

ГБОУ ВПО «Северо-Западный государственный медицинский  
университет им. И.И. Мечникова»

Кафедра общественного здоровья и здравоохранения

## **КАЧЕСТВО ЖИЗНИ И ЗДОРОВЬЕ НАСЕЛЕНИЯ**

---

**Материалы Всероссийской научно-практической конференции  
с международным участием, посвященной 90-летию кафедры  
общественного здоровья и здравоохранения**

*20 марта 2014 года*

Санкт-Петербург  
2014

**Качество жизни и здоровье населения:** электронный сборник материалов научно-практической конференции, посвященной 90-летию кафедры общественного здоровья и здравоохранения / под редакцией з.д.н. РФ, проф. В.С. Лучкевича. – СПб., 2014. – 351 с.

В сборнике представлены работы сотрудников Северо-Западного государственного медицинского университета им. И.И. Мечникова, Санкт-Петербург; АУ Чувашии «Институт усовершенствования врачей», Чебоксары; БУЗ ВО «Вологодский областной психоневрологический диспансер № 1», г.Череповец; Буковинский государственный медицинский университет, г. Черновцы, Украина; Винницкий национальный медицинский университет им. Н.И. Пирогова, Винница, Украина; ГБУЗ АО «Архангельская клиническая офтальмологическая больница», Архангельск; Государственный медицинский университет, г.Семей, Казахстан; НИИ радиационной медицины и экологии, г.Семей, Казахстан; Государственный медицинский университет, Ставрополь; Ивановская государственная медицинская академия, Иваново; Кемеровская государственная медицинская академия, Кемерово; Кубанский государственный медицинский университет, Краснодар; Мордовский государственный университет имени Н.П. Огарева, Саранск; Московский научно-практический центр наркологии, Москва; Национальная медицинская академия последипломного образования имени П. Л. Шупика, г. Киев, Украина; Национальный институт фтизиатрии и пульмонологии им. Ф. Г. Яновского НАМН Украины, г. Киев, Украина; Национальный Исследовательский Мордовский Государственный Университет им.Н.П. Огарева, Саранск; Национальный минерально-сырьевой университет «Горный», Санкт-Петербург; НИИ радиационной медицины и экологии, г.Семей, Казахстан; Омская государственная медицинская академия, Омск; ООО Медицинский центр «ЛОТОС», Челябинск; ПГУ им. Т.Г.Шевченко, Институт физиологии и санокреатологии АН, Молдова; Пензенский госуниверситет, Пенза; Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова, Санкт-Петербург; Пермская государственная фармацевтическая академия, Пермь; Приднестровский государственный университет им. Т.Г. Шевченко, Тирасполь; Российский университет дружбы народов, Москва; Самарский государственный медицинский университет, Самара; Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского, Саратов; Северный государственный медицинский университет, Архангельск; Смоленская государственная медицинская академия, Смоленск; СПб университет МВД России, Санкт-Петербург; СПбГУ, ГБУЗ ГП №107, Санкт-Петербург; Таджикский государственный медицинский университет им. Абу али ибн Сино, Душанбе, Республика Таджикистан; Тверская государственная медицинская академия, Тверь; Ульяновский государственный университет, институт медицины, экологии и физической культуры, Ульяновск; УО «Гомельский государственный медицинский университет», Гомель; Управление Роспотребнадзора в г. Санкт-Петербурге ТО в Невском и Красногвардейском районах, Санкт-Петербург; Управление Роспотребнадзора по Ленинградской области, Санкт-Петербург; ФГБУ «НИИ детских инфекций», Санкт-Петербург; Федеральный центр сердечно-сосудистой хирургии, Челябинск; Южно-Уральский государственный медицинский университет, Челябинск; University of Santo Tomas, Manila, Philippines.

