

переведены в детские учреждения закрытого типа, 29 по разрешению органов опеки переданы родителям или опекунам.

Таким образом, основными причинами социального сиротства является: злоупотребление родителями алкоголем (67,9%), неисполнение ими родительских обязанностей (17,7%), плохой психологический климат в семье (13,9%), отсутствие постоянной работы (93,7%), и проживание детей в неполных семьях (74,6%).

Литература

1. Зелинская, Д.И. Социальное сиротство как одна из проблем здравоохранения Российской Федерации/ Д.И.Зелинская // Российский вестник перинатологии и педиатрии. - 2008, № 1. – С. 83-87.
2. Филькина, О.М. Состояние здоровья детей, оставшихся без попечения родителей, как фактор отказа от приема в защищаемую семью / Филькина О.М. [и др.]// Проблемы социальной гигиены здравоохранения и истории медицины. – 2010, № 6. – С. 14-16.
3. Подофёдова, А.С. Актуальные проблемы социального сиротства в Республике Беларусь / А.С. Подофёдова // Адукацыя і выхаванне. – 2006, № 11. – С 3-8.

КИСЛОРОДТРАНСПОРТНАЯ ФУНКЦИЯ КРОВИ У ПАЦИЕНТОВ С ДЕСТРУКТИВНЫМ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ

Шейфер Ю.А., Зинчук В.В., Гуляй И.Э.

Гродненский государственный медицинский университет

Туберкулез – это инфекционное заболевание, вызываемое микобактериями туберкулеза (МБТ), которое характеризуется развитием в органах и тканях организма человека, преимущественно в легких специфической гранулематозной реакции [2]. Туберкулезное воспаление вызывает многосторонние метаболические нарушения в организме, которые в различной степени могут влиять на кислородтранспортную функцию крови [1].

Цель работы – изучение показателей кислородтранспортной функции крови (КТФ) у пациентов деструктивными формами туберкулеза легких на фоне сочетания химиотерапии (ХТ) и искусственного пневмоторакса (ИП).

В исследование включены 17 пациентов с деструктивными формами туберкулеза легких, из них 13(76,4%) мужчин и 4 (25,6%) женщины. По возрасту, пациенты распределены следующим образом: 20 -29 лет - 8 (47,1%) человек, 30 – 39 лет 3 (17,6%) человека, 40 – 49 лет 3 (17,6%) человека, 50 и более – 3 (17,6%) человека. У 9 (52,9%) пациентов туберкулез легких был выявлен впервые, 8 (47,1%) – повторно леченые пациенты (рецидив, неудача в лечении).

В результате обследования у пациентов были диагностированы следующие клинические формы туберкулеза легких: кавернозный - у 8 (47,1%) пациентов, инфильтративный туберкулез легких в фазе распада – у 8 (47,1%), очаговый в фазе распада – у 1(5,8%).

При исследовании мокроты у 12 (70,6%) пациентов выявлено бактериовыделение. У 10 (83,3%) выявлена множественная лекарственная устойчивость микобактерий туберкулеза (МЛУ МБТ).

В процессе обследования у ряда пациентов были выявлены отя-

гощающие факторы: беременность и роды – у 1 пациентки (5,6%), злоупотребление алкоголем – у 8 человек (47,1%), сахарный диабет – 1(5,6%), два и более фактора риска одновременно наблюдались - у 1 (5,6%) пациента.

Показанием к наложению ИП являлось сохранение полости распада в легких без четкой тенденции к ее обратному развитию.

Химиотерапия (ХТ) проводилась согласно существующим стандартам с учетом чувствительности МБТ к противотуберкулезным препаратам.

Величины pO^2 , pCO^2 , pH, содержание метгемоглобина и степень насыщения крови кислородом (SO^2) в исследуемых пробах крови определялись при температуре 37°C с помощью микрогазоанализатора «Syntesis - 15» фирмы «Instrumentation Laboratory». Сродство гемоглобина к кислороду оценивалось по показателю $p50$ (pO^2 , соответствующее 50% насыщению гемоглобина кислородом), определяемого спектрофотометрическим методом при температуре 37°C, $pH=7,4$ $pCO^2=40$ мм.рт.ст. ($p50$ станд.). Затем рассчитывался $p50$ при реальных значениях pH, pCO^2 и температуры ($p50$ реал.) по формулам Severinghaus J.W.

Кислотно-основное состояние крови определялось на основе номограмм Siggard-Andersen по следующим показателям: реальный и стандартный избыток буферных оснований (ABE/SBE), стандартный бикарбонат (SBE), концентрация гидрокарбоната (HCO^3-), общей углекислоты (TCO^2), стандартного бикарбоната (SBC).

Показатели определялись перед наложением ИП и через 30 суток повторно.

