

Таблица 1 — Ультразвуковая шкала «зрелости» шейки матки

Ультразвуковые параметры	0 баллов	1 балл	2 балла	3 балла
Отношение ИВ на проксимальном уровне сомкнутой части цервикального канала / ИВ на дистальном уровне сомкнутой части цервикального канала	$\geq 3$	2,9–2,3	2,2–1,4	$\leq 1,3$
Длина сомкнутой части цервикального канала, см	$\geq 2,9$	2,8–2,3	2,2–1,6	$\leq 1,5$
Просвет цервикального канала, см	$\leq 0,23$	0,24–0,48	0,49–0,70	$\geq 0,71$
Форма цервикального канала	Изогнутая	Прямая	—	—
Расположение головки плода относительно верхнего края лона, см	$\leq 2,9$ или выше лона	2,8–3,8	3,9–4,4	$\geq 4,5$

*Примечание:* 13–9 баллов — «зрелая» шейка матки; 8–5 баллов — «недостаточно зрелая» шейка матки; 4–0 баллов — «незрелая» шейка матки.

### **Обсуждение результатов**

На протяжении подготовительного периода к родам в шейке матки происходят изменения, которые можно определить как путем пальпации, так и с помощью ультразвукового метода. Непосредственно к сроку начала родов возрастает бальная оценка «зрелости» шейки матки по Е. Н. Bishop и максимально изменяются предложенные ультразвуковые параметры. По таким из них, как отношение ИВ на разных уровнях сомкнутой части цервикального канала, длина сомкнутой части цервикального канала, просвет цервикального канала, форма цервикального канала, расположение головки плода относительно верхнего края лона, возможно с высокой степенью чувствительности и специфичности определить «зрелость» шейки матки.

### **Выводы**

С помощью ультразвукового метода исследования, измеряя определенные параметры шейки матки, можно оценить «зрелость» шейки матки.

### **ЛИТЕРАТУРА**

1. Чернуха, Е. А. Родовой блок / Е. А. Чернуха. — М.: Триада-Х, 2003. — С. 78–79, 83–88.
2. Berghella, V. Does transvaginal sonographic measurement of cervicallength before 14 weeks predict preterm delivery in high-risk pregnancies? / V. Berghella, M. Talucci, A. Desai // Ultrasound Obstet. Gynecol. — 2003. — Vol. 21, № 2. — P. 140–144.

УДК 616.2-002.5-036.8-08

## **КОМПЛАЕНС ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ РЕЦИДИВАМИ ТУБЕРКУЛЕЗА ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ**

**Воробей В. А., Рузанов Д. Ю., Бутько С. В.**

**Учреждение образования**

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

### **Введение**

Термин «комплаенс» можно определить как соблюдение режима приема лекарственного препарата пациентом. На комплаенс влияют как нежелательные реакции на препарат, так и необходимость изменять свое поведение или привычки при проведении терапии. Анализ уровня комплаенса проводится на основании специальных опросников для пациентов. При расчете величины комплаенса основным критерием является соблюдение правильного режима приема препарата, однако могут использоваться и другие показатели: необходимость придерживаться определенной диеты или образа жизни на фоне проводимой терапии, частота возникновения нежелательных реакций, стои-

мость основного лечения и лечения нежелательных реакций и т. д. «Пациенты могут и должны играть важную роль в обеспечении собственной безопасности, если будут деятельными, информированными и активно участвовать в процессе лечения. Они должны чувствовать себя в центре команды, решающей задачу их собственного выздоровления, должны задавать вопросы, а в том случае, если они сами на это не способны — обращаться за помощью к близким, медицинскому персоналу или адвокатам» [Thiam S., 2007].

Принято считать, что при терапии с высоким уровнем комплаенса пациенты получают препарат строго в указанное время более чем в 80 % случаев. При терапии со средними значениями комплаенса пациенты принимают лекарства строго в указанное время в 20–80 % случаев. При низком уровне комплаенса пациенты принимают препарат в строго указанное время менее чем в 20 % случаев [1]. При терапии с низким уровнем комплаенса пациенты необоснованно отказываются от лечения, что вызывает ухудшение характера течения заболевания, развитие его осложнений.

Туберкулез требует длительного лечения в условиях стационара. Для успешности терапии больному человеку следует неукоснительно выполнять все назначения врача, строго следовать его рекомендациям. Для прерывания цепочки заражения больному необходимо соблюдать правила личной гигиены. Длительно текущее заболевание меняет жизненные планы, перспективу на будущее, приносит больному человеку определенные сложности и целый ряд эмоций. По данным литературы [2] постановка диагноза «туберкулез» и включение больного в длительный процесс лечения с изменением привычного образа жизни — мощный стрессорный фактор, формирующий различные варианты психоэмоциональных реакций на болезнь, которые часто сопровождаются повышением уровня тревожности, развитием субдепрессивных состояний, нарушениями в эмоциональной и волевой сферах, вегетоастенией.

