

и длилась в среднем  $4,2 \pm 1,2$  дня. Максимальная частота стула для этой группы составила  $8,9 \pm 1,2$  раза в сутки. Средняя длительность госпитализации составила  $20 \pm 2,4$  дня.

По схеме 1Б проходили лечение 15 ( $33,3 \pm 7,1$  %) человек в возрасте 65 ( $55,3$ ;  $72$ ) лет. Из 15 пациентов, лечившихся по данной схеме, лихорадка наблюдалась у 7 пациентов и длилась в среднем  $3,3 \pm 1,0$  дня. Максимальная частота стула для этой группы составила  $7,3 \pm 1,2$  раза в сутки. Средняя длительность госпитализации составила  $16,3 \pm 1,8$  дня.

Схема 1В была назначена 6 ( $13,3 \pm 5,1$  %) пациентам в возрасте 50 ( $39$ ;  $64$ ) лет. Из 6 пациентов, лечившихся по данной схеме, лихорадка наблюдалась у 4 пациентов и длилась в среднем  $7,2 \pm 2,9$  дней. Максимальная частота стула для этой группы составила  $8,8 \pm 1,9$  раз в сутки. Средняя длительность госпитализации составила  $24,8 \pm 4,3$  дня.

Схема 2 была назначена 6 ( $13,3 \pm 5,1$  %) пациентам в возрасте 56 ( $54$ ;  $59,5$ ) лет. Из 6 пациентов, лечившихся по данной схеме, лихорадка наблюдалась у 5 пациентов и длилась в среднем  $2,5 \pm 1,2$  дня. Максимальная частота стула для этой группы составила  $6,3 \pm 1,8$  раза в сутки. Средняя длительность госпитализации составила  $10,8 \pm 2,2$  дня.

Несмотря на то, что схема 1А используется чаще других, мы не смогли получить достаточно данных указывающие на большую эффективность данной схемы в сравнении с 1Б ( $p = 0,46$ ;  $\alpha = 0,05$ ); 1В ( $p = 0,18$ ;  $\alpha = 0,05$ ) и 2 ( $p = 0,55$ ;  $\alpha = 0,05$ ). Аналогичная ситуация и со схемой 1Б: ( $p = 0,06$ ;  $\alpha = 0,05$ ) для 1В и ( $p = 0,89$ ;  $\alpha = 0,05$ ) для 2. Схема 1В также не имеет никакого преимущества по сравнению со схемой 2 ( $p = 0,17$ ;  $\alpha = 0,05$ ). Однако при использовании схемы 1А и 1Б достоверно снижается период госпитализации по сравнению со схемой 2. Для них  $p = 0,047$  и  $p = 0,02$  при  $\alpha = 0,05$  соответственно.

#### Выводы

1. Среди пациентов с псевдомембранозным колитом в половой структуре преобладают женщины  $33$  ( $73,3 \pm 6,6$  %), в возрастной структуре чаще болеют лица старше 50 лет, т. к. 25 процентиль — 52.

2. Наиболее используемой схемой лечения является метронидазол/ванкомицин и линекс/лацидофил  $18$  ( $40 \pm 7,3$  %).

3. Схемы 1А и 1Б являются наиболее эффективными так как достоверно снижают сроки госпитализации. Для них  $p = 0,047$  и  $p = 0,02$  при  $\alpha = 0,05$  соответственно.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Черненко, Т. В. Псевдомембранозный колит: диагностика, лечение и профилактика (обзор литературы) / Т. В. Черненко // Журнал им. Н. В. Склифосовского. Неотложная медицинская помощь. — 2016. — № 1. — С. 33–39.
2. Антибиотик-ассоциированная диарея / С. Д. Косюра [и др.] // Лечебное дело. — 2015. — № 1. — С. 131–134.
3. Nelson, R. L. Antibiotic treatment for Clostridium difficile-associated diarrhoea in adults (Review) / R. L. Nelson, K. J. Suda, C. T. Evans // Cochrane Library [Electronic resource]. — 2017. — Mode of access: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD004610.pub5/epdf/full>. — Date of access: 19.03.2019.