## СОДЕРЖАНИЕ

Введение	7
Лучкевич В.С.	9
ВОЗМОЖНОСТИ ИНТЕГРИРОВАНИЯ КАФЕДР ЛЕЧЕБНОГО И МЕДИКО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО ФАКУЛЬТЕТОВ ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ ПОКАЗАТЕЛЕЙ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ КАК КРИТЕРИЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ РЕАЛИЗАЦИИ ЛЕЧЕБНО-ОЗДОРОВИТЕЛЬНЫХ ПРОГРАММ	
Авдеева М.В., Лучкевич В.С., Лобзин Ю.В.	23
ВЛИЯНИЕ ПРОЦЕССНОГО ПОДХОДА НА РЕЗУЛЬТАТИВНОСТЬ РАННЕГО ВЫЯВЛЕНИЯ ФАКТОРОВ РИСКА ЗАБОЛЕВАНИЙ	
Алексеев С.Н., Дробот Е.В.	29
ИЗУЧЕНИЕ ВЗАИМОСВЯЗИ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ, ЖИЗНЕСТОЙКОСТИ И САМООЦЕНКИ ЗДОРОВЬЯ У СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА	
Апсаликов К.Н., Мулдагалиев Т.Ж., Белихина Т.И., Пивина Л.М., Кошпесова Г.К.	33
ОРГАНИЗАЦИЯ МОНИТОРИНГА СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ, ПРОЖИВАЮЩЕГО НА ТЕРРИТОРИЯХ, ПРИЛЕГАЮЩИХ К СЕМИПАЛАТИНСКОМУ ПОЛИГОНУ (В ОТДАЛЕННОМ ПЕРИОДЕ)	
Базаров Н.И.	37
НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ РЕАБИЛИТАЦИИ ПРИ МЕСТНОРАСПРОСТРАНЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЯХ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ И ШЕИ	
Базаров Н.И.	40
СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ КОСТНЫХ КСЕНОТРАНСПЛАНТАТОВ С РАЗЛИЧНЫМИ КОНСЕРВАНТАМИ НА ВОССТАНОВИТЕЛЬНОМ ЭТАПЕ ОПЕРАЦИЙ ПРИ КОСТНЫХ НОВООБРАЗОВАНИЯХ И ОПУХОЛЕПОДОБНЫХ ПРОЦЕССАХ СКЕЛЕТА	
Балакирева А.В., Баклушина Е.К., Нуженкова М.В.	49
ПРИОРИТЕТНЫЕ АСПЕКТЫ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ РАБОТЫ С БЕРЕМЕННЫМИ ЖЕНЩИНАМИ В УСЛОВИЯХ ЖЕНСКИХ КОНСУЛЬТАЦИЙ	
Балахонова Е.Г.	58
АНАЛИЗ ДОСТУПНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ И ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ КАК СОСТАВЛЯЮЩЕЙ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ДЛЯ ЖИТЕЛЕЙ СЕЛЬСКИХ ПОСЕЛЕНИЙ	
Баркаева В.А., Абумуслимова Е.А., Колабутин В.М., Орлов Г.М., Ващенко В.В.	67
РЕЙТИНГИ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ КАК ИНСТРУМЕНТ ВНЕШНЕГО УПРАВЛЕНИЯ КАЧЕСТВОМ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ	
Безруков Л.А., Гарас Н.Н.	73
ПОКАЗАТЕЛИ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ШКОЛЬНИКОВ, СТРАДАЮЩИХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ, ПРИ РАЗЛИЧНОЙ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ ЗАБОЛЕВАНИЯ	
Белова Л.В., Федотова И.М., Пилькова Т.Ю., Карцев В.В.	76
ПОВЫШЕНИЕ УРОВНЯ ГИГИЕНИЧЕСКИХ ЗНАНИЙ-КАК АСПЕКТ УЛУЧШЕНИЯ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ И ЗДОРОВЬЯ	
Белова С.А., Москвичева М.Г., Белов Д.В., Варнавская Е.В.	80
ОСОБЕННОСТИ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА: ОЦЕНКА ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЙ СИТУАЦИИ НА РЕГИОНАЛЬНОМ УРОВНЕ	
Блинова В.В., Бурлака А.П., Богданова Т.М., Огарева Н.В.	85
КРАТНОСТЬ НАБЛЮДЕНИЯ, КАК ФАКТОР, ВЛИЯЮЩИЙ НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМИ НАРУШЕНИЯМИ	
Блинова И.М., Орешина И.А.	87
СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ	
Бойко А.В.	91
ИЗУЧЕНИЕ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ И ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ У БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ С СОПУТСТВУЮЩЕЙ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА	
Борисенко Е.А., Гартовская И. Р., Кучер Е.В.	95
ЛЕГОЧНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ПРИ ГЕМОБЛАСТОЗАХ	
Васильев В.В., Дмитриев А.П., Зубриядина Н.С., Евстигнеев С.В., Васильев Е.В, Савина О.В.	97
СОЦИАЛЬНО-ГИГИЕНИЧЕСКОЕ ИЗУЧЕНИЕ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ И ЗДОРОВЬЯ ЭКОНОМИЧЕСКИ АКТИВНОГО НАСЕЛЕНИЯ	

