

животного происхождения. Особенно выражен этот факт в третьей группе наблюдения — 85 %. Литературные данные по данному вопросу определяют баланс между животными и растительными жирами исходя из общей ценности для организма — 60–70 % против 30–40 %. Относительно общего среднесуточного употребления количества жиров, то в I группе оно составило $93,8 \pm 6,08$ г, во второй — $134,9 \pm 7,1$ г и в третьей — $121,9 \pm 2,7$ г. Разница является статистически значимой ($p < 0,05$) и свидетельствует о большей выраженности изменений во II и III группах исследуемых.

Выводы

Суммируя полученные данные, следует отметить значительный дефицит белков в рационе беременных женщин с ожирением на фоне повышенного содержания углеводов. Относительно количества жиров в фактическом питании исследуемых пациенток, то следует отметить, что только в первой группе выдержано содержание жиров, но и тут имеется дефицит жиров растительного происхождения.

Проведенный анализ свидетельствует о несбалансированности рациона питания беременных женщин с ожирением в ранние сроки беременности, причем чем больше степень ожирения, тем более значащими являются нарушения соотношений белков, жиров и углеводов. Продукты питания, являясь источником питательных веществ и энергии, в условиях несбалансированности питания способствуют повышению массы тела беременной, а, в особенности, беременной с ожирением. Складывающаяся картина может стать фоном для развития осложнений беременности, таких как угроза прерывания беременности, плацентарная дисфункция, преждевременные или осложненные роды, дистресс плода, рождение крупного ребенка. Коррекция рациона питания беременных женщин с ожирением в ранние сроки беременности даст возможность профилактировать развитие этих осложнений.

ЛИТЕРАТУРА

1. Жабченко, I. A. Стан фактичного харчування здорових вагітних в умовах великого промислового центру / I. A. Жабченко // Перинатологія та педіатрія. — 2001. — № 4. — С. 16–18
2. Жабченко, I. A. Прогнозування і профілактика акушерської та перинатальної патології у здорових вагітних: автореф. дис. на здобуття наукового ступеню д-ра мед. наук: спец. 14.01.01 «Акушерство і гінекологія» / I. A. Жабченко. — Київ, 2003. — С. 15.
3. Основы лечебного питания беременных / Е. П. Самборская [и др.]; под ред. Е. П. Самборской. — К.: Здоров'я, 1989. — 144 с.
4. Тимохина, Е. В. Рациональное питание беременных / Е. В. Тимохина // Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. — 2005. — № 2. — С. 71–77.

УДК 616-002.5-036.8:616.98:578.828

ИССЛЕДОВАНИЕ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ С ВИЧ-АССОЦИИРОВАННЫМ ТУБЕРКУЛЕЗОМ

Буринский Н. В.

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

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Туберкулез у лиц, инфицированных ВИЧ, представляет собой эпидемию в эпидемии. ВИЧ-инфекция относится к наиболее важным из факторов риска развития туберкулеза [1, 3, 4]. Если опасность заболевания туберкулезом на протяжении всей жизни ВИЧ-отрицательных лиц колеблется от 5 до 10 %, то у ВИЧ-положительных пациентов ежегодный риск развития выраженных форм составляет 8 % [3]. Туберкулез является самой серьезной инфекцией у ВИЧ-инфицированных и частой причиной их смерти [1, 3, 4]. По официальным данным подавляющее число больных с сочетанной патологией (ВИЧ-инфицирование и туберкулез) проживает на территории Гомельской области.

Важность этой проблемы возросла за последние годы, что связано как с высоким уровнем заболеваемости туберкулезом в нашем регионе, так и со стремительным нарастанием масштабов ВИЧ-инфицирования. Так, в 2005 г. среди впервые выявленных больных туберкулезом 6,7 % (62 чел) были ВИЧ-инфицированными. А в 2010 г. таких случаев зарегистрировано уже 13,2 % (116 чел).

