

сти роста штаммов МБТ, чувствительных и лекарственно-устойчивых штаммов, устойчивых к 1, 2, 3 и 4 ПТП, были получены данные, которые свидетельствовали о статистически недостоверной разнице ($p > 0,05$) во всех группах по сравнению с контролем.

Обильное бактериовыделение чаще установлено у больных 2, 3 и 4-й групп и меньше у больных 1-й группы (24 и 5 соответственно) ($p < 0,01$). В целом, 52,3% (79) впервые выявленных больных,

выделяющих лекарственно-устойчивые МБТ и еще не получавших противотуберкулезное лечение, являлись умеренными и массивными бактериовыделителями (табл.).

Заключение. Больные, выделяющие устойчивые к ПТП штаммы МБТ и особенно устойчивые к 2 ПТП и более, представляют такую же реальную эпидемиологическую угрозу для окружающего населения, как и больные, выделяющие чувствительные к ПТП МБТ.

Таблица

Интенсивность роста ЛЧ МБТ и ЛУ МБТ к различному количеству ПТП у впервые выявленных больных ТОД (абс., %)

Группы	Интенсивность роста МБТ		
	скудный	умеренный	обильный
1-я группа (n = 57)	32; 56,1	20; 35,1	5; 8,8
2-я группа (n = 44)	20; 45,5	15; 34,1	9; 20,5
3-я группа (n = 27)	11; 40,7	8; 29,6	8; 29,6
4-я группа (n = 23)	9; 39,1	7; 30,4	7; 30,4
Всего (n = 151)	72; 47,7	50; 33,1	29; 19,2
Контрольная группа (n = 67)	37; 55,2	20; 29,9	10; 14,9
Всего (n = 218)	109; 50,0	70; 32,1	39; 17,8

ИССЛЕДОВАНИЕ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ СИНДРОМА «ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ» СРЕДИ ВРАЧЕЙ-ФТИЗИАТРОВ

АМИРХАНОВА А. А.¹, ЦВЕТКОВ А. И.¹, ЧЕРНЯЕВ И. А.^{1,2}

STUDY OF THE PREVALENCE OF EMOTIONAL BURN-OUT AMONG TB DOCTORS

AMIRKHANOVA A. A.¹, TSVETKOV A. I.¹, CHERNYAEV I. A.^{1,2}

¹ГБУЗ СО «Противотуберкулезный диспансер», г. Екатеринбург

²ФГБУ «УНИИФ» МЗ РФ, г. Екатеринбург

¹TB Dispensary, Yekaterinburg, RF

²Ural Phthisiopulmonology Research Institute, Yekaterinburg, RF

Цель: изучить распространенность синдрома «эмоционального выгорания» (СЭВ) среди врачей-фтизиатров.

Материалы и методы. Проведено исследование распространенности СЭВ среди врачей-фтизиатров. В качестве инструмента использовали методику диагностики, предложенную В. В. Бойко в 1999 г., позволяющую диагностировать не только наличие синдрома, но и определить его выраженность. При определении СЭВ выделяют три фазы становления (напряжение, резистентность и истощение), каждая из которых включает по четыре симптома. Значения, превышающие нормальный показатель по любому из четырех симптомов, указывают на доминирование той или иной фазы,

а превышение показателей в любой из фаз свидетельствует о наличии и направлении развития процесса «выгорания». Участие в исследовании было добровольным и анонимным. Всего было разослано 68 опросников, собрано – 62, пригодно к обработке – 50, что составило 20,7% от всех работающих в службе врачей. Участие в исследовании приняли 39 женщин и 11 мужчин. Из опрошенных 18 занимают руководящую должность. Средний возраст ответивших врачей-фтизиатров составил: 53 года – женщин и 52 года – мужчин. Средний стаж работы в должности врача-фтизиатра и общий стаж трудовой деятельности у женщин – 20 и 30 лет, у мужчин – 16 и 25 лет соответственно. Проведены статистическая обработка материала,

сравнение групп по полу, месту работы – в противотуберкулезных учреждениях и учреждениях общей лечебной сети.

