

## **РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ РЕЦИДИВНОГО ТУБЕРКУЛЁЗА В ПЕНИТЕНЦИАРНЫХ УЧРЕЖДЕНИЯХ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ**

*Э.В. Драньков, Г.С. Авдеев*

Научный руководитель – к.м.н., доцент *П.С. Кривонос*  
*Белорусский государственный медицинский университет*

Цель работы: изучить распространенность рецидивов туберкулеза органов дыхания (ТОД) среди осужденных и определить их влияние на эпидемическую ситуацию по туберкулезу в пенитенциарных учреждениях (ПУ) и в целом по республике.

Материалы и методы: проведен сравнительный анализ показателей заболеваемости ТОД и рецидивов в ПУ и среди населения республики за десятилетний период (с 1993 по 2002 гг).

Результаты обсуждения: установлены общие закономерности распространения впервые выявленного ТОД как среди всего населения, так и в ПУ. За анализируемый период показатели заболеваемости ТОД увеличились среди населения в 1,6 раза, а в ПУ в 6,4 раза. Максимально высокие показатели были в 1998 году (54,9 по республике и 1658 в ПУ), с последующей стабилизацией их и постепенным снижением. За последние четыре года показатели заболеваемости ТОД среди населения снизились в 1,2 раза, а в ПУ в 1,5 раза. В то время динамика показателя заболеваемости рецидивами ТОД носила отличительный характер. В ПУ заболеваемость рецидивами ТОД имела тенденцию к ежегодному росту и увеличилась в 7,2 раза (с 32,9 в 1993 г. до 237,5 на 100 тыс. осужденных в 2002 г.). В данный период среднереспубликанский показатель заболеваемости рецидивным туберкулезом среди населения республики оставался стабильным и составлял 4,4 – 4,5 на 100 тыс. населения. Следовательно, за последние четыре года показатели заболеваемости ТОД в ПУ превышают среднереспубликанский в 23,8 раза, а рецидивным туберкулезом в 50,9 раза. В условиях ПУ важное значение приобретает показатель заболеваемости рецидивным туберкулезом при расчете его на осужденных, имеющих посттуберкулезные изменения. Данный показатель увеличился за десять лет в 3,5 раза (с 2 007 до 6 996 на 100 тыс. осужденных с посттуберкулезными изменениями). Рост рецидивов в ПУ происходит в основном за счет лиц, недавно перенесших туберкулез (1 – 2 года наблюдения в неактивной группе диспансерного учета). Показатель заболеваемости ранними рецидивами увеличился за десять лет в 11,2 раза (с 18,5 в 1993 г. до 206,2 в 2002 г. на 100 спецконтингента).

Вывод: в ПУ республики при неблагоприятной общей эпидемической ситуации по туберкулезу, возрастает значение рецидивного ТОД. Заболеваемость ТОД осужденных с остаточными посттуберкулезными изменениями в 4 – 7 раз выше, чем среди остальных спецконтингентов ПУ. Рецидивы туберкулеза ПУ формируются за счет лиц, недавно перенесших туберкулез, при наблюдении в неактивных группах диспансерного учета 1–2 года.

## **ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ ВЕНОЗНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ**

*Г.В. Жук*

Научный руководитель – д.м.н., профессор *А.А. Баешко*  
*Белорусский государственный медицинский университет*

Посттромботическая болезнь (ПТБ) — часто встречающаяся (у 20-88% пациентов, перенесших тромбоз глубоких вен) патология, требующая больших затрат на лечение, сопровождающаяся высокой инвалидизацией. Цель работы — оценить результаты консервативного и хирургического лечения больных с ПТБ.

Материалы и методы. В основу работы положены результаты лечения 46 больных (30 женщин, 16 мужчин) с ПТБ. Отек нижних конечностей наблюдался у 41 (89%) больного, тупые боли в ногах — у 32 (69,5%), индурация и пигментация тканей голени с признаками липодерматосклероза — у 12 (26%), трофические язвы голени — у 5 (10,9%) больных.

