

Одной из причин, по которой студенты не используют контрацепцию является планирование беременности. 7 % студентов, обучающихся в ЮУрГУ (9) и ЧелГУ (13), планируют беременность, в ЮУГМУ (15) — 6 %, в ЧГПУ (3) — 5 % и в других вузах (6) — 3 %. У студентов, имеющих незащищенные половые контакты, основной причиной такого поведения является нежелание предохраняться. Так, в ЧГПУ 78 % студентов не предохраняются, в ЮУрГУ и других ВУЗах — по 77 %, в ЮУГМУ — 72 % и достоверно ниже этот показатель в ЧелГУ — 64 %.

Другой причиной отказа от предохранения студенты называют отказ от контрацепции, т. к. «не планируют беременность». Таким образом, отсутствие в планах беременности является причиной отказа от контрацепции.

#### **Выводы**

Среди студентов высших учебных заведений города Челябинска самым распространенным методом предохранения от беременности и ИППП является барьерная контрацепция — 88 % опрошенных прибегают к этому способу защиты.

Всего лишь 5–9 % студентов вузов признались, что используют гормональную контрацепцию (КОК), что не снижает риска инфицирования, но имеет более надежный контрацептивный эффект.

Из 804 студентов, которые не предохраняются от беременности, 73 % обосновывают свою позицию отсутствием необходимости в этом, использованием способа прерванного полового акта или другими причинами и при этом не задумываются о вероятности заражения различными инфекциями, передаваемыми половым путем. Мы считаем, что причина недостаточного числа защищенных половых актов — это низкая осведомленность о последствиях.

Результаты исследования указывают на необходимость перестройки существующей системы полового воспитания, т. к. состояние популяционного здоровья и развитие любого общества во многом определяется уровнем здоровья молодого поколения, которое формирует его демографический, культурный, интеллектуальный и профессионально-производственный потенциал.

#### **ЛИТЕРАТУРА**

1. *Алексеева, Е. Г.* Влияние современных информационных технологий на поведение молодежи, ассоциированное с ВИЧ / Е. Г. Алексеева, О. Г. Баркалова // Инфекция и иммунитет. — 2012. — Т. 2, № 1–2. — С. 409.
2. Данные специализированной НИ лаборатории по профилактике и борьбе со СПИД ФГУН центрального НИИ эпидемиологии. (Федеральный научно-методический центр по профилактике и борьбе со СПИДом), руководитель - В.В. Покровский).
3. <http://spid-vich.info/spid-statistika-v-rf-2013-god>
4. *Кузнецова, Ю. Н.* Особенности сексуального поведения подростков и молодежи. Уровень информированности о клинических проявлениях, последствиях и мерах профилактики ИППП / Ю.Н. Кузнецова // Уральский медицинский журнал. — 2011. — № 8. — С. 73–79.
5. *Сироткина, Е. С.* Феномен несовершеннолетнего материнства: мнение специалистов сферы образования и социальной защиты / Е. С. Сироткина // Женщина в российском обществе. — 2010. — № 4. — С. 32–40.

УДК:616.24-002.5:615.015.46

### **КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ С ЛЕКАРСТВЕННО-УСТОЙЧИВЫМ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ**

**Юранова М. А., Рузанов Д. Ю., Буйневич И. В.**

**Учреждение образования**

**«Гомельский государственный медицинский университет»**

**г. Гомель, Республика Беларусь**

#### **Введение**

Беларусь — одна из 27 стран мира с высоким уровнем заболеваемости множественным лекарственно-устойчивым туберкулезом (МЛУ-ТБ). По данным исследования по надзору за лекарственно-устойчивым туберкулезом в РБ (2010–2011 гг.), доля МЛУ

-ТБ среди вновь выявленных пациентов и среди пациентов, ранее получавших химиотерапию (ХТ), составила 32,3 и 75,6 % соответственно, что является самым высоким показателем в мире, зафиксированным документально [1].

В глобальном докладе ВОЗ по борьбе с туберкулезом за 2012 г. показатели успешного лечения среди пациентов с МЛУ-ТБ в Беларуси были зарегистрированы в пределах 40 % с высоким уровнем летальных исходов и неудач в лечении [2, 3]. Эффективность лечения пациентов с МЛУ-ТБ при своевременно назначенной адекватной длительной терапии должна составлять 75 %. Несмотря на то, что создана организационная модель для успешной ХТ МЛУ-ТБ, основные индикаторы лечения МЛУ-ТБ остаются низкими. Длительная химиотерапия МЛУ-ТБ (24 мес.), потеря работы, понижение социального статуса и положения в обществе, возникшая социальная дезадаптация изменяют отношение пациента к жизненным ценностям, становятся причиной его постоянного стресса, что значительно снижает качество жизни (КЖ).