Однако, отношение больного человека к своему заболеванию, стремление дисциплинированно следовать врачебным назначениям, удовлетворенность лечением, степень информированности о своем заболевании, изменение условий жизни после заболевания, особенности взаимоотношения с родственниками и окружающими изучены недостаточно.

### ***Цель исследования***

Изучение факторов, оказывающих влияние на вероятность досрочного прекращения стационарного лечения туберкулеза, выявление на объективной основе групп риска по данному критерию, оценка приверженности к лечению и изучение отношения к своему заболеванию впервые выявленных больных и больных с рецидивами туберкулеза органов дыхания.

### ***Методы***

Для изучения отношения к заболеванию больных была разработана анкета, состоящая из 30 вопросов, на которые предложено несколько вариантов ответов и возможность дать свой вариант ответа. Анкета позволяет выявить с точки зрения самого больного, повлекла ли за собой болезнь определенные изменения в его жизни после постановки диагноза «туберкулез».

Было обследовано 140 впервые выявленных больных и больных с рецидивом туберкулеза органов дыхания. Все больные были разделены на 2 группы: 1 составили 70 впервые выявленных больных, 2 группу — 70 больных с рецидивами туберкулезного процесса. Группы не различались по половому и возрастному составу, клиническим формам туберкулеза и частоте их встречаемости у больных.

### ***Результаты и обсуждение***

Исследование показало, что 30 больных (42,8 %) 1-й группы и 37 (52,8 %) 2-й новостью о болезни привела в подавленное состояние. Чувство страха испытали примерно четверть респондентов обеих групп: 18 человек (25,7 %) 1-й группы и 15 человек (21,4 %) 2-й группы. Спокойно к этой новости отнеслись 16 (22,9 %) впервые выявленных больных и 8 человек (11,4 %) повторно заболевших. Остальные больные причину не указали.

Ухудшение отношения окружающих, ограничение круга контактов привели большого туберкулезом человека к положению «социального изгоя». Это отметили 53 (75,7 %) больных 2-й группы и 11 (15,7 %) больных 1-й группы.

9 пациентов (12,9 %) с впервые выявленным туберкулезом и 4 пациента (5,7 %) с рецидивом туберкулеза боятся огласки, чтобы не потерять место работы. Печален тот факт, что лишь 26 респондентов (37,1 %) 1-й и 23 респондента (32,8 %) 2-й групп ставят свое здоровье на первое место.

Информированность пациентов, повторно заболевших туберкулезом, о своем заболевании остается примерно такой же, как и у заболевших туберкулезом впервые: 52 (74,3 %) и 48 (68,6 %) пациентов соответственно. 18 (25,7 %) больных 1-й группы и 22 человека (31,4 %) 2-й имеют какое-то представление о туберкулезе, но хотели бы узнать о нем больше. Большая часть больных обеих групп считают, что представляют опасность для других — 38 (54,3 %) и 43 человека (61,4 %) соответственно, однако, 32 (45,7 %) впервые выявленных больных и 27 (38,5 %) больных с рецидивами сомневаются в этом и уверены, что они не способны заразить других.

И хотя практически все респонденты показали, что расценивают свое заболевание как серьезное (68 (97,1 %) пациентов с рецидивом и 65 (92,9 %) впервые выявленных пациентов), только 13 (18,5 %) больных 1-й группы и 9 (12,9 %) владеют правильной информацией о прогнозе лечения.

Вера в возможность излечения низкая. Большинство впервые заболевших туберкулезом 40 человек (57,1 %) надеются на полное выздоровление, и лишь 15 (21,4 %) больных с рецидивом верят в излечение туберкулеза. Длительное стационарное лечение не устраивает 26 (37,1 %) пациентов 1-й группы и 18 (25,7 %) 2-й группы.

К сожалению, 5 (7,1 %) впервые выявленных больных и 15 (21,4 %) пациентов с рецидивом туберкулеза органов дыхания отмечают пропуски при приеме противотуберкулезных препаратов. Продолжить амбулаторное лечение планируют 64 (91,4 %) первичных и 58 (82,9 %) повторно леченых пациентов.

Около трети пациентов каждой из групп хотели бы лечиться амбулаторно — 23 (32,9 %) пациента 1-й и 29 (41,4 %) пациентов 2-й групп — и ездить каждый день за лекарствами либо чтобы им лекарства привозились на дом.

У первичных больных уровень доверия к медицинскому персоналу достаточно высокий: 62 (88,6 %) пациента впервые заболевших туберкулезом считают, что их может вылечить только квалифицированный врач; больные с рецидивами доверяют врачу меньше — 38 (54,3 %) человека. К сожалению, 8 (11,4 %) больных 1-й группы и 32 (45,7 %) 2-й группы считают, что медицинский персонал безразличен к ним.

