

го ВУИ с поражением легких сочеталась со среднетяжелым течением анемической формы гемолитической болезни новорожденных.

Нарушение церебрального статуса в раннем неонатальном периоде выявлено у 1 (3,03 ± 2,98 %) новорожденного контрольной группы, в 5,7 раз чаще у новорожденных с антенатальной гипоксией — 8 (17,39 ± 5,59%) новорожденных и статистически значимо чаще у новорожденных с внутриутробной задержкой роста и развития — 25 (52,08 ± 7,21) новорожденных ( $P < 0,0001$ ).

Новорожденные от матерей, беременность которых осложнилась задержкой роста и развития плода, чаще из роддома были переведены в отделения патологии центральной нервной системы, патологии новорожденных, на 2 этап выхаживания новорожденных. В контрольной группе выписано домой 29 (78,88 ± 5,65 %) новорожденных, в I подгруппе — 32 (69,57 ± 6,78 %) новорожденных, во II подгруппе — 13 (27,08 ± 6,44 %) новорожденных ( $P_{к-I} = 0,06$ ;  $P_{к-II} < 0,0001$ ).

#### **Заключение**

Новорожденные, внутриутробное развитие которых проходит в условиях хронической гипоксии, имеют низкие массо-ростовые показатели в сравнении с новорожденными контрольной группы ( $p < 0,0001$ ) и осложненное течение раннего неонатального периода (66 %,  $p = 0,0054$ ): нарушения церебрального статуса (35,1 %,  $P = 0,0008$ ), высокую транзиторную убыль массы тела (30,9 %,  $p = 0,0001$ ), а при задержке роста и развития — неонатальную желтуху (37,5 %,  $P = 0,0125$ ). В 52 % ( $P = 0,0001$ ) случаев новорожденные от матерей с ПН переводятся из роддома в отделения детской больницы. При диагностированной в антенатальном периоде задержке роста и развития плода в 81,3 % ( $p < 0,0001$ ) случаев рождаются маловесные к сроку гестации новорожденные, а нарушения церебрального статуса диагностируются у 52,1 % ( $P < 0,0001$ ) из них.

#### **ЛИТЕРАТУРА**

1. *Малевич, Ю. К.* Фетоплацентарная недостаточность / Ю. К. Малевич, В. А. Шостак. — Минск: Беларусь, 2007. — 157 с.
2. Основные положения неонатологии / Х. Ферсмольд [и др.]; под ред. Х. Ферсмольда, пер. на рус. яз. Г. Л. Качан, С. Э. Качан. — 7-е изд. — Минск, 1997. — 147 с.
3. Перинатальные исходы при хронической плацентарной недостаточности / Л. Е. Мурашко [и др.] // Акушерство и гинекология. — 1996. — № 4. — С. 43–45.
4. *Шабалов, Н. П.* Неонатология: учебн. пособие: в 2 т. / Н. П. Шабалов. — М: МЕДпресс-информ, 2004. — Т. 2. — 500 с.
5. Risk Factors for Recurrent Small-for-Gestational-Age Birth / F. A. Okah [et. al.] // Am. J. Perinatol. — 2010. — Vol. 27, № 1. — P. 1–7.

**УДК 616-002.5-036.8**

### **ФИЗИЧЕСКИЕ И ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ**

**Буйневич И. В., Бондаренко В. Н.**

**Учреждение образования**

**«Гомельский государственный медицинский университет»**

**г. Гомель, Республика Беларусь**

В медицине всегда существовали заболевания, больше всего снижающие уровень общего здоровья, работоспособности и продолжительности жизни. Оценка качества жизни (КЖ) дополняет традиционные принятые медицинские критерии диагностики заболевания и дает возможность количественно отразить результаты лечения с позиций самого пациента [3]. Это особенно касается туберкулеза органов дыхания, требующего длительного лечения с применением большого количества препаратов. Туберкулез, как хроническое инфекционное заболевание, не может не оказывать влияние на общее бла-

гополучие больного и качество его жизни. Потеря работы, понижение социального статуса и положения в обществе, возникшая социальная адаптация изменяют отношение больного к жизненным ценностям, становятся причиной его постоянного стресса, что значительно снижает эффективность проводимой химиотерапии [1, 2].

Оценка КЖ больных — сравнительно молодое, но бурно развивающееся направление в медицине. 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 [3].

#### ***Цель исследования***

Изучение некоторых физических и психологических характеристик КЖ больных туберкулезом легких.

#### ***Материалы и методы***

Были обследованы 2 группы больных туберкулезом легких (длительность заболевания менее 1 года и более 2 лет). Изучение параметров КЖ проводилось с помощью опросника SF-36 [4]. 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) [4].

Статистический анализ проводили с помощью пакета статистических программ «Statistica» 6.0.