Исследование КЖ — общепринятый высокоинформативный, надежный, чувствительный и экономичный метод оценки человеком своего благополучия как на индивидуальном, так и на групповом уровне. КЖ дает интегральную характеристику физического, психологического, эмоционального и социального функционирования пациента, на которое болезнь оказывает существенное влияние. Оценка КЖ дополняет традиционные принятые медицинские критерии диагностики заболевания и дает возможность количественно отразить результаты лечения с позиций самого пациента. Это особенно актуально для пациентов с лекарственно-устойчивой формой туберкулеза, так как данное заболевание требует очень длительной химиотерапии с применением большого количества основных препаратов, а так же препаратов сопровождения.

#### **Цель**

Изучение некоторых физических и психологических характеристик качества жизни пациентов с МЛУ-ТБ.

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

Основную группу (ОГ) составили 130 пациентов с диагнозом МЛУ туберкулеза зарегистрированных в 2013 г. по Гомельской области. Выборка была сплошной. Всем пациентам проводилось исследование КЖ, с применением неспецифического опросника для оценки КЖ «SF-36 Health Status Survey» (SF-36) [4]. Оценивались следующие параметры: физическое функционирование (PF), ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием (RP), интенсивность боли (BP), общее состояние здоровья (GH), жизненная активность (VT), социальное функционирование (SF), эмоциональное функционирование (RE), психическое здоровье (MH). Показатели каждой шкалы варьировали между 0 и 100 баллами, где 100 баллов представляет полное здоровье. Пациенты тестировались впервые 2 недели от начала ХТ. Они самостоятельно, письменно отвечали на вопросы анкеты в присутствии врача.

Контрольную группу (КГ) составили 40 практически здоровых лиц, не страдающих никакими хроническими заболеваниями. Исследование КЖ практически здоровых людей осуществлялось на их рабочем месте. В электронный вариант опросника вводились ответы испытуемых и, автоматически, производился подсчет баллов по каждой шкале.

На втором этапе (через 24 мес. противотуберкулезной терапии) ОГ пациентов с помощью метода ретроспективной стратификации разделена на подгруппы: А — пациенты с высокой приверженностью и соответственно эффективным курсом ХТ (излечение, лечение завершено  $n = 98$ ) и В — пациенты с низкой приверженностью у которых произошел отрыв от лечения ( $n = 32$ ). Критериями отрыва является прерывание курса ХТ на 2 мес. и более.

Стандартных норм КЖ не существует. Опросник позволяет определить тенденцию изменения КЖ по отношению к условной норме. Оценка показателей шкал у больных

туберкулезом с различной приверженностью лечению осуществлялась в сравнении со здоровыми испытуемыми, показатели шкал SF-36 которых считались условной нормой в соответствии с рекомендациями компании — разработчика «Института клинико-фармакологических исследований» (г. Санкт-Петербург) [4].

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

Средний возраст обследованных составил  $43,9 \pm 13,2$ , в обеих группах мужчин было больше, чем женщин 76 и 74 %.

Результаты исследования КЖ по шкалам опросника SF-36 пациентов с МЛУ-ТБ подгрупп А и В, а так же здоровых испытуемых приведены в таблице 1.

Показатели рассчитаны в баллах, для чего применялась методика, рекомендованная «Институтом клинико-фармакологических исследований» (г. Санкт-Петербург), рассчитаны доверительные интервалы прогнозных значений.

Таблица 1 — Оценка качества жизни

Шкала КЖ	ОГ		КГ n = 40
	подгруппа А n = 98	подгруппа В n = 32	
GH	$52,3 \pm 6,02$	$69 \pm 5,71$	$66,7 \pm 6,3$
PE	$81,2 \pm 4,3$	$80,6 \pm 4,8$	$91,5 \pm 3,1$
RP	$50,3 \pm 4,97$	$51,3 \pm 5,6$	$85,2 \pm 5,3$
RE	$65,4 \pm 3,06$	$54,2 \pm 2,95$	$70,2 \pm 5,45$
SF	$41,3 \pm 4,97$	$63,6 \pm 4,38$	$69,4 \pm 3,91$
BP	$88,4 \pm 5,28$	$83,75 \pm 6,32$	$90,8 \pm 6,56$
VT	$65,8 \pm 5,61$	$65,7 \pm 3,41$	$69,2 \pm 4,25$
MH	$62,7 \pm 3,27$	$58,25 \pm 6,4$	$68,6 \pm 3,22$

Согласно результатам проведенного исследования, КЖ пациентов с туберкулезом статистически отличается от такового у здоровых людей. Наибольшие достоверно значимые различия выявлены по шкале — RP (А —  $50,3 \pm 4,97$ , В —  $51,3 \pm 5,6$ , КГ —  $85,2 \pm 5,3$ ), отражающем влияние физического состояния на повседневную ролевую деятельность (работу, выполнение повседневных обязанностей). Низкие показатели по этой шкале у пациентов с туберкулезом свидетельствуют о том, что их повседневная деятельность ограничена физическим состоянием. Это связано с необходимостью изоляции бактериовыделителей и проведения длительного лечения в условиях круглосуточного стационара.

