

человека и род человеческий путем избирательного скрещивания определенных индивидуумов? Эти вопросы составляют суть этической проблематики генных технологий.

Генная инженерия отличается от других современных технологий тем, что с ее помощью возможно не просто изменить общество, но и в буквальном смысле изменить самого человека, и это неизбежно поднимает массу мировоззренческих суждений.

По вопросу о генной инженерии православная церковь имеет свои позиции. Она считает, что приемлема такая генная инженерия, которая направлена на исцеление человека, если же генные технологии используются для «усовершенствования» человеческого рода, то это преступление и грех.

Православная церковь также отмечает, что методы пренатальной диагностики имеют двойственный характер. Пренатальная диагностика может считаться нравственно оправданной, если она нацелена на лечение выявленных недугов на возможно ранних стадиях, а также на подготовку родителей к особому попечению о больном ребенке. Правом на жизнь, любовь и заботу обладает каждый человек, независимо от наличия у него тех или иных заболеваний. Совершенно недопустимо, по мнению церкви, применение методов пренатальной диагностики с целью выбора желательного для родителей пола будущего ребенка.

Таким образом, технологии вмешательства, связанные с судьбами будущих поколений, не могут осуществляться без этического осмысления и законодательного регулирования. Необходимы юридические и профессиональные морально-этические регламентации по разработке и применению этих технологий.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Голубева, Г. А. Этика / Г. А. Голубева. — М: Экзамен, 2007. — 318 с.
2. Гнатик, Е. Н. Человек как объект воздействия генетической инженерии / Е. Н. Гнатик // Матер. XXII Международ. конгресса: в 4-х ч. / Под ред. Я. Б. Данилевича. — Ессентуки: изд-во СКНЦ ИПрЭ РАН, 2009. — Ч. 1. — 205 с.

УДК 616-002.5-08-092.6

## СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА КЛИНИКО-РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ РЕЦИДИВОВ ТУБЕРКУЛЕЗА У ПАЦИЕНТОВ С ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ С РАЗЛИЧНЫМИ ИММУННЫМИ СТАТУСАМИ

Воробей В. А., Долмазян С. В.

Научный руководитель: доцент, к. м. н. Е. Л. Красавцев

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

По данным ГУ «Республиканский научно-практический центр пульмонологии и фтизиатрии» МЗ РБ и Республиканского центра СПИДа, в Республике Беларусь отмечается неблагоприятная тенденция к повышению частоты ВИЧ-ассоциированного туберкулеза. Гомельская область занимает первую позицию в структуре распространенности данной патологии (в 2006 г. 9,4 случая на 100 тыс. населения, в 2007 г. — 11,5, в 2008 — 12, в 2009 — 13,2, в 2010 — 13).

### *Цель исследования*

Сравнение клинико-рентгенологической картины рецидивов туберкулеза у пациентов с ВИЧ-инфекцией с различными иммунными статусами.

### *Материалы и методы*

Проведен анализ историй болезни 22 пациентов с рецидивом туберкулеза и ВИЧ-инфекцией. Все пациенты были разделены на 3 группы: 1-я группа — лица с уровнем лимфоцитов CD<sub>4</sub> > 500 кл/мкл, 2-я группа — CD<sub>4</sub> 200–500 кл/мкл, 3-я группа — CD<sub>4</sub> < 200 кл/мкл.