Оценка качества жизни (КЖ) дополняет традиционные принятые медицинские критерии диагностики заболевания и дает возможность количественно отразить результаты лечения с позиций самого пациента [2]. Это особенно касается сочетанной патологии ВИЧ-туберкулеза, требующей длительного лечения с применением большого количества препаратов. Исследование КЖ — общепринятый высокоинформативный, надежный, чувствительный и экономичный метод оценки человеком своего благополучия как на индивидуальном, так и на групповом уровне. Качество жизни дает интегральную характеристику физического, психологического, эмоционального и социального функционирования пациента, на которое болезнь оказывает существенное влияние.

Цель исследования

Изучение некоторых физических и психологических характеристик КЖ больных с сочетанием ВИЧ-инфекции и туберкулеза легких.

Материалы и методы исследования

Были обследованы 2 группы больных туберкулезом легких. Основную группу (ОГ) составили пациенты с ВИЧ-ассоциированным туберкулезом (30 чел). В контрольную группу (КГ) были включены ВИЧ-отрицательные больные туберкулезом (127 чел). У всех пациентов обеих групп туберкулез был впервые выявлен менее 2-х лет назад.

Изучение параметров КЖ проводилось с помощью опросника SF-36 [2, 5]. Оценивались следующие параметры КЖ: 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). Все 8 параметров опросника объединены в 2 суммарных измерения — физический компонент здоровья (PH) и психический (MH). Достоверность различий определяли по t-критерию (коэффициент Стьюдента).

Результаты и обсуждение

Средний возраст обследованных в ОГ и КГ составил $36,3 \pm 8,0$ и $43,9 \pm 13,6$ лет соответственно ($p < 0,05$). В обеих группах мужчин было больше, чем женщин: 76 % в ОГ и 74 % — в КГ. Основной формой туберкулеза легких в обеих группах была инфильтративная: ОГ — 87 %, КГ — 75 %. Одинаково часто в исследуемых группах регистрировалось бактериовыделение (87 и 80 %).

Параметры КЖ у ОГ были сопоставлены с параметрами лиц КГ. Установлено, что параметры КЖ больных ОГ были ниже, чем КГ (таблица 1).

Таблица 1 — Средний уровень КЖ в исследуемых группах и достоверность различий

| Показатели КЖ | ОГ | КГ | p |
|--|-----------------|-----------------|------------|
| Физическое функционирование (PF) | $65,7 \pm 20,3$ | $69,8 \pm 25,3$ | $p < 0,05$ |
| Ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием (RP) | $80,9 \pm 28,6$ | $75,0 \pm 29,4$ | $p > 0,05$ |
| Интенсивность боли (BP) | $64,6 \pm 23,0$ | $78,9 \pm 21,7$ | $p < 0,05$ |
| Общее состояние здоровья (GH) | $43,6 \pm 17,6$ | $45,2 \pm 18,2$ | $p > 0,05$ |
| Жизненная активность (VT) | $49,7 \pm 22,5$ | $58,8 \pm 21,0$ | $p < 0,05$ |
| Социальное функционирование (SF) | $54,0 \pm 22,8$ | $61,0 \pm 28,3$ | $p > 0,05$ |
| Эмоциональное функционирование (RE) | $41,1 \pm 18,2$ | $64,3 \pm 21,8$ | $p < 0,05$ |
| Психическое здоровье (MH) | $47,7 \pm 20,6$ | $60,6 \pm 20,8$ | $p < 0,05$ |
| Физический компонент здоровья (PH) | $52,4 \pm 8,3$ | $52,2 \pm 7,1$ | $p > 0,05$ |
| Психический компонент здоровья (MH) | $32,0 \pm 8,4$ | $40,7 \pm 8,8$ | $p < 0,05$ |

