцитов, что свидетельствовало об активации антителиобразования.

Выводы

1. Основными патогенетическими факторами развития разных форм миастении являются изменения направленности и степени нарушения в системе фагоцитоза, дисбаланса кластеров дифференцировки CD иммунных клеток и формирования агрессивных клонов Т-лимфоцитов.

2. Наличие связи между структурными изменениями тимуса и клинико-иммунологическими особенностями миастении необходимо учитывать при диагностике заболевания и назначении терапии.

ЛИТЕРАТУРА

1. EFNS/ENS Guidelines for the treatment of ocular myasthenia / E. Kertya [et al.] // European Journal of Neurology. — 2014. — № 2. — P. 687–693.
2. Regulatory and pathogenic mechanisms in human autoimmune myasthenia gravis / R. Le Panse [et al.] // Ann. N-Y. Acad. Sci. — 2008. — № 1132. — P. 135–142.
3. Romi, F. Myasthenia gravis: disease severity and prognosis / F. Romi, N. E. Gilhus, J. A. Aarli // Acta Neurol. Scand. — 2006. — Vol.183. — P. 24–25.
4. Особенности иммунофизиологических реакции у больных при различных клинических типах миастении / Е. М. Климова [и др.] // Харківська хірургічна школа. — 2014. — № 3 (66). — С. 46–52.

УДК 612.66:301 (476)(540)

ИНДЕКС ЧЕЛОВЕЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ, КАК ПОКАЗАТЕЛЬ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ НАСЕЛЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ И ИНДИИ

Санджу Александер

Научный руководитель: магистр медиц. наук А. Н. Бараиш

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Общественное здоровье обусловлено комплексным воздействием социальных, поведенческих и биологических факторов. Улучшение общественного здоровья способствует увеличению продолжительности жизни, улучшению качества жизни, росту благополучия

населения, гармоничному развитию личности и общества. Общественное здоровье характеризуется различными статистическими показателями, важный один из них — качество жизни. Частичным аналогом индекса качества жизни, получившим к настоящему времени наибольшее распространение и признание, является индекс человеческого развития (ИЧР, human development index — HDI) или, в другом переводе, индекс развития человеческого потенциала (ИРЧП), применяемый ООН с 1990 г.

Цель

Сравнить качество жизни населения Республики Беларусь (РБ) и Индии, используя ИЧР.

Материалы и методы исследования

Предметом исследования явилось оценка ИЧР РБ и Индии. Ежегодно группа независимых международных экспертов публикует доклад о человеческом развитии Программы ООН (ПРООН). В докладе представлен размер ИЧР для каждой страны и показатели, на основании которых исчисляется индекс. Все страны ранжируются в порядке его возрастания. К странам с очень высоким качеством жизни относятся те, в которых ИЧР колеблется от **0,808 до 0,944**; к странам с высоким качеством жизни от **0,700 до 0,709**, к странам со средним качеством жизни от **0,556 до 0,698**; к странам с низким качеством жизни — от **менее 0,540**.

ИЧР является комплексным показателем, вычисляемым на основе трех основных измерений человеческого развития:

1. Возможность долгой и здоровой жизни, которая характеризуется ожидаемой продолжительностью жизни при рождении.
2. Возможность получения образования, измеряемая средней продолжительностью обучения и ожидаемой продолжительностью обучения.
3. Возможность поддержания достойного жизненного уровня, характеризующая величиной валового национального дохода на душу населения по паритету покупательной способности в долларах США.

Результаты исследования и их обсуждение

Согласно последнему докладу о человеческом развитии, подготовленному ПРООН 2014 г., содержащим обновленные и сопоставимые данные за предыдущие годы, РБ за 2013 г. заняла 53-е место среди 187 стран в международном рейтинге по ИЧР. По классификации ООН РБ и прежде относилась к странам с высоким ИЧР. За 2014 г. ИЧР для РБ составил 0,786. Индия занимает 135-е место и относится к странам со средним качеством жизни. ИЧР составил 0,586 (таблицы 1–4).

