

рентгенофлюорографических исследованиях случаев туберкулеза органов дыхания выявлено в 2013г. – 77,4% (2003г. – 65,2%). Из общего числа пациентов удельный вес бактериовыделителей составил – 72,7%, количество пациентов выявленных бактериоскопическим методом (согласно рекомендациям стратегии ДOTS) с бактериовыделением составило только – 33,1%.

**Выводы.** Система ежегодных профилактических цифровых рентгенофлюорографических обследований, позволяет выявить – 77,4% от общего числа заболевших туберкулезом органов дыхания. Применение в качестве выявления метода бактериоскопического исследования мокроты, позволило обнаружить – 33,1% случаев бактериовыделителей. Использование цифровой рентгенофлюорографии органов грудной клетки позволяет эффективно и качественно проводить раннюю диагностику туберкулеза органов дыхания.

*Литература:*

1. Ахмед Н., Юрасова Е., Залескис Р. и др. Краткое руководство по туберкулезу для работников первичной медико-санитарной помощи. Коппенгаген; 2009; 16–21.
2. Жарко В.И., Часнойть Р.А., Бровко И.В. и др. Современные методы диагностики, лечения и профилактики заболеваний: Сборник инструктив.-метод. док. (офиц. изд.). Т.4: Пульмонология. Туберкулез. Инфекционные болезни. Минск.: ГУ РНМБ; 2008. 180 – 200.

## **ОЦЕНКА ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОГО СТАТУСА И КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВУЮ ТРАВМУ**

*Ли А.Э.*

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь  
Кафедра неврологии и нейрохирургии  
Научный руководитель – Лебейко А.И.

**Актуальность.** Черепно-мозговая травма (ЧМТ) – это серьезная медико-социальная проблема. С одной стороны, она характеризуется опасностью для жизни и тяжестью последствий для пострадавшего, с другой – выступает определенным индикатором социального неблагополучия общества. Алкогольное опьянение является провоцирующим фактором травматизма в целом и черепно-мозговой травмы в частности. Большая часть поступающих на лечение пациентов с ЧМТ находится в состоянии алкогольного опьянения, что существенно осложняет не только диагностику вида и объема травмы, но и вносит определенные изменения в тактику ведения пациентов и исходы.

**Цель:** изучить психоэмоциональный статус и качество жизни пациентов с ЧМТ.

**Материалы и методы исследования.** Обследованы 20 пациентов с ушибом головного мозга средней и легкой степени тяжести. Среди них было 17 мужчин и 3 женщины в возрасте от 20 до 74 лет (средний возраст 48,7 года). По уровню образования 5 пациентов имели среднее образование, 6 – среднее специальное, 4 – высшее, 5 – пенсионеры. У 6 (30%) пациентов диагностировано алкогольное опьянение. 12 (60%) чел. госпитализированы в нейрохирургическое отделение в течение 5 дней с момента получения травмы, 7 (35%) – в течение 10 дней, 1 (5%) – свыше 10 дней. В качестве группы сравнения обследованы 16 пациентов с дисциркуляторной энцефалопатией (ДЭ), 13 женщин и 3 мужчин в возрасте от 56 до 85 лет (средний возраст – 68,3 лет). Оценка неврологического статуса проводилась по шкале тяжести инсульта Национального Института здоровья США (NIHSS). Для оценки депрессии использована шкала Гамильтона. Качество жизни исследовали при помощи опросника MOS SF 36 (SF-36). Статистическая обработка проводилась с использованием пакета «Statistica, v. 6,0».

**Результаты.** По шкале NIHSS 19 пациентов с ЧМТ набрали до 3 баллов, 1 пациент – 4 балла, что предполагает низкий процент развития инвалидизации у

таких пациентов. По шкале Гамильтона у 1 пациента с ушибом мозга диагностировано легкое депрессивное расстройство, у остальных – депрессии не выявлено. Анализ показателей опросника SF-36 показал, что практически по всем базовым значениям шкал у пациентов с ушибом головного мозга был превышен 55-балльный барьер, что отражало удовлетворительный уровень качества жизни пациентов с ЧМТ. Установлено, что у пациентов с ЧМТ по сравнению с пациентами с ДЭ статистически достоверно выше показатели по шкалам физического функционирования (PF) ( $p < 0,05$ ), ролевого функционирования, обусловленного эмоциональным состоянием (RE) ( $p < 0,05$ ), физического компонента здоровья (PH) ( $p < 0,05$ ). У больных с ДЭ многие исследуемые составляющие качества жизни были значительно ниже 50-балльного рубежа. В наибольшей степени это отмечено по показателям общего состояния здоровья (GH), ролевого функционирования, связанного с физическим состоянием (RP), психического здоровья (MH).

**Выводы.** Пациенты с ушибом головного мозга не подвержены депрессивным расстройствам, имеют низкий процент развития инвалидизации, высокие показатели качества жизни.

*Литература:*

1. Шкалы, тесты и опросники в медицинской реабилитации / под ред. А. Н. Беловой, О. Н. Шепетовой. – М.: Автодор, 2002; 205-224.
2. Коновалов, А.Н. Клиническая классификация острой черепно-мозговой травмы / Коновалов А.Н. и др. // Клиническое руководство по черепно-мозговой травме под ред. Коновалова А.Н. Антитор. – 1998. – Т.1. – С.54.

## **ОРТОСТАТИЧЕСКАЯ ПРОТЕИНУРИЯ У ДЕТЕЙ**

*Липская И.П., Дьякончук Ю.С.*

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

2-я кафедра детских болезней

Научный руководитель – к.м.н., асс. Конюх Е.А.

Протеинурия – выделение белка с мочой. Как правило, повышение уровня белка в моче требует наблюдения за пациентом и дифференциальной диагностики органических заболеваний почек и функциональных состояний. Протеинурия может возникнуть у здоровых людей после значительного физического и эмоционального напряжения, переохлаждения, у некоторых – только в вертикальном положении (ортостатическая протеинурия). Ортостатическая протеинурия (ОП), по данным разных авторов, встречается у 5% -40% детей 5-15 лет. Обычно обнаруживается случайно, чаще у девочек астенического телосложения с неустойчивостью нервной системы, вазомоторной лабильностью и обычно лордозом нижнегрудного и поясничного отдела позвоночника. Несмотря на то, что это состояние является функциональным, к ортостатической протеинурии необходимо относиться серьезно при наличии очагов хронической инфекции (тонзиллиты, аденоиды, синуситы, кариозные зубы), когда она может быть первым проявлением поражения почек.

**Цель исследования:** дать эпидемиологическую характеристику ортостатической протеинурии у детей.

**Объект и методы исследования.** Проведена статистическая обработка данных, полученных при анализе медицинских карт пациентов, проходивших обследование в УО «Гродненская областная детская клиническая больница» с диагнозом «ортостатическая протеинурия» за период 2011-2013 гг.

**Результаты исследования.** За анализируемый период в стационар было госпитализировано 38 детей с функциональной протеинурией. Из них мальчиков было 18 (47%), девочек – 20 (53%). Распределение по возрасту было следующим: у детей до 9 лет ОП не выявлялась, 9-12 лет – у 10 человек (26%); 13-15 лет – у