

прямо пропорционально: показатели тревоги по шкале Цунга больше выражены в группе больных с длительным течением болезни — больше 1 года. Это относится как к показателям острой тревожности, так и к показателям умеренной тревожности, хотя последние имеют более выраженный рост значений в связи с увеличением стажа заболевания.

По шкале Гамильтона тревога также максимально выражена в группе больных, имеющих стаж заболевания более 1 года, а вот симптомы тревоги сохраняются на одном уровне во всех группах и не зависят от стажа болезни.

Количество больных, имеющих легкую депрессию по шкале Цунга, резко увеличивается при продолжительности болезни от года и более, а количество больных с маскированной депрессией увеличивается к году и находится на одном уровне, не изменяясь в зависимости от стажа болезни.

По шкале Монгомери-Асберга показатели депрессии имеют два пика: в группе больных с впервые установленным диагнозом, несколько снижаясь к году, а затем резко увеличиваются в группе больных со стажем заболевания более 1 года. В этой группе максимальные показатели депрессии.

При анализе связи уровня тревоги, депрессии и длительности заболевания выявлены более выраженные показатели тревоги по шкале Гамильтона в группе больных со стажем течения заболевания более года по сравнению с группой больных, имеющих стаж заболевания менее года ( $p < 0,05$ ). Достоверных различий в уровне депрессии в зависимости от длительности заболевания не было ( $p > 0,1$ ).

#### **Выводы**

Симптомы тревоги разной степени выраженности регистрируются у больных множественной миеломой у 63 % по шкале Цунга и у 88,7 % по шкале Гамильтона. У мужчин и женщин симптомы тревоги встречаются примерно с одинаковой частотой. Депрессия чаще выявляется у женщин. Симптомы тревоги и депрессии максимально выражены в возрастной группе 60–70 лет. Уровень тревоги зависит от длительности заболевания, увеличиваясь в группе больных со стажем болезни более года. По шкале Монгомери-Асберга отмечаются два пика показателей депрессии: в группе больных с впервые установленным диагнозом и в группе больных со стажем болезни более года.

#### **ЛИТЕРАТУРА**

1. Efficacy and safety of darbepoetin alfa in anaemic patients with lymphoproliferative malignesis: a randomized, double-blind, placebo-controlled study / M. Hedenus [et al.] // Br. J. Haematol. — 2003. — Vol. 122 (3). — P. 394–403.
2. Management of disease-related anemia in patients with multiple myeloma or chronic lymphocytic leukemia: Epoetin treatment recommendations / L. Heinz [et. al.] // Hematol. J. — 2002. — Vol. 3 (3). — P. 121–130.

**УДК 616-002.5-06:616.98:578.828 HIV]-037-036.88**

### **ФАКТОРЫ РИСКА ВИЧ-АССОЦИИРОВАННОГО ТУБЕРКУЛЕЗА, ПРИВОДЯЩИЕ К ЛЕТАЛЬНОМУ ИСХОДУ**

**Кохан О. В.**

**Научный руководитель: ассистент кафедры, к.м.н. Е. И. Козорез**

**Учреждение образования**

**«Гомельский государственный медицинский университет»**

**г. Гомель, Республика Беларусь**

#### **Введение**

Начало эпидемии СПИДа связано с ростом случаев туберкулеза в мире, поскольку ВИЧ и туберкулез активно взаимодействуют друг с другом, влияя на иммунную систему, одно заболевание изменяет развитие другого. У людей с ВИЧ, особенно при иммунном статусе ниже 200 клеток/мл, туберкулез часто переходит во внелегочную форму.

Одновременное присутствие этих инфекций может осложнить течение каждой из них. Активный туберкулез также приводит к повышению вирусной нагрузки ВИЧ, что может привести к снижению иммунного статуса и прогрессированию заболевания. Даже после успешного лечения туберкулеза вирусная нагрузка может остаться повышенной. Хотя антиретровирусная терапия против ВИЧ является главным средством профилактики туберкулеза среди людей с ВИЧ, даже при доступности лечения ВИЧ-инфекции более высокий риск развития туберкулеза сохраняется. [1]

ВИЧ-инфекция облегчает распространение туберкулеза за счет увеличения риска развития этого заболевания при первичном инфицировании, реактивации эндогенной инфекции, а также за счет возрастания риска рецидивов туберкулеза [2].

#### **Цель исследования**

Изучить факторы риска ВИЧ-ассоциированного туберкулеза, приводящие к летальному исходу.

#### **Материалы и методы исследования**

Ретроспективно обследованы 149 ВИЧ-инфицированных пациентов, в возрасте 18 лет и старше, находившихся на диспансерном наблюдении в консультативно-диспансерном кабинете (КДК) ВИЧ/СПИД Гомельской областной инфекционной клинической больницы, аттестованных на ВИЧ с 1996 по 2011 гг.

Для анализа структуры причин смерти были изучены данные медицинских карт амбулаторного больного КДК ВИЧ/СПИД. Из обследованных 149 пациентов 63 % были мужчины, 55,7 % — инфицировались внутривенным путем, 78,5 % — проживали в городе. Медиана возраста составила 37,5 (14,0–70,1) лет. В период наблюдения 2009–2011 гг. умерло 76 больных.

Характеристика пациентов по полу, пути инфицирования, месту жительства, возрасту представлена в таблице 1.