В первой группе было 6 пациентов (27 %). Продолжительность ВИЧ-инфекции и время от первичного заболевания до рецидива туберкулезного процесса было одинаково и составляло 5–10 лет, т. к. ВИЧ-инфекция была выявлена при обследовании больных по поводу впервые выявленного туберкулеза. Следует отметить, что у 1 пациента было 2 рецидива туберкулеза. Обоим пациентам не проводилась химиопрофилактика. У 4 пациентов рецидив был выявлен при обращении с жалобами. Пациенты предъявляли жалобы на кашель со скудной мокротой, умеренную одышку. У двоих пациентов отмечались признаки тубинтоксикации легкой, у одного — средней степени тяжести. Осложнений туберкулеза в виде кровохарканья и плеврита не наблюдалось. У 4 пациентов в патологический процесс была вовлечена только 1 доля легкого (инфильтративный туберкулез), а у одного — 5 долей обоих легких (диссеминированный туберкулез). Деструкция легочной ткани наблюдалась в половине случаев, полости распада закрылись через 2 месяца от начала лечения. У всех пациентов новые очагово-инфильтративные тени в легких локализовались на месте остаточных изменений. Один из пациентов являлся бактериовыделителем. Лекарственная устойчивость (ЛУ) в данной группе не отмечалась. Среди сопутствующих заболеваний выделены орофарингеальный кандидоз и сенсоневральная тугоухость (по 4 и 2 случая соответственно). Все пациенты были проконсультированы врачом-инфекционистом, но АРТ не получали. Четверо пациентов были выписаны с улучшением на амбулаторное лечение, а двое — без динамики за самовольный уход.

Ко 2-й группе относилось 7 (32 %) пациентов. Продолжительность ВИЧ-инфекции у 2 (9 %) больных составляла 3–5 лет, еще у 2 (9 %) — 5–10 лет, у 3 (14 %) — больше 10 лет. Время от первичного заболевания до рецидива туберкулеза составляло у 5 (23 %) — 5–10 лет и по 1 (4,5 %) пациенту — 3–5 и больше 10 лет. Количество рецидивов туберкулезного процесса у 3 (14 %) больных составило 2. Противорецидивную терапию противотуберкулезными препаратами получали лишь двое (9 %). У 3 (14 %) пациентов рецидив был выявлен при обращении с жалобами, у 2 (9 %) — при прохождении профосмотра и по 1 (4,5 %) при обследовании по поводу другого заболевания и диспансерном учете; 4 (18 %) пациента жаловались на кашель, у 3 (14 %) было выделение скудного количества мокроты, 1 (4,5 %) пациента беспокоила одышка при умеренной нагрузке. У 2 (9 %) пациентов была отмечена тубинтоксикация средней степени тяжести. Кровохарканье у больных этой группы не отмечалось. У 1 (4,5 %) больного был выявлен плевральный выпот. У 3 (14 %) человек в патологический процесс было вовлечено 1 легкое, у 4 (18 %) — оба легких, при этом у 1 (4,5 %) была затронута 1 доля, а у 6 (27 %) — 2 доли. Обращали на себя внимание 2 формы туберкулеза: инфильтративный — 6 человек (33 %) и туберкулезный плеврит — 1 (4,5 %). У 2 (9 %) пациентов отмечалась деструкция легочной ткани, признаки которой не были видны рентгенологически через 2 месяца от начала лечения. У 1 пациента новые изменения в легких, по сравнению с первичным заболеванием, локализовались в том же месте, у 4 (18 %) — в том же месте и в противоположном легком, у 1 человека — в том же месте, в месте отсевов, на том же легком не в зоне первичных изменений и в противоположном легком. 4 (18 %) пациента являлись бактериовыделителями, при этом у 2 (9 %) бактериовыделение прекратилось через 1 месяц после лечения, у 2 (9 %) — сохранилось более, чем через 6 месяцев. ЛУ была отмечена у 3 (14 %) больных и она сохранилась до конца лечения, в связи с этим была назначена индивидуальная схема лечения. Среди сопутствующих заболеваний выделены гепатит С у 6 (27 %) человек, орофарингеальный кандидоз — у 3 (14 %) и ГЛП — у 2 (9 %). Все пациенты были проконсультированы врачом-инфекционистом, но только 4 (18 %) получали АРТ. По 3 (14 %) пациента были выписаны с улучшением на амбулаторное лечение и за нарушение больничного режима, еще 1 (4,5 %) пациент продолжал лечение в стационаре другого профиля.

