

свидетельствует о резком снижении их функциональной активности. Обращает на себя внимание отсутствие реакции со стороны иммунной системы. Нами не были обнаружены лимфоидные фолликулы и лимфоидные агрегаты в синусоидах, а также не встречались цитотоксические лимфоциты и плазматические клетки. Мелковезикулярная субплазмолеммальная липидная инфильтрация, которая является признаком репликации вируса гепатита С в гепатоцитах, также отсутствовала. Проведенное исследование показало глубокое нарушение соотношения клеточных элементов синусоидов, ведущее к их капилляризации, сопровождающееся нарушением питания гепатоцитов и их дистрофией.

## ТУБЕРКУЛЕЗ ЖЕНСКИХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ

*Новикова Е.Н., Шаблина О.В.*

*Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь*

*Кафедра акушерства и гинекологии*

*Кафедра фтизиатрии*

*Научные руководители – к.м.н., доцент Егорова Т.Ю.; к.м.н., ассистент Шевчук Д.В.*

**Актуальность.** Генитальный туберкулез вызывается микобактериями туберкулеза и является не самостоятельным заболеванием, а одним из проявлений туберкулезной инфекции организма. Занесение возбудителя в половые органы чаще всего происходит в детском возрасте или в период полового созревания, но клинические признаки туберкулеза появляются в разные периоды жизни, как правило, гораздо позже. Однако в настоящее время нет точных данных о частоте этой патологии, так как у 85% туберкулез гениталий диагностируют спустя 10–15 лет после его возникновения, а у 25% из них диагноз туберкулеза устанавливают на операционном столе. Туберкулезный процесс половых органов протекает медленно, проявляясь скудными симптомами, которые значительно затрудняют правильную и своевременную постановку диагноза.

**Цель исследования.** Выявление патогномичных симптомов туберкулеза гениталий у женщин, находящихся на обследовании и лечении в ГОТД.

**Материалы и методы исследования.** Нами были проанализированы 32 истории болезни женщин, находящихся на обследовании и лечении в ГОТД с 2005 по 2008 год.

**Результаты исследования.** Туберкулез половых органов был подтвержден у двух женщин (6%) интраоперационно, у двух женщин (6%) во время лечения туберкулеза легких, у трех женщин (9%) положительным посевом на МБТ.

У остальных женщин туберкулез не был подтвержден лабораторно, но улучшение после проведенной терапии подтверждает наличие у этих женщин туберкулеза.

Туберкулез женских половых органов чаще наблюдался у жителей города – 83% женщин, в возрасте от 22 до 47 лет.

Обращает на себя внимание тот факт, что 28% (9) женщин работают в продовольственной области; 3 женщины работают с детьми, 2 женщины работают медсестрами.

Особенности акушерско-гинекологического анамнеза: позднее наступление менструации у 22 женщин (69%); обильные менструации у 16 женщин (50%), болезненные у 29 (91%), нерегулярные менструации у 25 женщин (25%).

Сопутствующие гинекологические заболевания: киста яичника у 50% женщин, ЭШМ у 25%, гипоплазия матки 12,5%, спаечный процесс в брюшной полости 12,5%, ИППП у 25% женщин.

Жалобы: боли внизу живота у 84,34% (27) женщин, диспареуния у 53%, субфебрилитет неясной этиологии 65,63% (21), бесплодие 50% (16), снижение массы тела за последние 6 месяцев 31% (10), слабость у 100% женщин. Кроме того, также встречается учащенное мочеиспускание, потливость в ночное время.

Продолжительность заболевания: 1 месяц – 12,5% (4), 3 месяца – 12,5% (4) женщин, 1–2 года 18,75% (6) женщин, 3–5 лет 12,5% (4) женщин. Более пяти лет 43,75% (14) женщин.

Ранее получали лечение 93,75% (30) женщин, лечение не получали 6,25% (2) женщин.

Контакт с туберкулезными больными у 40,63% (13) женщин, причем три женщины ранее получали лечение по поводу туберкулеза легких.

