

Результаты исследования и их обсуждение

Пациенты указывали на острое начало заболевания в 3 (50 %) случаев, постепенное — в 3 (50 %) случаев. У пациентов с острым началом средний уровень CD4-клеток составил 10 клеток в мкл.

Анализ жалоб пациентов с микобактериозом выявил наличие лихорадки и снижение веса более 10 % у всех пациентов, кашель — в 3 (50 %) случаях. Во всех случаях он был незначительным по интенсивности и непродуктивным. В 3 (50 %) случаях пациенты предъявляли жалобы на диарею и боль в животе.

В половине случаев нетуберкулезные микобактерии выявлены на фоне лечения коронавирусной инфекции.

Уровень CD4-лимфоцитов был в пределах от 2 до 44 (медиана — 26) клеток в мкл. Вирусная нагрузка у всех пациентов была выше определяемого уровня (от 7898 до 800 тыс. копий в 1 мкл).

По результатам КТ обнаружена внутригрудная лимфаденопатия — 33,3 %, внутрибрюшная и забрюшинная лимфаденопатия — 50 %, воздушные полости в легких выявлены в 5 (83,3 %) случаев.

В трети случаев противотуберкулезные препараты для лечения микобактериоза назначались до выявления микобактерий, исходя из клинического течения и данных КТ.

Летальный исход в течение 6 месяцев наблюдения наступил у 3 (50 %) пациентов.

Выводы

Клинические проявления микобактериоза неспецифичны и сходны с таковыми при заболеваниях другой этиологии. Основными жалобами были лихорадка, снижение веса, кашель и диарея. У большинства по КТ диагностированы воздушные полости. Факторами риска возникновения нетуберкулезных микобактериозов у ВИЧ-инфицированных пациентов были выраженный иммунодефицит и отсутствие, либо нерегулярный прием антиретровирусной терапии.

Для раннего выявления микобактериоза у больных с ВИЧ-инфекцией с лихорадкой неясного генеза и числом CD4-лимфоцитов ниже 50 клеток/мкл необходимо проводить компьютерную томографию органов грудной клетки и брюшной полости. Всем пациентам из этой группы необходимо проводить комплексное обследование для определения этиологии вторичного заболевания: исследование мокроты или другого бронхолегочного материала на микобактерии методом микроскопии и посева на плотные и жидкие питательные среды «ВАСТЕС».

ЛИТЕРАТУРА

1. Клинико-лабораторные особенности микобактериоза у больных ВИЧ-инфекцией / А. М. Пантелеев [и др.] // Журнал инфектологии. 2016. № 3, Т. 8. С. 40–45.
2. ВИЧ-инфекция и СПИД Клинические рекомендации / В. В. Покровский [и др.]; под общ. ред. В. В. Покровского. М. : ГЭОТАР-Медиа, 2019. 160 с.
3. Атипичный микобактериоз — оппортунистическое заболевание у больных ВИЧ-инфекцией / Н. М. Фоменков [и др.] // Медико-биологические и социально-психологические проблемы безопасности в чрезвычайных ситуациях. 2011. № 3. С. 52–57.

УДК 616.891.6:[616.98:578.834.1]-06-055

УРОВЕНЬ ТРЕВОГИ И ДЕПРЕССИИ ПО ШКАЛЕ HADS У ЮНОШЕЙ И ДЕВУШЕК В ПОСТКОВИДНЫЙ ПЕРИОД

**Козырев А. Ю., Горбат А. С., Мазанчук А. А.,
Пашкевич С. К., Михайлова Е. А., Литвиненко А. Н.**

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

Введение

Тревога и депрессия являются частыми психическими нарушениями, возникающими в постковидный период. Распространенность проблем с психическим

здоровьем среди студентов-медиков из-за высоких академических требований и трудностей в обучении является актуальной проблемой в области образования [1]. Хотя симптомы депрессии и тревоги в целом одинаковы у мужчин и женщин, тем не менее, в ряде исследований установлены определенные различия [2].

Цель

Изучить уровень тревоги и депрессии по шкале HADS и его гендерные различия у студентов-медиков в условиях пандемии COVID-19.

Материал и методы исследования

В данной работе приняли участие 267 студентов-медиков. Из них 198 девушек и юношей 69, с 1 по 6 курс, в возрасте от 18 до 23 лет. Исследование проводилось с помощью анонимного онлайн-опросника. Опросник включал в себя: 1) паспортную часть (пол, возраст, место учебы, курс, факультет); 2) ковидный статус (+ ПЦР-тест, без ПЦР-теста на инфекцию COVID-19); 3) 14 вопросов по шкале The hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) [3]. Интерпретация результатов по данной шкале проводилась с учетом суммы набранных баллов: 1) от 0 до 7 баллов — норма; 2) от 8 до 10 баллов — субклинически выраженная тревога/депрессия; 3) от 11 баллов и выше — клинически выраженная тревога/депрессия.