Консервативное лечение, включавшее постельный режим, возвышенное положение нижней конечности, диуретическую терапию и ношение компрессионного трикотажа, проводилось

40 (87%) больным. Успех консервативной терапии зависел во многом от ее непрерывности, рационального трудоустройства больного (необходимо исключение тяжелой работы в стоячем положении) и постоянного использования эластического трикотажа.

Шести (13%) больным с окклюзией бедренной вены (наличие данной патологии было подтверждено проведением восходящей флебографии) были выполнены реконструктивные операции. Нарушение проходимости v. femoralis у 3 (50%) больных связано с ее повреждением (в двух случаях — ятрогенным); у 3 (50%) — окклюзия бедренной вены явилась следствием перенесенного илиофemorального тромбоза. Для лечения были избраны две методики: операция Palma-Esperon'a, заключающаяся в сафено-бедренном шунтировании (была проведена трем (50%) больным); аутотрансплантация клапаносодержащего сегмента БПВ в поврежденную общую бедренную вену (выполнена также трем (50%) больным).

Результаты. После 12 месяцев консервативного лечения полное исчезновение изъязвлений, воспалительных осложнений и болей наблюдалось у 21 (52,5%) больного, выполнявших все назначения; у 11 (27,5%) — рецидивировали язвы, боли в связи с тяжелой работой, травматизацией голени, несоблюдением назначенного лечения, но при интенсификации терапии удалось приостановить прогрессирование болезни; 8 (20%) больным назначение консервативного лечения не принесло пользы: частые рецидивы трофических язв, постоянно беспокоящие мучительные тупые боли в ногах.

Прокладимость сосудов у больных, перенесших реконструктивную операцию, исследовали методом ультразвукового дуплексного сканирования (УЗДС), наличие рефлюкса — пробой Вальсальвы. У 2 (66%) больных после сафено-бедренного шунтирования, по данным УЗДС, проходимость сегмента большой подкожной вены была нарушена в связи с его тромбированием. У одного (33%) — проходимость сегмента была сохранена. У 3 (100%) больных, которым было выполнено протезирование бедренной вены клапаносодержащим сегментом большой подкожной вены, по данным контрольного УЗДС, проведенного через месяц после оперативного вмешательства, определялся единый поток крови по поверхностной и общей бедренной венам; пробой Вальсальвы было подтверждено отсутствие ретроградного рефлюкса крови в области сформированных клапанов.

Заключение. Периодическое длительное использование компрессионных эластических чулок обеспечивает стабильный положительный результат для большинства больных. У больных с окклюзией бедренной вены оптимальный метод лечения ПТВ — восстановление проходимости этой магистрали аутовенозным клапаносодержащим трансплантатом.

## **ВЛИЯНИЕ СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ МАТЕРЕЙ НА СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ ИХ НЕДОНОШЕННЫХ МЛАДЕНЦЕВ**

*О.Б. Заяц, О.В. Савко, О.С. Рум, Т.А. Ярковец*

Научный руководитель — к.м.н. *Н.И. Янковская*

*Гродненский государственный медицинский университет*

Различные отклонения в состоянии здоровья беременной женщины, а также действие неблагоприятных факторов внешней среды приводят к возникновению различных патологических состояний у плода и новорожденного. Эти же причины вызывают невынашивание беременности /1/. Гипоксия плода, возникающая в результате соматических заболеваний матери, токсикозов беременных является ведущей причиной поражения головного мозга, инвалидизации детей, а также и причиной преждевременных родов /2, 3/. К другим повреждающим факторам можно отнести острые инфекционные заболевания беременной, респираторную патологию, неблагоприятные социально-экономические условия и другие /1, 2/.

Целью исследования явилось изучение зависимости состояния здоровья недоношенных детей от состояния здоровья их матерей и возможных причин, приведших к преждевременному их рождению.

Объектом обследования были 97 недоношенных и их матерей. Служащие составили 48%. Остальные матери распределились следующим образом: 5% - работники сельского хозяйства, 15% - работники торговли, 13% - рабочие, 11% - домохозяйки и 2 матери — учащиеся.