Таблица 1 — Характеристика пациентов

Признаки		Количество умерших пациентов, n (%)	Всего, n (%)
Пол	Мужской	52 (68,4)	98 (65,8)
	Женский	24 (31,6)	51 (34,2)
Путь инфицирования	Половой	16 (21,1)	46 (30,9)
	Внутривенный	46 (60,5)	83 (55,7)
	Не уточнен	14 (18,4)	20 (13,4)
Место жительства	Городское население	62 (81,6)	117 (78,5)
	Сельское население	14 (18,4)	32 (21,5)
Возраст	Медиана (25–75 %)	37,6 (21,7–70,1)	37,5 (14,0–70,1)

Статистическая обработка полученных результатов выполнена с использованием статистического модуля программы «Microsoft Excel» 2003, а также пакета статистического анализа данных «Statsoft USA Statistica 6.0». Сравнение качественных показателей проводили с помощью критериев  $\chi^2$ -критерий, сравнение количественных показателей — с помощью U-критерий Манна-Уитни. Критический уровень значимости при проверке статистических гипотез о существовании различий показателей между группами  $p$  принят равным 0,05.

#### **Результаты исследования**

Для определения факторов риска смерти от ВИЧ-ассоциированного туберкулеза проведено сравнение умерших и находящихся на учете на 01.01.2012 г. по полу, месту жительства, пути инфицирования. Статистических различий по полу ( $\chi^2 = 0,48$ ,  $p = 0,49$ ), месту жительства ( $\chi^2 = 0,85$ ,  $p = 0,36$ ), пути инфицирования ( $\chi^2 = 5,01$ ,  $p = 0,25$ ) выявлено не было.

Были обследованы на уровень CD4 клеток 67 (91,8 %) ВИЧ-инфицированных пациентов продолжающих состоять на учете и 54 (71 %) умерших. Среди ВИЧ-инфицированных больных продолжающих состоять на диспансерном наблюдении, уровень CD4 клеток ниже

50 кл/мкл регистрировался у 23 (31,5 %) пациентов, от 51 до 200 кл/мкл — у 26 (35,6%); выше 200 кл/мкл — у 19 (26 %) ВИЧ-больных. Среди умерших пациентов уровень СД4 клеток ниже 50 кл/мкл регистрировался у 39 (51,3 %) пациентов, от 51 до 200 кл/мкл — у 13 (17,1 %), выше 200 кл/мкл — у 2 (2,6 %). При сравнении уровня СД4 клеток выявлено статистическое различие ( $U = 850$ ;  $p = 0,001$ ), свидетельствующее, что иммунный статус у умерших значительно ниже.

На уровень вирусной нагрузки (ВН) обследованы у 38 пациентов, состоящих на диспансерном наблюдении, ВН до 100 тыс. копий/мл — у 30,3 % пациентов, до 500 тыс. — у 45,5 %, более 500 тыс. — у 24,2 %; и у 28 пациентов, умерших от СПИД-ассоциированного туберкулеза, из них ВН до 100 тыс. копий/мл — у 17,9 % пациентов, до 500 тыс. — у 17,9 %, более 500 тыс. — у 35,7 %. Статистических различий по вирусной нагрузке ( $U = 288$ ;  $p = 0,06$ ) выявлено не было, однако отмечается тенденция, что уровень ВН у пациентов, умерших от ВИЧ-ассоциированного туберкулеза выше.

Клиническая характеристика форм туберкулеза умерших больных представлена в таблице 2.

Таблица 2 — Клиническая характеристика форм туберкулеза умерших больных

Формы ТБ	Всего больных	%
Диссеминированный	21	27,6
Милиарный	36	47,4
Инfiltrативный	3	4,0
Казеозная пневмония	10	13,1
Плеврит	2	2,6
Внелегочной	4	5,3

Причинами смерти у пациентов с ВИЧ-инфицированным туберкулезом были такие формы туберкулеза, как диссеминированный — 27,6 %; милиарный — 47,4 %, инfiltrативный — 4,0 %. Как проявление генерализации у 25 % больных развился туберкулезный менингит, туберкулезный плеврит — у 17,1 % больных, туберкулез лимфатических узлов — в 30,3 %, милиарный туберкулез селезенки, печени и почек — в 53 %.

#### **Вывод**

Факторами риска смерти от ВИЧ-ассоциированного туберкулеза являются низкий уровень СД4 клеток, высокий уровень вирусной нагрузки, такие клинические формы туберкулеза как милиарный, диссеминированный, казеозная пневмония.

#### **ЛИТЕРАТУРА**

1. ВИЧ-инфекция: клиника, диагностика и лечение / В. В. Покровский [и др.]; под общ. ред. В. В. Покровского. — 2-е изд. — М.: ГЭОТАР-МЕД, 2003. — 488 с.
2. Сотниченко, С. Н. Анализ летальных исходов при ВИЧ-инфекции / С. Н. Сотниченко, Л. Ф. Скляр // Эпидемиология и инфекционные болезни. — 2010. — № 4. — С. 31–34.

УДК: 616.135-007.64

## **РАССЛАИВАЮЩАЯ АНЕВРИЗМА ГРУДНОГО ОТДЕЛА АОРТЫ**

**Кохановская Б. Ф.**

**Научный руководитель: к.м.н., доцент С. М. Полякова**

**Учреждение образования**

**«Белорусский государственный медицинский университет»**

**г. Минск, Республика Беларусь**

#### **Введение**

За последние 2 десятилетия в большинстве развитых стран отмечается неуклонный рост хирургических вмешательств по поводу аневризм и расслоений грудного отдела аорты [2].