## ИЗУЧЕНИЕ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ И ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ У БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ С СОПУТСТВУЮЩЕЙ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

*Бойко А.В.*

Буковинский государственный медицинский университет, кафедра фтизиатрии и  
пульмонологии, г. Черновцы, Украина

**Актуальность.** Туберкулез легких приводит не только к существенным нарушениям физического здоровья, но и влияет на психоэмоциональное и социальное функционирование больного человека. Определить адаптацию пациента к наличию болезни, включая реакцию на диагноз и неудобства лечения, и возможность выполнения привычных для больного функций, связанных с его социально-экономическим положением, позволяет такой показатель как качество жизни (КЖ). Благодаря анализу показателей КЖ, исследование пациента не ограничивается специальными, чисто медицинскими аспектами, а индивидуализируется выбором лечения в аспекте перспектив социальной независимости, что является особенно важным для больных туберкулезом легких.

При туберкулезе легких у пациентов наблюдаются многоуровневые изменения функционального состояния неокортекса, лимбической системы и промежуточного мозга, которые ведут к развитию у больных эмоционально-вегетативных нарушений. При оценке психологического статуса отмечены выраженные признаки астении в виде повышенной раздражительности, неуравновешенности, эмоциональной лабильности, плаксивости, сочетающиеся с чувством напряженности, тревожности, подавленности, диссомнией. Вегетативные нарушения проявляются гипервентиляционными расстройствами, синдромом вегетососудистой дистонии с преобладанием парасимпатического тонуса [1]. Различные варианты парабиотической измененности возбудимых систем рассматриваются как факторы снижения устойчивости к туберкулезной инфекции [3]. Чрезмерное длительное нервно-психическое напряжение вызывает временное нарушение какой-либо системы в организме, выбор которой происходит по принципу слабого звена. При этом включаются механизмы условно-рефлекторной фиксации и происходит определенный биохимический сдвиг вплоть до изменения иммунной защиты, что создает благоприятную почву для развития инфекта и формирования патологического процесса [2]. Определенные субъективно непереносимые или повторяющиеся переживания личности вызывают возбуждение или торможение соответствующих корковых и подкорковых систем, что сопровождается нарушениями функций вегетативной нервной системы и способствует созданию почвы для так называемой функциональной стадии заболевания или продромального периода инфекционного страдания [3, 4].

В то же время, распространенность, тяжесть и неблагоприятный прогноз определяют ведущую роль ишемической болезни сердца (ИБС) среди важнейших проблем современной медицины. Известно, что заболеваемость с возрастом концентрируется главным образом в органах, которые составляют главную "экономику" организма: в сердце, легких, мозге. Продолжает расти количество больных с теми стадиями развития болезни, при которых высока вероятность развития хронической сердечной недостаточности. Известно, что с возрастом происходит ограничение диапазона адаптационно-приспособительных возможностей организма к условиям деятельности, снижение физической работоспособности - в результате ухудшение адаптации сердечно-сосудистой системы к физическим нагрузкам, снижение количества и качества психической продуктивности.

В последнее время «качество жизни» как интегральный показатель состояния больного привлекает все большее внимание исследователей [5]. Качество жизни – это способность больного жить такой же полноценной жизнью, как его здоровые сверстники,

находящиеся в аналогичных экономических, климатических и политических условиях. В это понятие входит также физическая, творческая, социальная, эмоциональная, сексуальная, политическая активность больного [7]. Изменения «качества жизни» не всегда параллельны клиническому улучшению. Вместе с тем, именно качество жизни определяет успех лечения и прогноз заболевания [6].

Традиционно в практике здравоохранения доминирует методика оценки эффективности лечения и последствий заболеваний, основанная на критериях продолжительности жизни. Тем не менее, наряду с количественными показателями (продолжительность жизни, смертность) не менее важный аспект оценки самочувствия и функционального состояния больного. Постоянное внедрение в медицину новых технологий обеспечивает более точную диагностику различных заболеваний, их предупреждение и лечение. Однако, с развитием и внедрением этих технологий в медицину проблем остается еще достаточно много. Независимо от технического развития и развития человечества, патология сердечно - сосудистой системы стоит в мире на первом месте по показателям заболеваемости. Поэтому, кроме введения новых технических средств требуется внедрение новых подходов в медицинском обеспечении больных.