Из всех анкетированных инфекцию COVID-19 перенесли 216 учащихся в период с сентября 2021 по март 2022 гг., из них 23,6 % — юношей и 76,4 % — девушек.

Статистическую обработку полученных результатов проводили с применением пакета статистических прикладных программ «Statistica» 12.0.

В связи с тем, что изучаемые параметры не подчинялись закону нормального распределения (тест Шапиро — Уилка), дальнейший анализ полученных данных проводили с использованием непараметрического критерия χ^2 Пирсона с поправкой Йетса на непрерывность выборки χ^2_Y . Различия между изучаемыми показателями считали статистически значимыми при $p < 0,05$ [4].

Результаты исследования и их обсуждения

Для изучения тревоги и депрессии по шкале HADS все респонденты были разделены на две группы: с положительным ПЦР-тестом (42 %) и без ПЦР-теста (58 %). Результаты оценки уровня тревоги по шкале HADS у студентов-медиков представлены в таблице 1.

Таблица 1 — Уровень тревоги по шкале HADS у студентов-медиков в исследуемых группах

Уровень тревоги	Студенты-медики, n = 200	
	положительный ПЦР-тест, n = 84	без ПЦР-теста, n = 116
Норма	41 (48,8 %)	77 (66,5 %)
Субклинически выраженные симптомы	32 (38,1 %)	28 (24,1 %)
Клинически выраженные симптомы	11 (13,1 %)	11 (9,4 %)

По результатам анкетирования по шкале HADS большинство студентов с положительным ПЦР-анализом (51,2 %) имели те или иные признаки тревоги. В группе без ПЦР-анализа только 33,5 % студентов отмечали субклинические и клинически выраженные симптомы тревоги.

Результаты анализа уровня депрессии по шкале HADS у студентов, перенесших коронавирусную инфекцию, в группах с различным ПЦР-результатом представлены в таблице 2.

Исходя из полученных данных большинство студентов без ПЦР-анализа (60,3%) имели те или иные признаки депрессии. В группе с положительным ПЦР-тестом — 58,33% студента с признаками депрессии.

При сравнительном анализе уровня депрессии в данных группах статистически значимых различий получено не было.

Для дальнейшего изучения гендерных различий уровня тревоги и депрессии по шкале HADS были проанализированы ответы 84 студентов с положительным ПЦР-тестом, из них 11 юношей и 73 девушки.

Результаты анкетирования симптомов депрессии и тревоги по шкале HADS представлены в таблицах 3, 4.

Таблица 2 — Уровень депрессии по шкале HADS у студентов-медиков в группах наблюдения

Уровень депрессии	Студенты-медики, n = 200	
	положительный ПЦР-тест, n = 84	отсутствие ПЦР-теста, n = 116
Норма	35 (41,67 %)	46 (39,7 %)
Субклинически выраженные симптомы	24 (28,57 %)	36 (31 %)
Клинически выраженные симптомы	25 (29,76 %)	34 (29,3 %)

Таблица 3 — Уровень депрессии по шкале HADS у юношей и девушек с положительным ПЦР-тестом

Уровень депрессии	Юноши, n = 11	Девушки, n = 73
	абс. (%)	абс. (%)
Норма	9 (81,8 %)	32 (43,8 %)
Субклинически выраженные симптомы	2 (18,2 %)	30 (41,1 %)
Клинически выраженные симптомы	0	11 (15,1%)

По результатам анкетирования у юношей симптомы депрессии отсутствовали в 81,8 % случаев, что почти в 2 раза больше, чем в группе девушек (43,8 %). У 56,2 % девушек имелись те или иные признаки депрессии. Среди юношей только 18,2 % имели субклинические признаки депрессии. При сравнительном анализе группы с +ПЦР-тестом количество девушек, имеющих те или иные симптомы депрессии, была больше, чем юношей, различия статистически значимы ($\chi^2 = 5,52$; $\chi^2_{\gamma} = 4,10$; $p = 0,042$).