УДК 616-002.5:159.923

### ЛИЧНОСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ПАЦИЕНТОВ С ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ, НАХОДЯЩИХСЯ НА ПАЛЛИАТИВНОМ ЛЕЧЕНИИ

Левченко К. В.

Научный руководитель: к.м.н., доцент В. Н. Бондаренко

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

#### Введение

Туберкулез — хроническое инфекционное заболевание, которое часто сопровождается в течение всей его жизни. Это оказывает большое влияние на личностно-

психологический портрет человека. В настоящее время большое внимание уделяется изучению психологического статуса пациентов, которые имеют хронические заболевания. Само заболевание связано с боязнью последствий и страхом неблагоприятного исхода. Это приводит к длительному перенапряжению внутренних сил организма, что сопровождается акцентуацией определенных психологических особенностей личности [4].

Актуальность исследования обусловлена тем, что изучение восприятия пациентом своей болезни облегчает понимание его внутреннего состояния, а знание психологических особенностей внутренней картины болезни поможет врачам спрогнозировать результат лечения и выздоровления, повысить приверженность пациента к лечению [3].

### **Цель**

Оценить свойства личностей пациентов с туберкулезом, исследовать уровень влияния болезни на сферы жизни и показатели качества жизни пациентов, изучить типы их отношения к болезни.

### **Материал и методы исследования**

В ходе работы было опрошено 60 пациентов с туберкулезом легких, находящихся на паллиативном лечении в У «Гомельская областная туберкулезная клиническая больница». Из них мужчин — 51 (85 %) человек, женщин — 9 (15 %) человек, средний возраст —  $50,1 \pm 12,8$  лет. Средняя продолжительность туберкулеза составила  $6,7 \pm 2,8$  лет.

Проведена оценка: свойств личности пациентов и уровня влияния болезни на сферы жизни пациентов с туберкулезом по опроснику Сердюка [2], типы отношения к болезни по методике «ЛЮБИ» [2], показатели качества жизни пациентов с туберкулезом по методике «NAIF» [1].

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

При исследовании преобладающего эмоционального фона, определяющего тип личности в настоящее время, установлено, что у 38 (63 %) пациентов сформировался ипохондрический тип личности, у 12 (20 %) человек — депрессивный тип, 4 (7 %) человека находились в состоянии истерии, а 6 (10 %) человек наступила декомпенсация психологических резервов с формированием психоастенического типа. Таким образом, у всех пациентов сформировались патологические типы реакции на заболевание, которые объединяются в астено-невротический тип. Это формирует пассивный тип личности, пациенты замкнуты, медлительны, плохо переносят смену обстановки, легко теряют равновесие в социальных отношениях, отмечается фиксирование пациентов на своих физических функциях, обилие жалоб на здоровье, тенденции к уходу в болезнь, склонность к истерическим реакциям в условиях стресса. Такие характерологические особенности затрудняют контакты пациентов в сфере общения, приводят к дополнительным стрессовым и конфликтным ситуациям. Пациентов с неизлечимым туберкулезом отличают дефекты в адаптивной системе: общая плохая приспособляемость, недостаточная устойчивость структуры личности со снижением способности противодействия, импульсивности, тенденции трансформировать психическую напряженность в соматические симптомы как средство снятия психической напряженности.

Были изучены уровни влияния заболевания на сферы жизни пациентов. Установлено, что ограничение ощущения силы и энергии ощущают 100 % испытуемых пациентов туберкулезом, ограничение удовольствий — 36 (60 %), ухудшение отношения к пациенту со стороны окружающих отметило 12 (20 %) человек, ограничение личного времени из-за туберкулеза — 26 (43,3 %), формирование чувства ущербности — 56 (93,3 %), ограничение общения — 58 (96,7 %), материальный ущерб — 50 (83 %) пациентов.