Заболевания сердца относятся к тем болезням, которые имеют четко определенные возрастные детерминанты. Общеизвестно, что пик заболеваемости ишемической болезнью сердца приходится на 40-60 лет у мужчин со смещением указанного промежутка для женщин на 5-10 лет больше. Однако уже давно возникли вопросы и сомнения в том, что календарный возраст людей не полностью соответствует функциональному состоянию организма. Здесь речь идет о внутреннем, собственном времени биосистемы. Таким временем является биологический и психологический возраст организма.

Биологический возраст характеризуется некоторыми показателями состояния организма, которые меняются со временем. Такими показателями являются: повреждения, изменения структуры и химического состава молекул, изменения функциональных возможностей отдельных органов и систем организма, нейрогуморальные возрастные изменения и изменения внешних признаков человека и другие изменения. С одной стороны БВ связан с некоторыми интегральным, комплексным показателем, характеризующим состояние организма в целом, а с другой стороны с показателями основанными на статистических данных.

Понятие психологический возраст раскрывает субъективное отношение человека к личному возрасту и каким образом объективная характеристика хронологического времени жизни трансформируется в самооценку возраста, которая определяется в сознании личности на основе обобщенного отражения особенностей жизненного пути в целом и его отдельных этапов. С другой стороны большое влияние на оценку личного возраста имеют социальные факторы, наряду с которыми самооценка возраста является результатом сопоставления личностью своих имеющихся достижений в различных сферах жизнедеятельности с возрастными - значимыми ожиданиями, которые к ней предъявляются.

Туберкулез, в свою очередь, как хроническое инфекционное заболевание влияет на уклад жизни больного, изменяя его отношение к жизненным ценностям. Потеря работы, понижение социального статуса и положения в обществе, возникновение социальной дезадаптации являются базисом постоянного стресса больного, нивелируют эффективность проводимой химиотерапии.

**Материалы и методы.** Было обследовано 24 мужчин и 12 женщин, больных туберкулезом легких с сопутствующей ИБС. Для того, чтобы измерить БВ, использовали методику амбулаторного определения БВ по В.П. Войтенко, а для определения ПВ использовали тест по определению ПВ по Э.И. Головахому.

**Полученные результаты и их обсуждение.** Биологический возраст (БВ) – интегральное понятие, которое характеризуется соотношением реального физиологического состояния организма и некоторого эталонного состояния, присущего

организму с определенным хронологическим возрастом в условиях существования данной популяции. Психологический возраст (ПВ) – это интегральное понятие, которое характеризуется соотношением реального психологического состояния организма и некоторого эталонного состояния, присущего организму с определенным хронологическим возрастом в условиях "психологического поля" данной популяции.

Методов измерения БВ достаточно много: по сопротивляемости кожи к току, по изменению температуры поверхности тела за определенный минутный интервал, по влажности кожи, по признакам внешности, по рентгенологическим исследованиям отдельных костей, по определенным признакам тазового симфиза, по морфометрическим параметрам стенок различных отделов аорты т.д. Однако, именно метод Войтенко является наиболее простым и оптимальным в плане его возможности выполнения.

Методика заключается в определении систолического артериального давления (САД, мм.рт.ст.), диастолического артериального давления (ДАД, мм.рт.ст.), пульсового АД (ПАО, мм.рт.ст.), задержки дыхания во время вдоха (ЗДВ, с), статической балансировки (СБ) (время стояния на левой ноге с закрытыми глазами, с), веса тела (ВТ, кг), субъективной оценки состояния здоровья (определяется с помощью анкеты, где учитывается количество отрицательных ответов) (СОЗ).

$$БВ_{\text{мужчин}} = 26,985 + 0,215 \times АТ_{\text{сист}} - 0,149 \times ЗДВ - 0,151 \times СБ + 0,723 \times СОЗ$$

$$БВ_{\text{жінок}} = -1,463 + 0,415 \times АТ_{\text{пульс}} - 0,140 \times СБ + 0,248 \times ВТ + 0,694 \cdot СОЗ$$

Тест на определение ПВ заключается в самостоятельном выставлении больными оценки по степени насыщенности событиями по каждому периоду жизни, включая прошлую жизнь пациента, настоящее и будущее.

Группы мужчин и женщин не отличались по возрасту, течению и длительностью заболевания. Средний возраст мужчин составлял  $54,88 \pm 4,16$  лет, женщин  $55,43 \pm 5,21$  лет. Среди пациентов пожилого возраста были обследованы две группы: первая - пациенты, перенесшие когда-либо ранее инфаркт миокарда, вторая - пациенты, у которых в анамнезе не было инфаркта.