При сравнении показателей КЖ у лиц с различной приверженностью выявлено, что недисциплинированные пациенты выше оценивают общее состояние своего здоровья и перспективы лечения (GH), чем соблюдающие режим терапии (в подгруппе А —  $52,3 \pm 6,02$ , в подгруппе В —  $69 \pm 5,71$ ). В соответствии с этим, пациенты с низкой приверженностью лечению изначально имеют меньшую установку на соблюдение предписаний врача. Как видно из таблицы, показатели этой шкалы у пациентов подгруппы В даже выше, чем у практически здоровых людей. При этом показатели RP, обусловленного эмоциональным состоянием, у больных подгруппы В значительно ниже, чем в подгруппе А (RE —  $65,4 \pm 3,06$  и  $54,2 \pm 2,95$  соответственно). Следовательно, эмоциональное состояние в большей степени, чем физическое мешает выполнению ими повседневной деятельности. В то же время у пациентов с низкой приверженностью не отмечено ограничение социальных контактов, снижение уровня общения в связи с заболеванием (SF —  $63,6 \pm 4,38$ ), что подтверждает недопонимание всей важности и эпидемической опасности своего заболевания. У пациентов подгруппы А этот показатель значительно ниже —  $41,3 \pm 4,97$ . При сопоставлении значений шкалы MH так же выявлены различия (MH в подгруппе А —  $62,7 \pm 3,27$ , в подгруппе В —  $58,25 \pm 6,4$ ). В целом, психологический компонент здоро-

вья у этих больных оценивался ниже, чем у пациентов с высокой приверженностью лечению, о чем свидетельствуют завышенные показатели шкалы GH.

#### **Выводы**

1. Заболевание туберкулезом легких приводит к снижению всех параметров качества жизни пациентов за исключением физического функционирования и интенсивности боли. Это еще раз подтверждает мысль о том, что пациенты значительно хуже ощущают себя в психологическом отношении, чем в физическом.

2. При сравнении показателей КЖ выявлено, что пациенты с низкой приверженностью лечению гораздо выше оценивают общее состояние своего здоровья и перспективы лечения, чем пациенты с высоким уровнем приверженности. В соответствие с этим, пациенты с низкой приверженностью лечению изначально имеют меньшую установку на соблюдение предписаний врача, не понимают всей важности своего заболевания, не ограничивают свои социальные контакты.

3. Вся длительная химиотерапия пациентов с МЛУ-ТБ должна проходить в сопровождении психологической поддержки, а пациентам с низкой приверженностью необходим индивидуальный подход.

#### **ЛИТЕРАТУРА**

1. WHO global tuberculosis control report 2011 Summery // Central European of public health. — 2011. — Vol. 18 (4). — 237 p.
2. Global Tuberculosis Report 2012 / World Health Organization. — Geneva, Switzerland, 2012. — 273 p.
3. Лечение пациентов с МЛУ-ТБ в Гомельской области, 2009–2010 гг / А. А. Холявкин [и др.] // Современные проблемы диагностики и лечения лекарственно-устойчивого туберкулеза: Материалы междунар. науч.-прак. конф. «Проблемы мультирезистентного туберкулеза в Беларуси и пути их решения». — 2013. — С. 195–198.
4. SF-36 Health Survey. Manual and interpretation guide / J. E. Ware [et al.] // The Health Institute, New England Medical Center, Boston, Mass. — 1993.

**УДК 616.741.3-007.17-073.48+611.018**

### **СОНОГРАФИЧЕСКИЕ И ГИСТОЛОГИЧЕСКИЕ ПАРАЛЛЕЛИ ПРИ ДИСТРОФИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЯХ ПОДВЗДОШНО-ПОЯСНИЧНЫХ И ЗАДНИХ ДЛИННЫХ КРЕСТЦОВО-ПОДВЗДОШНЫХ СВЯЗОК В РАЗЛИЧНЫЕ ВОЗРАСТНЫЕ ПЕРИОДЫ (IN VITRO)**

**Юрковский А. М., Ачинович С. Л., Анисеев О. И.**

**Учреждение образования**

**«Гомельский государственный медицинский университет»**

**Учреждение**

**«Гомельский областной клинический онкологический диспансер»**

**г. Гомель, Республика Беларусь**

#### **Введение**

Синдром боли в нижней части спины (СБНС) в некоторых случаях может быть обусловлен патологией связок пояснично-крестцового отдела позвоночника. Чаще всего в качестве структур, потенциально способных инициировать (при их чрезмерном напряжении и(или) повреждении) СБНС, рассматриваются подвздошно-поясничные (ППС) и задние длинные крестцово-подвздошные связки (ЗДКПС) [1–5]. Риск повреждения указанных структур зависит от выраженности имеющихся в них на момент перегрузки дистрофических изменений. Поэтому такие изменения должны как своевременно выявляться, так и адекватно интерпретироваться. Однако одновременно осуществить и то, и другое представляется возможным лишь при наличии четких представлений о том, какие гистологические и/или сонографические изменения имеют место в указанных связках в определенные возрастные периоды.