

наблюдений. Первичные опухоли составили 264 (87,4%) случая, а вторичные (метастатические) – 38 (12,6%) случаев. Из всего многообразия микроскопических форм первичных новообразований ЦНС, самыми частыми были астроцитарные опухоли – 61,7% случаев. Среди них отмечались глиобластома (45,4%), астроцитомы (7,2%), анапластическая астроцитома (5,7%), глиосаркома (3%) и плеоморфная ксантоастроцитомы (0,4%). Вторыми по частоте были менингососудистые опухоли (29,5%): различные варианты менигиомы и анапластическая менигиома. У 3% больных диагностированы олигодендроглиальные опухоли. Единичными наблюдениями были представлены эпендимарные опухоли (анапластическая эпендимомы и субэпендиомы), эмбриональные опухоли (медуллобластома), хориоидкарциномы, опухоли периферических нервов (невринома, нейрофиброма), а также гемангиобластома, гемангиоперицитомы, доброкачественная остеобластома и примитивная нейроэпителиальная опухоль. Метастатические опухоли были представлены недифференцированным раком (29%), плоскоклеточным раком (26,3%), аденокарциномой (26,3%), меланомой (10,5%), светлоклеточным раком (5,3%) и лимфосаркомой (2,6%). Источник этих опухолей в большинстве наблюдений был неизвестным, а в отдельных случаях метастазы в головной мозг давали опухоли толстой кишки, молочной железы, почки, легкого, меланомы кожи. При оценке по степени злокачественности (по Grade) опухоли распределились следующим образом: высокозлокачественные опухоли G-4 и G-3 встречались в 50% и 8% случаев соответственно, опухоли G-1 – в 31,8% случаев, G-2 – в 10,2% случаев. В 35 (12,3%) наблюдениях отмечались рецидивы анапластической астроцитомы и глиобластомы, выявленные через 5-13 месяцев после оперативного удаления первичной опухоли. Таким образом, проведенное исследование показало, что новообразования ЦНС встречались чаще у женщин в возрастной группе 51-60 лет. Преобладали высокозлокачественные опухоли, наиболее частой из которых была глиобластома. Изучение морфологических особенностей и клинического поведения опухолей ЦНС позволит оценить прогноз и скорректировать хирургическое и послеоперационное лечение пациентов.

Шейфер Ю.А., Чопанов С.А.

ИСКУССТВЕННЫЙ ПНЕВМОТОРАКС В ЛЕЧЕНИИ ДЕСТРУКТИВНОГО ТУБЕРКУЛЕЗА ЛЕГКИХ С МНОЖЕСТВЕННОЙ ЛЕКАРСТВЕННОЙ УСТОЙЧИВОСТЬЮ

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

Научный руководитель: Гельберг И.С.

В настоящее время все более актуальным становится вопрос о возможностях лечения пациентов с множественной лекарственной устойчивостью (МЛУ) микобактерий туберкулеза (МБТ). Нередко у этих пациентов не удается добиться заживления даже относительно свежих полостей распада. Одним из методов, повышающих эффективность лечения деструктивного туберкулеза легких, является искусственный пневмоторакс (ИП). Цель работы: оценить эффективность ИП у больных деструктивным туберкулезом легких с МЛУ МБТ. Материалы и методы: Под наблюдением находилось 68 больных деструктивными формами туберкулеза легких с МЛУ, из которых было 50 мужчин (73,5%) и 18 женщин (26,5%). Возраст пациентов составил от 20 до 50 лет. Инфильтративный туберкулез легких в фазе распада был диагностирован у 50 пациентов (73,5%) и кавернозный у – 18 (26,5%). Вновь выявленные пациенты составили 38,2% (26 человек), рецидивы 25% (17 человек), неудача в лечении – 36,8% (25 человек). МЛУ МБТ к основным препаратам наблюдалась у 32 пациентов (47%), к основным и резервным у – 36 (53%). Все больные были разделены на две группы. Основную группу составило 34 человека, у которых химиотерапия сочеталась с ИП. Группу сравнения составили 34 человека, у которых использовалась только химиотерапия. Длительность существования полости распада от начала химиотерапии до наложения ИП составила: 3 месяца – 8 пациентов (23,5%); 4 месяца – 10 пациентов (29,4%); 5-6 месяцев – 5 пациентов (14,8%); 7 – 9 месяцев – 8 пациентов (23,5%); более 9 месяцев – 3 пациента (8,8%). Эффективность ИП определялась по прекращению у пациента бактериовыделения и закрытию полостей распада. Результаты и обсуждение: Длительность курса лечения ИП составила: до 4 месяцев – 7 (20,6%); 4-6 месяцев – 18 (52,9%); 6-8 месяцев – 5 (14,7%); 9-10 месяцев – 4