Проведя анализ экспериментальных исследований, установлено, что БВ у мужчин достоверно превышал календарный ( $66,02 \pm 3,50$  против  $54,88 \pm 4,16$ ;  $p < 0,05$ ). Такая же тенденция была присуща и ПВ ( $59,78 \pm 4,03$  против  $54,88 \pm 4,16$ ;  $p < 0,05$ ).

В отличие от мужчин, у женщин не установлено статистически достоверных различий в значении БВ и ПВ с календарным. БВ для женщин составил  $52,06 \pm 7,20$ , а ПВ -  $54,31 \pm 8,90$  лет. Возможно, это связано со специфической значимостью возраста именно у женщин, а именно - стремление скрыть свой возраст, меньшая зависимость физического самочувствия от субъективных ощущений возраста. Интересным наблюдением является определение возраста в других возрастных группах (как моложе 22 - 40, так и старше 70 лет): есть значительное несоответствие между календарным, с одной стороны, и биологическим и психологическим - с другой. Пациенты младших возрастных групп давали завышенные данные биологического возраста.

Среди пациентов пожилого возраста: в первой группе календарный возраст значительно превышал биологический ( $67,08$  против  $56,31$ ) и психологический ( $67,08$  против  $64,70$ ). Во второй группе, в отличие от первой, наблюдалось увеличение показателей ПВ по сравнению с календарным ( $64,02$  против  $60,01$ ) и биологическим ( $64,02$  против  $52,01$ ).

При изучении факторов, способствующих возникновению туберкулезного процесса, нередко подчеркивается особая роль негативных психосоциальных факторов, стрессогенных жизненных ситуаций, в которых оказался человек, заболевший туберкулезом (ТБ). Особенностью личности больных туберкулезом легких является повышенная эмоциональная нестабильность не только в жизненно важных ситуациях, но и

в условиях будничных жизненных нагрузок, воспринимаемых ими как душевные катастрофы. Нами установлено, что туберкулезом заболевают преимущественно лица пассивно-оборонительной структуры личности: слабовольные, нерешительные, душевно и физически инертные, робкие, склонные к сомнениям и самообвинениям, виновности, с тенденцией к накоплению отрицательных эмоций, выраженным аффективным напряжением, суженным поведенческим диапазоном, противопоставлением себя обществу, дистанционностью в межличностных отношениях.

Госпитализация пациентов в связи с туберкулезом легких воспринимается ими как очередной тяжелый стресс, который сопровождается страхом перед социальными контактами, снижением активности и другими проявлениями, регрессивным и дезадаптивным типами приспособительного поведения. При длительном лечении происходит усугубление личностных черт, свойственных этим больным в преморбиде, и характерных для данного заболевания нарушений психологического статуса пациентов, обусловленное сомнениями в выздоровлении, синдромом госпитализма; закрепляются способы дезадаптивного взаимодействия с окружающей средой.

Отмечено, что показатели уровня субъективного контроля у больных туберкулезом легких достоверно снижены как при первом поступлении в стационар, так и при выписке из него. Низкий уровень контроля свидетельствует о том, что больные не считают себя способными контролировать развитие событий собственной жизни, приписывая ответственность за их исход исключительно внешним обстоятельствам (случаю, другим людям).

Роль личностного фактора в возникновении и развитии туберкулеза легких обычно рассматривается в плане отношения к болезни и основных тенденций приспособительного поведения, определяющих уровень адаптации, достигаемый больным. Однако установлено, что форма туберкулезного процесса, его распространенность и уровень интоксикации достоверно не отражаются на выраженности психологических нарушений. Ограниченные формы туберкулеза легких независимо от использованного метода лечения вызывают снижение физического и психосоциального статуса больных. Наиболее значимыми в оценке качества жизни в период основного курса лечения являются: восприятие общего состояния здоровья и его перспектив, социальное функционирование, ограничение повседневной деятельности вследствие физических или эмоциональных проблем.

В результате проведенного анализа зависимости между параметрами качества жизни больных туберкулезом с сопутствующей ИБС и коэффициентом инвалидизации, характеризующим клиническую форму туберкулеза, связи не выявлено. Следовательно, распространенность туберкулезных изменений в легких прямого влияния на параметры качества жизни больных не оказывала.

