

свободнорадикальным реакциям и минимизируют процесс перекисного окисления липидов, что в свою очередь способствует улучшению всасывания железа с последующей реализацией его функций. Поэтому после приема препарата происходит постепенная регрессия клинических и лабораторных симптомов анемии и предотвращение возникновения инфекционных осложнений.

#### **Выводы**

1. Наличие в анамнезе экстрагенитальной и гинекологической патологии увеличивает риск развития анемии, которая в свою очередь повышает риск развития инфекционных осложнений во время беременности, родов и в послеродовом периоде.

2. Применение препаратов двухвалентного железа обеспечивает быстрое восстановление показателей крови.

3. Коррекция анемии во время беременности обеспечивает нормальное течение гестационного процесса, минимизацию осложнений.

4. Осложнения инфекционного характера, возникающих во время беременности, приводит к увеличению частоты внутриутробного инфицирования плода.

5. Выбор препарата железа для лечения железодефицитной анемии должен производиться с учетом индивидуальных особенностей пациента.

#### **ЛИТЕРАТУРА**

1. Гаенко, Е. В. Железодефицитная анемия: распространенность и факторы риска / Е. В. Гаенко // Лечащий врач. — 2013. — № 4. — С. 34–41.

2. Коноводова, Е. Н. Железодефицитные состояния: когда и кому назначать Тотему? / Е. Н. Коноводова // Поликлиника. — 2012. — № 5. — С. 1–5.

3. Профилактика и лечение железодефицитных состояний у беременных и родильниц / Е. Н. Коноводова [и др.] // Лечащий врач. — 2010. — № 3. — С. 16–20.

4. Харкевич, О. Н. Совершенствование медицинской помощи беременным женщинам / О. Н. Харкевич. — Минск: БГУ, 2001. — 186 с.

5. Шехтман, М. М. Руководство по экстрагенитальной патологии у беременных / М. М. Шехтман. — 3-е изд. — М.: Триада-Х, 2005. — 816 с.

**УДК 616-002.5-036.22**

### **ЭПИДЕМИОЛОГИЯ ТУБЕРКУЛЕЗА В РАМКАХ МИРОВОГО СООБЩЕСТВА**

*Марченко Н. И.*

**Научный руководитель: к.м.н., доцент И. В. Буйневич**

**Учреждение образования**

**«Гомельский государственный медицинский университет»**

**г. Гомель, Республика Беларусь**

#### **Введение**

Примерно одна треть населения Земли инфицирована микобактериями туберкулеза (МБТ). Ежегодно в мире заболевают туберкулезом 7,5–8,0 млн человек. От 15 до 20 млн больных туберкулезом (ТБ) легких выделяют МБТ. Умирают каждый год от ТБ приблизительно 1,5 млн человек. Приводят и такие сведения: каждые 4 с один человек заболевает ТБ и каждые 10 с 1 человек умирает от ТБ. Среди инфекционных заболеваний ТБ как причина смерти по-прежнему занимает одно из первых мест. В связи с этим ВОЗ в 1993 г. объявила ТБ проблемой номер один в мире [1].

#### **Цель**

Изучение и систематизация научных данных по проблеме распространенности ТБ в рамках мирового сообщества.

#### **Материал и методы исследования**

Обобщение результатов проведенных исследований, анализ научно-методической литературы.

#### **Результаты исследования и их обсуждение**

В разных странах и регионах эпидемиологическая обстановка по ТБ различная. Судить о ней нередко трудно из-за неравноценности статистических данных, поступающих из разных

стран. Так как они во многом зависят от социально-экономического развития, уровня организации медицинской помощи и, как следствие этого, методов выявления больных, качества осмотра населения с применением этих методов, полноты регистрации. Так, например, выявление больных в США в основном производится за счет туберкулинодиагностики лиц, бывших в контакте с больным ТБ. В том случае, когда известно, что лицо, контактирующее ранее болело ТБ, применяются лучевые методы диагностики, а при наличии мокроты — ее исследование различными методами. В России и ряде бывших стран СССР выявление больных ТБ легких основано на массовых флюорографических обследованиях взрослого населения, туберкулинодиагностике у детей и подростков, микроскопическом исследовании мокроты. В Индии, африканских странах и ряде других государств, где отсутствует развитая система государственной медицинской помощи населению, выявление ТБ производят в основном за счет микроскопического исследования мокроты больных с соответствующими симптомами. Однако работа, проводимая ВОЗ, Международным союзом по борьбе с ТБ и болезнями легких, а также органами здравоохранения хотя и не дает анализа показателя заболеваемости в регионах и странах мира в разрезе методов выявления и наличия или отсутствия скрининга населения в ежегодных отчетах, но позволяет иметь представление об эпидемиологической ситуации по туберкулезу и ее особенностях [2].

ВОЗ разделила земной шар на шесть регионов с различными показателями заболеваемости (американские континенты, Европа, Восточное Средиземноморье, Западная часть Тихого океана, Юго-Восточная Азия и Африка). Задача снижения бремени ТБ к 2015 г. по всем трем целевым показателям (заболеваемость, распространенность, смертность) была достигнута в двух из шести регионах ВОЗ — Регионе стран Америки и Регионе Западной части Тихого океана [1].