#### ***Результаты и обсуждение***

Основную группу (ОГ) составили пациенты II группы диспансерного наблюдения с длительностью заболевания более 2 лет (41 человек). В контрольную группу (КГ) были включены впервые выявленные пациенты из I группы диспансерного наблюдения, болеющие менее 1 года (41 человек). Стаж заболевания в ОГ составил  $85,9 \pm 36,2$  месяца, в КГ —  $8,3 \pm 4,1$  месяца. В ОГ и КГ было 29 % женщин и 71 % мужчин. Средний возраст больных ОГ —  $46,7 \pm 13,5$  лет, КГ —  $41,6 \pm 17$  лет. В клинической структуре туберкулеза у больных ОГ удельный вес хронических форм туберкулеза (фиброзно-кавернозный, хронический диссеминированный, цирротический туберкулез легких, туберкулема) составил 53,7 %, у 46,3 % пациентов зарегистрирован инфильтративный туберкулез. У больных КГ в 87,8 % случаев диагностирован инфильтративный туберкулез, у 9,8 % — диссеминированный, кавернозный туберкулез, туберкулема, у 2,4 % — очаговый туберкулез легких. Одинаково часто в исследуемых группах регистрировалось бактериовыделение (82,9 и 78 %).

Параметры КЖ ОГ были сопоставлены с параметрами лиц КГ. Установлено, что параметры КЖ больных ОГ были ниже, чем КГ. Физическая активность и повседневная деятельность пациентов ОГ значительно ограничена состоянием здоровья (PF — 46,5 баллов, RP — 50 баллов). У пациентов КГ эти показатели составили 62,5 и 60. Больные ОГ ниже оценивают состояние своего здоровья в настоящий момент и перспективы лечения, чем больные КГ (GH ОГ — 51,5 баллов, GH КГ — 61 балл). Утомление и снижение жизненной активности более выражено в ОГ (VT ОГ — 50 баллов, VT КГ — 61,5 баллов). У пациентов ОГ отмечено умеренное ограничение социальных контактов, снижение уровня общения в связи с ухудшением физического и эмоционального состояния (SF — 63,7). У пациентов КГ этот показатель несколько выше — 73,8. 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 — 46,7) в сравнении с КГ (RE — 63,3). Психическое неблагополучие, наличие депрессивных, тревожных переживаний более выражено у больных ОГ (МН — 55,2 балла), чем у больных КГ (МН — 64,4). Не испытывают боли лица КГ (ВР — 100 баллов). Интенсивность боли умеренно ограничивает активность пациентов ОГ (ВР — 88 баллов).

При изучении интегральных показателей душевного и физического благополучия, установлено, что у пациентов ОГ психический компонент здоровья значительно ниже физического (МН — 41,1 балла, РН — 51,4). У пациентов КГ эти показатели находятся на одном одинаково низком уровне (РН — 48,1, МН — 46,3). Лица КГ значительно хуже ощущают себя в психологическом отношении, чем ОГ.

#### **Выводы**

1. Заболевание туберкулезом легких приводит к снижению всех параметров качества жизни больных: нарушаются физические и психологические показатели здоровья.
2. Качество жизни пациентов, длительно болеющих туберкулезом, значительно ниже, чем у лиц, болеющих менее 1 года.
3. Пациенты, недавно заболевшие туберкулезом, значительно хуже ощущают себя в психологическом отношении, чем лица, длительно болеющие.

#### **ЛИТЕРАТУРА**

1. Горбач, Л. А. Качество жизни больных туберкулезом органов дыхания / Л. А. Горбач // Белорусский медицинский журнал. — 2002. — № 1. — С. 43–46.
2. Гурылева, М. Э. Характеристика качества жизни больных туберкулезом органов дыхания при амбулаторном режиме лечения / М. Э. Гурылева, О. И. Герасимова // Проблемы туберкулеза. — 2002. — № 8. — С. 10–12.
3. Сравнительная оценка качества жизни больных хроническими обструктивными заболеваниями легких / Н. Ю. Сенкевич [и др.] // Международный журнал по иммунореабилитации. — 1997. — № 7. — С. 166.
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 616-002.5:616.98:578.828НIV**

## **ТУБЕРКУЛЕЗ У ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ ДЕТЕЙ**

**Буйневич И. В., Белян Ж. Е., Горбачева В. А.**

**Учреждение образования**

**«Гомельский государственный медицинский университет»**

**Учреждение здравоохранения**

**«Гомельская областная туберкулезная клиническая больница»**

**г. Гомель, Республика Беларусь**

ВИЧ-инфекция относится к наиболее важным из факторов риска развития туберкулеза. 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 % [4]. Туберкулез является самой серьезной инфекцией у ВИЧ-инфицированных и частой причиной их смерти [2, 4, 5]. Современная неблагополучная ситуация по ВИЧ-инфицированию способствует распространению туберкулеза и увеличивает риск заболевания туберкулезом для всего населения. В регионах с высокой распространенностью туберкулеза эта инфекция часто встречается у ВИЧ-инфицированных детей [1].

Распространенность ВИЧ-инфекции в Гомельской области среди детей в последние годы возросла в несколько раз. Если в 2005 г. детей с диагнозом «ВИЧ-инфекция» было 19, то в 2010 г. их число увеличилось до 101. Всего в области родилось 939 детей от ВИЧ-инфицированных матерей.

Спектр оппортунистических инфекций у ВИЧ-инфицированных детей практически такой же, как и у взрослых, за исключением того, что отличается показатель вероятности их возникновения [3]. Многие тяжелые оппортунистические инфекции, входящие в перечень диагностических критериев СПИДа, у детей обычно являются результатом первично-