Таблица 4 — Уровень тревоги по шкале HADS у юношей и девушек с +ПЦР-тестом

Уровень тревоги	Юноши, n = 11	Девушки, n = 73
	абс. (%)	абс. (%)
Норма	8 (72,7 %)	27 (37 %)
Субклинически выраженные симптомы	2 (18,2 %)	22 (30,1 %)
Клинически выраженные симптомы	1 (9,1 %)	24 (32,9 %)

Анализ уровня симптомов тревоги в группе студентов с +ПЦР-анализом выявил их статистически значимое преобладание у девушек ($\chi^2 = 5,02$; $\chi^2_{\gamma} = 3,66$; $p = 0,05$) в сравнении с юношами.

Полученные результаты актуальны и нуждаются в дальнейшем исследовании, т.к. данные нарушения могут приводить к психической дезадаптации и сопровождаться тревожно-депрессивными расстройствами.

Выводы

В ходе проведенного исследования было установлено:

1. У студентов, перенесших инфекцию COVID-19, в группе с положительным ПЦР-тестом больше респондентов с субклиническими и клинически выраженными симптомами тревоги, чем в группе без ПЦР-теста ($\chi^2 = 6,22$; $p =$

0,012), различия статистически значимы. Уровень депрессии в этих группах не имел значимых различий ($p > 0,05$).

2. В группе студентов, перенесших инфекцию COVID-19, с +ПЦР-тестом количество девушек с субклиническими и клинически выраженными симптомами тревоги значительно выше, чем юношей ($\chi^2 = 5,02$; $\chi^2 = 3,66$; $p = 0,05$). Гендерных различий по уровню депрессии не выявлено.

ЛИТЕРАТУРА

1. НАО «Медицинский университет Семей» [Электронный ресурс]. Режим доступа: <https://semeymedicaluniversity.kz>. Дата доступа: 28.06.2022.
2. Тювина, Н. А. Гендерные особенности депрессивных расстройств у женщин / Н. А. Тювина, В. В. Бабанова, Е. О. Воронина // Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. 2015. Т. 7, № 2. С. 75–79.
3. Zigmond, A. S. The hospital anxiety and depression scale / A. S. Zigmond, R. P. Snaith // Acta psychiatrica scandinavica. 1983. Т. 67, № 6. С. 361–370.
4. Чубуков, Ж. А. Непараметрические методы и критерии медико-биологической статистики: учеб. метод. пособие / Ж. А. Чубуков, Т. С. Угольник. Гомель: ГомГМУ, 2012. 16 с.

УДК 616-002.5-07:[616.98:578.834.1]-036.21

ВЫЯВЛЕНИЕ ТУБЕРКУЛЕЗА В ПЕРИОД ПАНДЕМИИ ИНФЕКЦИИ COVID-19

*Коржич Т. А.¹, Журавлева Н. Ю.¹, Алейникова Л. В.¹,
Кулешова Е. А.¹, Буйневич И. В.², Сверж Ж. Е.²*

¹Учреждение

«Гомельская областная туберкулезная клиническая больница»,

²Учреждение образования

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

Введение

В 2020 г. завершена Государственная программа «Здоровье народа и демографическая безопасность Республики Беларусь» на 2016–2020 гг. и в январе 2021 г. принята Государственная программа «Здоровье народа и демографическая безопасность» на 2021–2025 гг. Мероприятия подпрограммы 4 «Противодействие распространению туберкулеза» направлены на дальнейшее снижение уровня заболеваемости, смертности от ТБ, а также увеличение доли успешно пролеченных пациентов МЛУ-ТБ. С 2020 г. не только Гомельская область и республика Беларусь, но и весь мир работают в сложных эпидемиологических условиях. Пандемия COVID-19 изменила привычный образ жизни. В связи с высокой заболеваемостью респираторными инфекциями амбулаторное звено не имеет возможности проводить в прежних объемах медицинские осмотры и работу с диспансерными пациентами. Пациенты стараются реже обращаться за медицинской помощью в поликлинические учреждения, опасаясь при этом заразиться. В такой ситуации естественно снижаются возможности для выявления туберкулеза, в первую очередь туберкулеза органов дыхания, т.к. данная патология чаще выявлялась при медицинских осмотрах.

Цель

Изучение особенностей эпидемиологической ситуации по туберкулезу в Гомельской области во время пандемии COVID-19.

Материал и методы исследования

Проанализированы официальные отчетные данные по распространенности туберкулеза в Гомельской области за 5 лет (2016–2021 гг.).

Результаты исследования и их обсуждение

За последние 5 лет регистрируется неуклонное снижение заболеваемости туберкулезом в Республике Беларусь, в т. ч. в Гомельской области (рисунок 1).