Восприятие пациентами своей болезни, точнее преобладающий тип восприятия оказывает непосредственное влияние на процесс выздоровления. Были изучены типы отношения пациентов к заболеванию.

Выявлены следующие типы отношения к болезни у больных туберкулезом: «Ипохондрический» — 42 (70 %) испытуемых, «Меланхолический» — 32 (53,3 %), «Тревожный» — 28 (46,7 %), «Сенситивный» — 50 (83 %) пациентов соответственно. У пациентов с неизлечимым туберкулезом гармоничный тип отношения к болезни не был выявлен ни у одного человека. Большое место в психологической картине при туберкулезе занимает ипохондрические нарушения — фиксирование пациентов на своих физических функциях, обилие жалоб на здоровье, тенденции к уходу в болезнь, склонность к истерическим реакциям в условиях стресса.

#### **Выводы**

У пациентов с туберкулезом легких, находящихся на паллиативном лечении, сформировался деструктивный астено-невротический тип личности и отношения к своему заболеванию, что препятствует успешности взаимодействия врача и пациента.

В лечение пациентов целесообразно включать психологическое сопровождение и психотерапевтическую помощь.

Знание индивидуальных психологических характеристик пациентов можно использовать для прогноза уровня приверженности лечению туберкулеза.

#### **ЛИТЕРАТУРА**

1. Астафьева, Н. Г. Разработка и внедрение русской версии опросника «Dermatology specific quality of life (DSQL)» для исследования качества жизни больных atopическим дерматитом / Н. Г. Астафьева, В. В. Власов, А. А. Мартынов // Аллергология. — 2000. — № 3. — С. 44–46.
2. Клинический опросник для выявления и оценки невротических состояний: метод. рекомендации для интернов и врачей / сост. Д. М. Менделевич, К. К. Яхин. — Казань, 1978. — 23 с.
3. Личко, А. Е. Медико-психологическое обследование соматических больных / А. Е. Личко, И. Я. Иванов // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. — 1980. — № 8. — С. 1195–1198.
4. Ломаченков, В. Д. Психологические особенности мужчин и женщин, впервые заболевших туберкулезом легких, и их социальная адаптация / В. Д. Ломаченков, Г. Я. Кошелева // Проблемы туберкулеза. — 1997. — № 3. — С. 9–11.

УДК 616.831.9-002.5:616.98:578.828НIV

### **ОСОБЕННОСТИ ТУБЕРКУЛЕЗНОГО МЕНИНГИТА У ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ ПАЦИЕНТОВ**

*Мамонов В. А.*

**Научный руководитель: к.м.н., доцент В. Н. Бондаренко**

**Учреждение образования**

**«Гомельский государственный медицинский университет»**

**г. Гомель, Республика Беларусь**

#### **Введение**

Туберкулезный менингит (ТМ) является одной из самых тяжелых оппортунистических инфекций у пациентов, инфицированных вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ). Чаще всего ТМ является проявлением острого милиарного и генерализованных форм туберкулеза [1]. По литературным данным, частота возникновения ТМ у лиц с коинфекцией туберкулеза и ВИЧ колеблется от 3 до 18,7 %, а летальность — от 21 до 63,3 % [2, 3]. В Гомельской области до настоящего времени туберкулез является ведущей причиной смерти лиц, живущих с ВИЧ, распространенность сочетания двух инфекций не имеет тенденции к снижению. Дифференциальную диагностику этой патологии проводят врачи разных специальностей, что требует знаний особенностей течения этой формы туберкулеза. Своевременная диагностика и лечение ТМ являются сложными у всех пациентов, так как аналогичную клиническую картину кроме микобактерий вызывают дрожжевые грибы рода *Candida* и *Cryptococcus*, а также вирусы [4].