

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/
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.

Результаты исследования

В США во время гражданской войны считали, что пострадавшие с психическим расстройством, связанным с боевыми действиями, испытывают «ностальгию», которую относили к разновидности меланхолии или к умеренному умопомешательству, вызванному разочарованием и сильным желанием вернуться домой. Это расстройство так же известно под названием «сердце солдата». Во время Первой и Второй мировых войн для описания эмоциональных реакций на травму чаще всего использовались такие термины: «психическая травма, полученная в ходе боевых действий» и «военный невроз». Для описания измученных и обессиленных пехотинцев, употреблялось выражение «Взгляд на две тысячи ярдов» [1].

Психологические потери — это потери личного состава, связанные с утратой боеспособности (полной или частичной) вследствие психической травмы (расстройства), вызванной психотравмирующими факторами боевой обстановки.

Психическая травма — это нарушение психической деятельности по объективному отражению действительности под воздействием факторов внешней среды (частичная потеря зрения, памяти, слуха; неадекватное восприятие и реакция; эмоциональный шок и т. п.).

Временные психологические потери — характеризуются кратковременной (от нескольких минут до одних суток) утратой боеспособности, восстановление которой достигается оказанием психологической помощи и проведением мероприятий реабилитации непосредственно в боевой обстановке.

Санитарные психологические потери — характеризуются утратой боеспособности, для восстановления которой требуется госпитализация и лечение.

Логика психологических потерь:

1. У военнослужащих глубина психологических изменений, при условии что они не пострадали физически, будет находиться в прямой зависимости от наблюдаемых на поле боя негативных явлений.

2. Около 15–20 % личного состава после боя, как правило, сохраняют самообладание, способны к активным действиям. 15–20 % утратят боеспособность и выйдут из строя на срок более 0,5 часа и до нескольких суток. У этих военнослужащих могут наблюдаться патологические изменения в психике. До 10 % — утратят боевую способность на срок от нескольких суток до нескольких месяцев или вообще выйдут из строя. 60–70 % личного состава утратят боевую способность на срок от 0,5 до 2 часов.

3. Динамика изменения психологических потерь по времени совпадают с адаптацией к гиперстрессам. Мощный стресс, за ним следует этап дезорганизации (от 1 до 10 минут) — далее наступает гипермобилизация всех ресурсов организма, а за ним — полное истощение физических и психических сил (от 2 часов до времени представления сна, отдыха).

Методики определения психологических потерь:

Первый метод

Выделяют 3 типа психических реакций военнослужащих на психотравмирующий фактор:

а) слабые — в боевой обстановке вызывается внезапным появлением в поле зрения военнослужащих небольших разрушений, возгораний, легко раненных. При этом испытывают повышенное возбуждение, напряжение, неспособны сосредоточиться, легко поддаются настроению.

б) средние — эти психические реакции могут быть вызваны значительным количеством разрушений, пожаров, легко и тяжело ранеными. При этом люди испытывают апатию, вяло реагируют на команды, трудно управляемые.

в) тяжелые — это такое психологическое потрясение, которое человек переживает в обстановке полного разрушения, сильного огня, массовых потерь. При этом утрачиваются контакты между людьми, отсутствует ориентация, могут допускаться неадек-

ватные действия. В зависимости от преобладания того или иного типа психической реакции, рассчитывается количество психологических потерь.

Второй метод

Основан на степени влияния следующих факторов: воздействие боевой обстановки, условия местности и погодные условия, воздействие противника, состояние своих войск. Оценка влияния каждого фактора осуществляется по следующему принципу: 1 балл — влияние незначительно; 3 балла — влияние среднее; 5 баллов — влияние значительное. Далее сумма баллов соотносится с процентом военнослужащих, которые будут составлять психологические потери.

Третий метод

Расчеты С. В. Чермянина показывают, что те или иные проявления психической дезадаптации в виде острых психологических стрессовых реакций выявятся уже в течение первых суток боя не менее чем у 5–7 % военнослужащих, причем у 80 % из них они будут скоротечными (минуты десятки минут) и редуцироваться при изменениях боевой обстановки. На этапы медицинской помощи эти лица, как правило, не попадают. Всего в общей структуре санитарных потерь психологические санитарные потери могут равняться 10–14 %, или 0,3–0,5 % от численности личного состава, принимающего активное участие в боевых действиях.

Вывод

Умение грамотно прогнозировать и оценивать психологические потери позволяет своевременно и обоснованно принимать боевые решения, осуществлять мероприятия по оказанию психологической помощи и восстановлению боеспособности личного состава. Существующие методики расчета психологических потерь позволяют с определенной степенью вероятности прогнозировать общие объемы и динамику снижения боевых возможностей частей и соединений в боевой обстановке.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Караяни, А. Г.* Прикладная военная психология / А. Г. Караяни, И. В. Сыромятников. — СПб: Питер, 2006 — 480 с.
2. *Ответчиков, А. В.* Психические состояния военнослужащих в особых условиях ведения боевых действий / А. В. Ответчиков. — М.: ГА ВС, 1991. — 112 с.

УДК 618.2 618.4]-055.25

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ У ПЕРВОРОДЯЩИХ СТАРШЕ 35 ЛЕТ

Бондаренко Е. А., Михайловский А. Л.

Научный руководитель: Е. Л. Лашкевич

Учреждения образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Причины наступления беременности в возрасте старше 35 связаны с финансовыми проблемами, образованием, карьерой или просто личными мотивами. Женщины позднего репродуктивного возраста благополучны по своему психоэмоциональному статусу и уровню невротизации, но, исходя из особенностей соматической заболеваемости, входят в группу высокого риска по возникновению осложнений течения беременности и родов [1]. Низкий уровень стероидных гормонов крови обусловлен истощением овариального резерва, жизненный запас яйцеклеток иссякает [2]. Оставшиеся яйцеклетки стареют и с каждым прошедшим годом становятся менее способными к оплодотворению [3]. Возрастное снижение чувствительности рецепторного аппарата миометрия к половым стероидам нарушает у женщин позднего репродуктивного возраста физиологические процессы гестации и родового акта.