Таким образом, туберкулез, как хроническое инфекционное заболевание, снижает качество жизни больных. Индивидуальное определение БВ и ПВ у больных туберкулезом с сопутствующей ИБС позволяет оценить различия в психологическом и функциональном состоянии организма в целом и дифференцировать различия, детерминированные полом для индивидуализации наблюдения за больными в динамике лечения, определения его эффективности, оценки необходимости коррекции программ реабилитации у таких пациентов, а также для прогнозирования дальнейшего течения заболеваний. Изучение факторов, способствующих сохранению молодого биологического и психологического возраста и большей продолжительности жизни, позволит внедрение специальных профилактических мероприятий на ожидаемую продолжительность жизни, особенно у больных туберкулезом.

**Заключение.** Выявленные изменения психосоматических соотношений при туберкулезе легких с сопутствующей ИБС, особенно на ранних этапах лечения, определяют необходимость включения в комплекс лечебно-профилактических

мероприятий методов психотерапевтической и медикаментозной коррекции, направленных на стабилизацию психоэмоционального здоровья больных, что позволит в целом повысить эффективность лечения и качество жизни пациентов.

**Список литературы:**

1. Афтанас Л. И., Краснов В. А., Колесникова О. В. и др. Эффекты психофизиологической коррекции в комплексной терапии больных туберкулезом легких: анализ психомоторных функций и нейровегетативной регуляции // Бюл. СО РАМН. – 2006. – № 3 (121). – С. 90-98.
2. Баранова Г. В., Золотова Н. В., Долгова Ю. В., Панкова Л. И. О личностных особенностях больных туберкулезом легких // Туберкулез в России, год 2007: Материалы VIII Российского съезда фтизиатров. – М., 2007. – С. 165-166.
3. Долгих Н. А. Состояние ситуационно-личностного реагирования у впервые выявленных больных туберкулезом и их специфическое лечение с использованием психотерапии: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 2000.
4. Волчегорский И. А., Новоселов П. И., Астахова Т. В. Нарушения эмоциональной сферы у больных инфильтративным туберкулезом легких // Пробл. туб. – 2007. – № 11. – С. 3-6.
5. Методика оценки качества жизни больных и инвалидов: (Метод. рекомендации) / М-во здравоохранения Республики Беларусь; Сост.: А.Л. Пушкарев, Н.Г. Аринчина. - Мн., 2000. – 16 с.
6. Суховская О.А. Использование общих и специальных опросников изучения качества жизни в пульмонологии // Десятый национальный конгресс по болезням органов дыхания: Сборник резюме. - С-Петербург, 2000.- С.187.
7. Тихонов В.А., Радзевич А.Э., Евстафьев Ю.А., Галь И.Г., Дитятков А.Б., Григорьев Ю.Г., Ситникова Н.А. Качество жизни больных туберкулезом легких, осложненным хронической сердечной недостаточностью // Девятый национальный конгресс по болезням органов дыхания: Сборник резюме. - М., 1999 С.173.

## ЛЕГОЧНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ПРИ ГЕМОБЛАСТОЗАХ

*Борисенко Е. А., Гартовская И. Р., Кучер Е. В.*

Национальная медицинская академия последипломного образования имени П. Л. Шупика,  
кафедра гематологии и трансфузиологии, г. Киев, Украина

**Актуальность.** Одним из наиболее частых, тяжелых и опасных осложнений гемобластозов являются поражения легких. В основе легочных осложнений и развития дыхательной недостаточности лежит комплекс нарушений, развивающихся вследствие различных патологических процессов, в основном инфекционных, пролиферативных и геморрагических.

Цель исследования – изучить частоту и особенности клинических проявлений различных форм поражения органов дыхания у больных с острыми лейкозами, а также роль бактериальной и грибковой флоры в развитии легочных инфекционных осложнений.

**Материалы и методы.** Для изучения особенностей клинического течения и патогенеза поражения легких обследованы 310 лиц с различными гемобластозами, среди них 82 больных острым лейкозом (ОЛ), в том числе 36 острым миелобластным лейкозом (ОМЛ), 46 – острым лимфобластным лейкозом (ОЛЛ); 72 больных миелолифолиферативными заболеваниями (хронический миелолейкоз – 25, сублейкемический миелоз – 24, эритремия – 9, хронический мегакариоцитарный лейкоз – 1, миелодисплазии – 13); 156 лиц с лимфолифолиферативными заболеваниями (лимфома Ходжкина – 45, неходжкинские лимфомы – 48, хронический лимфолейкоз – 37, миеломная