(11,8%) пациентов. Использование ИП в сочетании с химиотерапией позволило добиться прекращения бактериовыделения у 30 пациентов (87,3%). Заживление полостей распада наблюдается у 29 пациентов (85,3%). У пациентов группы сравнения показатель прекращения бактериовыделения составил 58,8% (20 пациентов). Заживление полостей распада наблюдается у 18 пациентов (52,9%). Сроки наблюдения за пациентами после выписки составили от 1 года до 10 лет. Обострения и рецидивы туберкулезного процесса в основной группе возникли у 15 пациентов (44,1%). Из них был повторно наложен ИП у пяти, с эффектом – у трех, трое пациентов оперированы. В группе сравнения обострения и рецидивы туберкулезного процесса наблюдались у 19 пациентов (55,9%), из них у 8 пациентов процесс перешел в фиброзно-кавернозный. Общая эффективность по данным отдаленных результатов составила: в основной группе – 76,5%, в группе сравнения – 58,8%. Таким образом, ИП является эффективным методом лечения деструктивного туберкулеза легких с МЛУ МБТ. При рецидивах и обострениях с деструкцией в ряде случаев возможно повторное наложение ИП. Данный метод позволяет снизить частоту неудач в лечении и рецидивов туберкулеза легких.

Шемет В.А.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ИНТЕЛЛЕКТА У ПАЦИЕНТОВ С ШИЗОФРЕНИЕЙ И ЗДОРОВЫХ ИСПЫТУЕМЫХ

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

Помимо значительного экономического ущерба при шизофрении, серьезной проблемой являются социальные последствия заболевания, проявляющиеся выраженным снижением показателей качества жизни пациентов. Неспособность адаптироваться к проявлениям болезни, частые рецидивы обусловлены, в том числе и нарушением эмоционального процессинга характерного для больных с шизофренией. Поэтому, для понимания причин нарушений взаимоотношений в социальной среде у пациентов с шизофренией, приводящих к социальной дезадаптации, актуальным является исследование эмоционального интеллекта, что и является целью исследования. Материал и методы исследования. Основная группа исследуемых была сформирована случайным образом из категории пациентов удовлетворяющих исследовательским диагностическим критериям МКБ 10 для шизофрении, проходящих курс лечения в общепсихиатрическом мужском и женском отделениях, дневном стационаре УЗ «ГОКЦ «Психиатрия-Наркология». В исследовании принимали участие 30 человек (13 мужчин, 17 женщин) в возрасте от 18 до 51 года, получающие адекватную фармакотерапию, состоящие на ДУ в УЗ «ГОКЦ «Психиатрия-Наркология». Группу сравнения составляли 40 здоровых испытуемых (20 мужчин, 20 женщин) в возрасте от 21 до 39 лет. Для изучения эмоционального интеллекта использовался объективный тест способностей Дж. Мэйера, П. Сэловея и Д. Карузо – MSCEIT в адаптации Е.А. Сергиенко. Сравнительное исследование эмоционального интеллекта группы здоровых испытуемых и группы пациентов с шизофренией показало, что из 30 человек основной группы лишь 26% (8 человек) набрали баллы, соответствующие доле испытуемых в выборке стандартизации. Тогда как в контрольной группе этот показатель составил 80% (32 человека). Пациенты с шизофренией отличаются от здоровых испытуемых более низкими общими баллами эмоционального интеллекта ($p < 0,05$). Главным образом за счет шкалы «Использование эмоций в решении проблем» ($p < 0,05$). Отличие в сторону ухудшения на уровне тенденции отмечается по шкале MSCEIT «Сознательное управление эмоциями». Статистически значимых различий по половой принадлежности при сравнении внутри групп и групп между собой выявлено не было. Таким образом, при шизофрении не наблюдается полного распада всех составляющих эмоционального интеллекта. Преимущественно страдает понимание того, какие эмоции способствуют более эффективному выполнению различного рода деятельности. А так же регуляция эмоций, проявляющаяся в неспособности определить события, которые могут привести к изменению собственных чувств или эмоций окружающих. Выявленные нарушения влекут за собой обеднение социальных контактов, снижение общего уровня социальной активности, трудности в межличностных взаимодействиях, что усугубляет социальную дезадаптацию у пациентов с шизофренией.