**Выводы:**

1. Диагностика туберкулеза половых органов остается затрудненной, длительность заболевания более 5 лет наблюдается у 44% пациенток.

2. Поздние менархе (69%), болезненные менструации (91%) и наличие бесплодия (50%) требуют тщательного обследования пациенток на туберкулез половых органов.

## **ВЛИЯНИЕ НОВЫХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ ЭКЗЕМОЙ**

*Новоселецкая А.И.*

*ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования», Беларусь*

*Кафедра дерматовенерологии*

*Научный руководитель – д.м.н., профессор Барабанов Л.Г.*

Оценка качества жизни (КЖ) – новое и перспективное направление медицины, которое дает возможность точнее оценить нарушения в состоянии здоровья пациентов, яснее представить суть клинической проблемы, определить наиболее рациональный метод лечения, а также оценить его ожидаемые результаты по параметрам, которые находятся на стыке научного подхода специалистов и субъективной точки зрения пациента.

Целью нашего исследования явился анализ влияния новых методов лечения на КЖ больных экземой.

В исследование включено 114 пациентов, страдающих экземой, в возрасте от 16 лет до 81 года. Использовали опросник СКИНДЕКС–29 для оценки КЖ по трем шкалам: эмоции, функции, симптомы. Исследование КЖ проводили дважды: при поступлении и при выписке из стационара. На момент поступления в стационар отмечалось значительное снижение КЖ пациентов. Получены следующие данные: по шкале «симптомы» –  $44,7 \pm 0,9$  балла, «функции» –  $40,0 \pm 1,0$  балла, «эмоции» –  $36,2 \pm 0,8$  балла. В ходе лечения у пациентов было отмечено повышение общего фона настроения, снижение раздражительности, беспокойства. Средние значения показателей КЖ перед выпиской больных из стационара составили по шкале «симптомы» –  $21,4 \pm 0,6$  балла, «функции» –  $17,5 \pm 0,5$  баллов, «эмоции» –  $14,0 \pm 0,4$  балла, что достоверно отличалось от данных, полученных до начала терапии. По данным корреляционного анализа, между «симптомами», «функциями», «эмоциями» и тяжестью течения, определенной при помощи индекса SCORAD, связь оказалась умеренной (соответственно,  $r=0,71$ ;  $0,68$  и  $0,57$  при  $p<0,05$ ). Также была отмечена умеренная корреляция между «симптомами», «функциями», «эмоциями» и площадью поражения (соответственно,  $r=0,47$ ;  $0,46$ ;  $0,43$  при  $p<0,05$ ).

В соответствии со способом комплексного лечения больные экземой были разделены на 4 группы: 1-я группа – 48 человек – получала лечение согласно протоколам, утвержденным Министерством здравоохранения Республики Беларусь; 2-я группа – 21 человек – больные экземой, в комплексное лечение которых включалась индуктотермия на область надпочечников; 3-я группа – 23 человека – больные экземой, в комплексное лечение которых включался сехифенадин («Гистафен»); 4-я группа – 22 человека, в комплексное лечение которых включались одновременно сехифенадин и индуктотермия на область надпочечников. Препарат назначался одновременно с началом медикаментозной терапии, по 1 таблетке 2 раза в сутки в течение 10–14 дней, с учетом противопоказаний к его применению.

В группе 1 до лечения получены следующие данные: по шкале «симптомы» –  $43,7 \pm 1,7$ ; «функции» –  $38,6 \pm 1,8$ ; «эмоции» –  $35,0 \pm 1,3$ . В группе 2: «симптомы» –  $44,4 \pm 1,3$ ; «функции» –  $40,7 \pm 1,4$ ; «эмоции» –  $37,7 \pm 1,5$ . Группа 3: «симптомы» –  $41,6 \pm 1,4$ ; «функции» –  $41,9 \pm 1,6$ ; «эмоции» –  $36,4 \pm 1,3$ . Группа 4: «симптомы» –  $45,9 \pm 2,3$ ; «функции» –  $40,2 \pm 2,5$ ; «эмоции» –  $36,9 \pm 1,9$  (группы сопоставимы  $p>0,05$ ).