Результаты. Среди 39 женщин, принявших участие в исследовании, у 28 (72%) имелись признаки СЭВ, у 8 (20%) наблюдается формирование (7 человек) и явная выраженность (1 человек) СЭВ преимущественно в фазе резистентности, у 3 человек имеется выраженность двух фаз и у 16 – проявляются высокими значениями все три фазы. Среди мужчин: у 27% опрошенных нет признаков СЭВ, у 46% наблюдается формирование СЭВ по 1-й фазе, у 27% – выраженные все три фазы. Необходимо отметить, что полностью сформированные фазы наблюдаются у 18% опрошенных. В остальных случаях отмечен процесс формирования СЭВ. У врачей, работающих в учреждениях первичной медико-санитарной помощи, выраженность всех трех фаз СЭВ – 46%, выраженность 1-й фазы – 75%, в то время как у сотрудников противотуберкулезной службы – 30%, выраженность 1-й фазы – 53%. Установлена прямая и сильная (высокая) связь между местом работы врача-фтизиатра и возникнове-

нием СЭВ, коэффициент корреляции равен 0,931 ($p < 0,05$). Значение критерия Стьюдента равно 2,776, значение критерия Фишера – 7,71, данные показатели свидетельствуют о статистической значимости коэффициентов ($p < 0,05$).

Выводы.

1. СЭВ в большей степени подвержены женщины-врачи, нежели мужчины.

2. Среди врачей-фтизиатров женского пола основной группой риска являются сотрудники в возрасте от 45 до 55 лет со стажем работы в должности до 15 лет и более 30 лет.

3. Среди врачей-фтизиатров мужского пола основной группой риска по угрозе развития СЭВ являются врачи в возрасте от 50 до 60 лет со стажем в должности до 10 лет.

4. У фтизиатров, работающих в учреждениях здравоохранения общей лечебной сети, СЭВ возникает чаще.

5. В подавляющем числе случаев СЭВ у врачей-фтизиатров выявлялся в фазе резистентности, что проявлялось в стремлении оградить себя от неприятных впечатлений и негативных эмоций.

РЕТРОСТЕРНАЛЬНАЯ ЛИМФОТРОПНАЯ ХИМИОТЕРАПИЯ У БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ/ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ

АСЕЕВ А. В., МИЛЯЕВ А. А.

RETROSTERNAL LYMPHOTROPIC CHEMOTHERAPY IN TB/HIV PATIENTS

ASEEV A. V., MILYAEV A. A.

ГБОУ ВПО «Тверской ГМУ» МЗ РФ, г. Тверь

Tver State Medical University, Tver, RF

Лечение больных с сочетанной патологией туберкулез и ВИЧ-инфекция (ТБ/ВИЧ) представляется довольно сложным. Часто туберкулезный процесс протекает остро, с вовлечением внутригрудных лимфатических узлов (ВГЛУ), поэтому введение противотуберкулезных препаратов (растворимые формы) в загрудинное пространство с целью создания максимальной концентрации лекарственных веществ в лимфатической системе представляется оправданным.

Цель: оценка эффективности ретростеральной лимфотропной химиотерапии у больных ТБ/ВИЧ.

Материалы и методы. С 2008 по 2013 г. пролечено 32 пациента с сочетанной патологией (ТБ/ВИЧ). У 16 больных отмечался остропрогрессирующий инфильтративный туберкулез легких, у 10 – милиарный туберкулез легких, у 6 – диссеминированный туберкулез легких. У 26 (81,3%) больных отмечалось увеличение ВГЛУ, микобактерии

туберкулеза (методом бактериоскопии) выявлены у 22 (68,8%) больных. Наличие деструкций (на обзорных рентгенограммах и линейных оптических томограммах) диагностировано у 12 (37,3%). Все больные на различных этапах лечения туберкулеза начали получать антиретровирусную терапию, как правило, в первые 2-3 мес. лечения, когда состояние больного позволяло посетить «Тверской областной центр по профилактике и борьбе со СПИДом и ИЗ» для обследования и назначения противотуберкулезной химиотерапии.

Процедура ретростеральной пункции проста и не требует специальной подготовки. Во время пункции больной лежит на кушетке на спине, под лопатки подкладываем валик. Для пункции использовали иглу одноразового шприца объемом 10 мл, которую изгибали перед выполнением процедуры под углом 45-50° примерно посередине. Иглу вводили в загрудинное пространство в об-