Практически все пациенты 1-й группы считали назначенное лечение эффективным — 68 (97,1 %) человек, однако удовлетворены им чуть более половины — 38 (54,3 %) человек. Однако, половина пациентов 2-й группы считала лечение неэффективным — 32 (45,7 %) человек, большинство пациентов лечением не удовлетворены — 48 (68,6 %) человек. Вероятно, это связано с более тяжелым протеканием туберкулезного процесса, частым переходом в хроническое течение, более высокой смертностью по сравнению с впервые выявленным процессом [3]. Лечение этой категории лиц оказывалось более длительным, дорогостоящим и менее эффективным [4].

Общение с другими больными простимулировало к лечению большую часть пациентов из 1-й группы — 48 (68,6 %) пациентов. Однако, повторно леченные больные верят соседям по палате меньше — 33 (47,1 %) человека.

Большая часть больных обеих исследуемых групп указала, что принимала бы таблетки регулярно при получении поощрения в виде продуктов питания, оплаты за проезд, денег и одежды и обуви — 62 (88,6 %) пациентов 1-й и 64 (91,4 %) пациента 2-й групп.

### **Выводы**

1. Для больных туберкулезом характерно развитие «социальной фобии», для ее преодоления необходимо проведение дифференцированной социальной коррекции.

2. COMPLAINTS лечения больных рецидивами туберкулеза органов дыхания ниже, чем у впервые выявленных больных, уровень их информированности не выше, чем у впервые выявленных пациентов, они характеризовались низким уровнем доверия к лечащему врачу, треть больных прерывала лечение, пациенты верили в излечение туберкулеза в 3 раза реже, чем впервые заболевшие.

3. Практически равное число пациентов с впервые и повторно леченым туберкулезом не осознали степень своей эпидемической опасности.

4. У больных невысокий уровень знаний о своем заболевании, что требует внимания и пересмотра вмешательств, т. к. выявленная ситуация может служить причиной низкого COMPLAINTS к лечению. На сегодняшний день практика показывает высокую эффективность образовательных мероприятий среди населения.

5. Для повышения эффективности COMPLAINTS фармакотерапии рецидива туберкулеза органов дыхания имеются определенные резервы повышения приверженности пациентов к лечению: поэтапное проведение групповых занятий, тематических лекций с больными, обучение врачей навыкам психологического консультирования при первичной и повторной госпитализациях и т. д.

### **ЛИТЕРАТУРА**

1. Гуревич, К. Г. COMPLAINTS больных, получающих гипотензивную терапию / К. Г. Гуревич // Качественная клиническая практика. — 2003. — № 4. — С. 53–58.
2. Тилекеева, У. М. Анализ и пути оптимизации использования противотуберкулезных средств в Кыргызской республике: автореф. дис. ... д-ра мед. наук / У. М. Тилекеева. — Бишкек, 2007.
3. Комиссарова, О. Г. Особенности течения процесса и эффективность лечения рецидивов туберкулеза лёгких у больных с различным уровнем генерации оксида азота в мононуклеарах и нейтрофилах крови: автореф. дис. ... канд. мед. наук / О. Г. Комиссарова. — М., 2005.
4. Вязкова, Н. Н. Значение динамического диспансерного наблюдения для предупреждения развития рецидива туберкулеза органов дыхания из III группы диспансерного учета: автореф. дис. ... канд. мед. наук / Н. Н. Вязкова. — М., 2008.

**УДК 618.146-006.6-084-07**

## **ОПРЕДЕЛЕНИЕ ВИРУСНОЙ НАГРУЗКИ ВИРУСА ПАПИЛЛОМЫ ЧЕЛОВЕКА В РАЗЛИЧНЫХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУППАХ И КЛИНИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЯХ ШЕЙКИ МАТКИ**

**Воропаев Е. В., Волченко А. Н., Беляковский В. Н.**

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

Согласно недавним исследованиям, папилломавирусная инфекция обладает дозозависимым эффектом — при высокой концентрации ДНК вируса папилломы человека (ВПЧ) в материале риск развития неоплазии и рака более высокий [1]. В связи с этим значение для прогноза течения ВПЧ-инфекции может иметь определение вирусной нагрузки.

### **Цель**

Определить величину вирусной нагрузки при различных возрастных группах и клинических состояниях шейки матки, а также определить возможную связь генотипа ВПЧ высокого канцерогенного риска (ВКР), филогенетической группы с количеством вируса.

### **Материалы и методы**

В исследовании принимали участие женщины, без цервикального рака и дисплазии в анамнезе. Для анализа были выбраны 228 образцов соскобов с цервикального канала, взятые стандартизованным способом, в которых была обнаружена ДНК ВПЧ ВКР и оп-