Таблица 1 — Индекс человеческого развития в некоторых странах мира за 2014 г.

Название страны	Индекс человеческого развития	
	ранг страны	ИЧР
Норвегия	1	0,944
Австралия	2	0,933
США	5	0,914
РБ	53	0,786
РФ	57	0,778
Индия	135	0,586
Нигерия	187	0,337

Таблица 2 — Продолжительности предстоящей жизни при рождении за 2014 г.

Название страны	Все население	Мужчины	Женщины
	ОПЖ	ОПЖ	ОПЖ
Япония	83,6	80,1	87,9
Республика Беларусь	70,6	64,2	75,8
Индия	66,5	64,7	68,3

Показатель ожидаемой продолжительности жизни при рождении принято оценивать отдельно для мужчин и для женщин. Средняя продолжительность жизни женщин в мире составляет 73,0 г. Средняя продолжительность жизни мужчин в мире составляет 68,8 г. В РБ ожидаемая продолжительность жизни при рождении по данным отчета ПРООН за 2014 г. составляла 70,6 г. В том числе у мужчин — 64,2, у женщин — 75,8. Столь значительная раз-

ница продолжительности жизни мужчин и женщин в нашей республике создает значительные социальные, медицинские, психологические, экономические проблемы. В Индии средняя продолжительность жизни мужчин составляет 64,7, у женщин — 68,3 (таблица 2).

Таблица 3 — Индекс образованности РБ и Индии за 2014 г.

Название страны	Индекс образованности
Австралия	0,910
Республика Беларусь	0,819
Индия	0,456

Таблица 4 — Размёре валового внутреннего продукта в РБ и Индии за 2014 г.

Название страны	Валовой внутренний продукт на душу населения	
	ранг страны	\$ США ППС
Катара	1	145,894
Республика Беларусь	64	17,623
Индия	126	5450

Выводы

Улучшение состояние здоровья населения — важнейшая задача, которая должна решаться как на государственном, так и на индивидуальном уровнях. Государственная политика Республики Беларусь направлена на популяризацию здорового образа жизни, улучшение качества и доступности предоставляемых услуг сферы здравоохранения. Важно, чтобы потребители этих услуг были заинтересованы в их получении.

ЛИТЕРАТУРА

1. Statistics of the Human Development Report: Human Development Report 2013/2014. — Published for the United Nations Development Programme (UNDP), 2014.
2. Калинина, Т. В. Оценка популяционного здоровья населения по индексу человеческого развития // Проблемы общественного здоровья и здравоохранения: материалы Республиканской научно-практической конференции, посвященной 80-летию кафедры общественного здоровья и здравоохранения БГМУ — Минск, 2005 — С. 73–76.

УДК 616.831.9-002.5

КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ТУБЕРКУЛЕЗНОГО МЕНИНГИТА

Саранков А. А.

Научный руководитель: к.м.н., доцент И. В. Буйневич

Кафедра фтизиопульмонологии

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Туберкулез центральной нервной системы является тяжелой формой внелегочного туберкулеза и развивается чаще всего у детей грудного возраста и в более старшем возрасте при наличии иммуносупрессии. Для защиты детей от туберкулеза в нашей стране прививаются вакциной БЦЖ все здоровые новорожденные на 3–4 день жизни. Взрослые люди такой защиты не имеют [1].

В современной литературе мало работ, посвященных проблеме туберкулезного менингита. Достаточно редко эта патология встречалась у пациентов противотуберкулезных учреждений в прошлые годы. В последнее время в связи с ростом числа ВИЧ-инфицированных пациентов увеличился удельный вес туберкулеза ЦНС в структуре заболеваемости. Кроме того, диагностировать эту форму туберкулеза не так просто, как хотелось бы, в силу того, что отсутствуют патогномичные симптомы. Диагностика туберкулезного менингита, как правило, происходит на поздней стадии, когда назначение противотуберкулезного лечения уже неэффективно [2].

Туберкулезный менингит протекает своеобразно, симптоматика чаще всего нарастает медленно. При работе с пациентами, имеющими менингеальные симптомы, всегда