Физическая активность и повседневная деятельность пациентов ОГ значительно ограничена состоянием здоровья (PF — $65,7 \pm 20,3$ баллов, RP — $80,9 \pm 28,6$ баллов). У пациентов КГ эти показатели составили $69,8 \pm 25,3$ и $75,0 \pm 29,4$. Больные ОГ ниже оценивают состояние своего здоровья в настоящий момент и перспективы лечения, а также GH, чем больные КГ (BP ОГ — $64,6 \pm 23,0$ баллов, BP КГ — $78,9 \pm 21,7$ баллов; GH ОГ — $43,6 \pm 17,6$ баллов, GH КГ — $45,2 \pm 18,2$ баллов). Утомление и снижение жизненной активности более выражено в ОГ (VT ОГ — $49,7 \pm 22,5$ баллов, VT КГ — $58,8 \pm 21,0$ баллов). У пациентов ОГ отмечено умеренное ограничение социальных контактов, снижение уровня общения в связи с ухудшением физического и эмоционального состояния (SF — $54,0 \pm 22,8$). У пациентов КГ этот показатель несколько выше — $61,0 \pm 28,3$. Ухудшение эмоционального состояния мешает в выполнении повседневной работы (большие затраты времени, уменьшение объема работы, снижение ее качества). Значительное снижение эмоционального функционирования отметили пациенты ОГ (RE — $41,1 \pm 18,2$) в сравнении с КГ (RE — $64,3 \pm 21,8$). Психическое неблагополучие, наличие депрессивных, тревожных переживаний более выражено у больных ОГ (MH — $47,7 \pm 20,6$ балла), чем у больных КГ (MH — $60,6 \pm 20,8$). Интегральных показателей душевного и физического благополучия, установлено, что у пациентов ОГ психический компонент здоровья значительно ниже физического (MH — $32,0 \pm 8,4$ балла, PH — $52,4 \pm 8,3$). У пациентов КГ эти показатели составили: PH — $52,2 \pm 7,1$, MH — $40,7 \pm 8,8$). Лица КГ значительно хуже ощущают себя в психологическом отношении, чем ОГ.

Большинство показателей по шкалам опросника в ОГ были ниже, чем в КГ, однако статистически значимое снижение показано в шести шкалах: физическое функционирование (PF), интенсивность боли (BP), жизненная активность (VT), эмоциональное функционирование (RE), психическое здоровье (MH) и интегральный показатель — психический компонент здоровья (MH).

Заключение

Таким образом, заболевание туберкулезом легких приводит к снижению всех параметров качества жизни больных: нарушаются физические и психологические показатели здоровья. Качество жизни пациентов с ВИЧ-ассоциированным туберкулезом значительно ниже, чем у ВИЧ-отрицательных больных туберкулезом легких. Данные о качестве жизни пациента могут помочь врачу в выборе правильной программы лечения в каждом индивидуальном случае.

ЛИТЕРАТУРА

1. Карачунский, М. А. Туберкулез при ВИЧ-инфекции / М. А. Карачунский // Пробл. туб. — 2000. — № 1. — С. 47–51.
2. Новик, А. А. Руководство по исследованию качества жизни в медицине / А. А. Новик, Т. И. Ионова / под ред. акад. РАМН Ю. Л. Шевченко. — М.: ОЛМА Медиа Групп, 2007. — 320 с.
3. Туберкулез: патогенез, защита, контроль / под ред. Б. Р. Блума; пер. с англ. М. А. Карачунского. — М.: Медицина, 2002. — 678 с.
4. Харрис, Э. ТБ/ВИЧ; клиническое руководство. / Э. Д. Харрис, Д. Махер, С. Грэхем. — ВОЗ, 2006. — 224 с.

УДК 616-002.5-036.8:616.98

КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫЕ И МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ВИЧ-АССОЦИИРОВАННОГО ТУБЕРКУЛЕЗА

Буринский Н. В.

Научный руководитель: к. м. н., доцент В. М. Мицура

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

В Беларуси отмечается нарастание распространения ВИЧ-инфекции. По состоянию на 01.02.2012 г. в Республике Беларусь зарегистрировано 13054 случая ВИЧ-инфекции (пока-