К 3-й группе относилось 9 (41 %) пациентов. Продолжительность ВИЧ-инфекции у 1 (4,5 %) — 1–3 года, у 4 (18 %) — 5–10 лет, у 4 (18 %) — больше 10 лет. Время от первич-

ного заболевания до рецидива туберкулеза у 5 (23 %) человек — 1–3 года, у 4 (18 %) — 5–10 лет. У всех пациентов рецидив туберкулезного процесса был единожды. Химиопрофилактику получали лишь двое (9 %). У 4 (18 %) пациентов рецидив был выявлен при обращении с жалобами, еще у 4 (18 %) — при обследовании на диспансерном учете, а у 1 (4,5 %) — при обследовании по поводу другого заболевания. 8 больных (36 %) жаловались на кашель, у 7 (32 %) было отмечено выделение скудного количества мокроты и 7 (32 %) беспокоила одышка. У 7 пациентов (32 %) была отмечена тубинтоксикация средней и тяжелой степени. Кровохарканье в 3-й группе не отмечалось. У 2 человек (9 %) был выявлен плевральный выпот. У 3 больных (14 %) в патологический процесс было вовлечено 1 легкое, у 6 (27 %) — оба легких, при этом у 3 (14 %) была затронута 1 доля, у 2 (9 %) — 2 доли, а у 4 (18 %) — больше 2 долей. Отмечались следующие формы туберкулеза: инфильтративный — 5 (23 %) человек, диссеминированный, милиарный, туберкулезный плеврит по 1 (4,5 %) случаю. У 3 (14 %) пациентов отмечалась деструкция легочной ткани, которая у 1 (4,5 %) не выявлялась рентгенологически через 2 месяца от начала лечения, а остальных 5 (23 %) больных сохранилась при выписке из стационара. У 2 (9 %) пациентов новые изменения в легких локализовались в зоне первичного туберкулезного процесса, у 1 (4,5 %) больного — в противоположном легком, по 4 (18 %) случая — в том же месте, в том же легком не в зоне первичных изменений, в противоположном легком, в месте отсевов. 5 (23 %) пациентов являлись бактериовыделителями, при этом у 1 (4,5 %) бацилловыделение прекратилось через 1 месяц после лечения, еще у 1 (4,5 %) — через 2 месяца, у 3 (14 %) сохранилось к моменту выписки. ЛУ была отмечена у 1 (4,5 %) больного, но коррекция лечения данного пациента не проводилась. Среди сопутствующих заболеваний отмечались гепатит С у 6 (27 %) человек, орофарингиальный кандидоз — у 6 (27 %) и ГЛП — у 2 (9 %). Все пациенты были проконсультированы врачом-инфекционистом, но только 4 (18 %) получали АРТ. 6 (27 %) больных были выписаны с улучшением на амбулаторное лечение, 2 (9 %) — за самовольный уход, 1 (4,5 %) пациент — умер.

#### **Выводы**

У пациентов с ВИЧ-ассоциированным туберкулезом с числом CD4 < 200 кл/мкл. быстрее наступал рецидив туберкулезного процесса. Интоксикационный синдром был значительно более выражен при менее выраженной лихорадке. Рентгенологически отмечались распространенные процессы: деструкция легочной ткани встречалась чаще, больше характерны распространенные формы туберкулеза: диссеминированный, милиарный, склонность к генерализации процесса. Полного клинического и лабораторно-инструментального выздоровления (прекращение бактериовыделения, закрытие каверн) не наблюдалось. Кроме того, в данной группе чаще встречаются такие сопутствующие заболевания, как гепатит С, орофарингиальный кандидоз, ГЛП. Однако следует отметить, что лица с ЛУ чаще встречались во 2 группе.

#### **ЛИТЕРАТУРА**

1. Медицинская панорама. — 2004. — № 10.

**УДК61(1-11):1**

## **ФИЛОСОФСКИЕ ОСНОВЫ ВОСТОЧНОЙ МЕДИЦИНЫ**

**Ворожун К. В., Яцюк Д. Н.**

**Научный руководитель: ст. преподаватель  
кафедры общественно-гуманитарных наук А. Н. Коленда**

**Учреждение образования  
«Гомельский государственный медицинский университет»  
г. Гомель, Республика Беларусь**

#### **Введение**

Мысль о необходимости тесного взаимодействия философии и медицины в свое время удачно выразил Гиппократ: «Медицина, — утверждал он, — столь же мало может