Таблица №1 – Показатели кислородтранспортной функции крови и кислотно-основного состояния крови в динамике

Показатель	Первоначальное	На 30 суток	p
pO^2 (мм рт ст)	24,0±2	24,0±1,4	>0,05
SO^2 (%)	36,9±4,6	39,9±3,1	>0,05
$p50$ реал мм рт ст)	29,7±0,69	28,4±0,5	>0,05
$p50$ станд. (мм рт ст)	30,4±0,84	28,8±0,51	>0,05
KE (об%)	20,9±3,2	17,2±0,87	>0,05
HbO^2 (%)	35,8±4,3	37,9±3,0	>0,05
MetHb (%)	1,7±0,2	2,0±0,12	>0,05
pCO^2 (мм рт ст)	46,3±1,7	48,2±0,89	>0,05
pH (ед.)	7,395±0,01	7,7393±0,009	>0,05
HCO^3- (ммоль/л)	28,8±0,88	29,8±0,8	>0,05
TCO^2- (ммоль/л)	30,2±0,92	30,8±0,74	>0,05
ABE ⁻ (ммоль/л)	3,8±0,8	4,3±0,81	>0,05
SBE ⁻ (ммоль/л)	3,74±0,98	4,2±1,1	>0,05
SBC ⁻ (ммоль/л)	26,4±0,65	26,9±0,61	>0,05

Таким образом, наложение и ведение ИП, при котором возникает спадение легкого в среднем на 1/3 его объема не привело к ухудшению показателей кислородтранспортной функции крови, т. е. не ухудшилось насыщение тканей кислородом, что является дополнительным основанием для его применения в показанных случаях.

ЛИТЕРАТУРА

1. Вольф С.Б. Осложнения полихимиотерапии туберкулеза: клинико-патогенетические аспекты, прогнозирование и профилактика дис. ... д-ра мед. наук: 14.00.26 / В.С. Вольф. – Гродно, 2010. – 268 л.
2. Мишин В.Ю. Актуальные вопросы туберкулеза органов дыхания / В.Ю. Мишин. – Москва : Триада, 2003. – 88 с.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИСКУССТВЕННОГО ПНЕВМОТОРАКСА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СРОКОВ ЕГО НАЛОЖЕНИЯ

Шейфер Ю.А., Гельберг И.С.

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

Во многих российских публикациях отмечено повышение эффективности лечения деструктивных форм туберкулеза, при использовании искусственного пневмоторакса (ИП) [2]. Особенно это отмечается при наличии множественной лекарственной устойчивости (МЛУ), когда эффективность химиотерапии (ХТ) значительно снижается [1]. Однако имеются различные мнения по вопросам о показаниях к наложению ИП. Неясно, какие сроки после начала химиотерапии (ХТ) являются оптимальными для наложения ИП. В начальном периоде лечения, когда еще вокруг полости распада и в ее стенке не развиваются фиброзные изменения, заживление полости при ИП будет быстрым и полноценным. Однако в части случаев полость может закрыться под влиянием ХТ и без ИП. Тенденция к сохранению полости становится очевидной только после нескольких месяцев ХТ.

Цель работы: оценить эффективность ИП в зависимости от сроков его наложения и предшествующего курса ХТ.

Материалы и методы: Под наблюдением находился 91 больной с деструктивными формами туберкулеза легких. Среди пациентов данной группы преобладали мужчины - 67% (61 человек), женщины составили 33% (30 человек). По возрасту пациенты были распределены следующим образом: 20 – 29 лет – 38 человек (41,7%), 30-39 лет – 29 (31,9%), 40-49 лет – 20 (22%), 50 и старше – 4 (4,4%).

У 47 (51,6%) пациентов туберкулез легких был выявлен впервые, 44 (48,4%) – повторно леченые пациенты (рецидив, неудача в лечении).

В результате обследования у пациентов были диагностированы следующие клинические формы туберкулеза легких: кавернозный – у 23 (25,3%) пациентов, инфильтративный туберкулез легких в фазе распада – у 66 (72,5%), очаговый в фазе распада – у 2 (2,2%).

Деструктивные изменения в виде сформированных каверн выявлены у 15 человек (16,4%), формирующаяся каверна – у 50 (55%), зона распада легочной ткани – у 26 (28,6%). У 15 человек (16,4%) наблюдалось две полости. У 43 (47,3%) пациентов размер полости был до 2 см, у 44 (48,4%) – 2-4 см и у 4 (4,4%) – более 4 см.

При исследований мокроты на *Mycobacterium tuberculosis* (МБТ) у 85 (93,4%) пациентов выявлено бактериовыделение. У 48 (52,7%) – выявлено МЛУ МБТ.

В процессе обследования у ряда пациентов были выявлены отя-