В целом выявление новых случаев заболевания в мировом масштабе выглядит следующим образом: Индия и Китай — 40 % новых случаев, Африка — 24 % новых случаев, страны с высоким бременем ТБ — 82 %.

В Европейском регионе, к которому относится и наша республика, на 2014 г. наблюдается значительный разброс в уровнях заболеваемости ТБ: от 5 (Норвегия) до 198 (Таджикистан) новых случаев ТБ на 100 тыс. населения в год. Российская Федерация занимает 12-е место в перечне из 22 стран мира с самым высоким бременем ТБ.

Заболело 445 тыс. человек, умерло 66 тыс. больных, каждый час заболевает 51 человек, умирает 8 человек, средняя заболеваемость 50 на 100 тыс., Восточная Европа — 98 на 100 тыс.

Основными факторами, осложняющими течение, а также лечебные мероприятия по борьбе с ТБ, являются ВИЧ-инфекция и МЛУ-ТБ.

ВИЧ и ТБ представляют собой смертельное сочетание, компоненты которого ускоряют развитие друг друга. В 2013 г. около 360 тыс. человек умерли от ВИЧ-ассоциированного ТБ. Примерно 25 % случаев смерти среди людей с ВИЧ вызваны ТБ. По оценкам, в 2013 г. произошло 1,1 млн новых случаев заболевания ТБ среди ВИЧ-позитивных людей, 78 % которых имели место в Африке. ВОЗ рекомендует применять 12-компонентный подход к обеспечению комплексных услуг в отношении двойной инфекции ТБ-ВИЧ, включая действия для профилактики и лечения инфекции и болезни и для снижения смертности.

Основными мерами по сокращению бремени ВИЧ-инфекции у больных ТБ являются тестирование на ВИЧ и обеспечение АРТ и профилактической терапии ко-тримоксазолом (ПТК) для ВИЧ-инфицированных пациентов. Основными мерами по снижению ТБ у ВИЧ-инфицированных людей являются регулярный скрининг на ТБ у пациентов, наблюдающихся по поводу ВИЧ-инфекции и проведение профилактической терапии изониазидом (ПТИ) для пациентов, не имеющих активной формы ТБ, и удовлетворяющих соответствующим критериям (по оценкам, это 50 % новых пациентов, проходящих лечение ВИЧ-инфекции). В 2012 г. произошло дальнейшее упрочение прогресса в реализации мер по борьбе с ТБ/ВИЧ. В глобальных масштабах 46 % больных ТБ знали о своем ВИЧ-статусе (по сравнению с 40 % в 2011 г.). В регионе Африки, где самое высокое бремя ТБ/ВИЧ, 74 % больных ТБ знали о своем ВИЧ-статусе (по сравнению с 69 % в 2011 г.). Если взять 41 страну с самым высоким бременем ТБ/ВИЧ, то более 85 % больных ТБ знали свой ВИЧ статус в 15-ти странах, и более 90 % больных знали свой ВИЧ-статус в 7-ми из этих стран [1, 3, 4].

Согласно оценкам, во всем мире в 2013 г. МЛУ-ТБ был выявлен среди 3,5 % новых и 20,5 % ранее леченых случаев ТБ. Таким образом, в 2013 г. развитие МЛУ-ТБ было выявлено

примерно у 480 тыс. человек. В среднем, примерно у 9,0 % пациентов с МЛУ-ТБ был выявлен ТБ с широкой лекарственной устойчивостью (МЛУ-ТБ). Последние имеющиеся данные о результатах лечения касаются пациентов, у которых лечение МЛУ-ТБ было начато в 2011 г. Показатель успешного лечения во всем мире составил 48 %. Высокие показатели успешного лечения на уровне более 70 % были достигнуты в пяти из 22 стран с высоким бременем МЛУ-ТБ: Эфиопии, Казахстане, Мьянме, Пакистане и Вьетнаме. Неприемлемо низкие показатели излечения объясняются слабостью систем здравоохранения, отсутствием эффективных схем лечения и другими проблемами, связанными с лечением. Кроме того, осуществление мер борьбы МЛУ-ТБ серьезно осложняется нехваткой финансирования. Для борьбы с эпидемией МЛУ-ТБ необходимы действия в пяти приоритетных областях: 1) высококачественное лечение лекарственно-чувствительного ТБ для предупреждения МЛУ-ТБ; 2) расширение использования методов экспресс-тестирования и выявления случаев МЛУ-ТБ; 3) обеспечение непосредственного доступа к качественной помощи; 4) инфекционный контроль; и 5) усиление политической поддержки, включая адекватное финансирование текущих мер, а также проведение научных исследований для разработки новых средств диагностики, лекарственных препаратов и схем лечения [1].

### **Выводы**

Сегодняшняя ситуация, к которой пришел мир, выглядит таким образом. В период с 1990 по 2013 гг. уровень смертности от ТБ снизился примерно на 45 %, а показатель распространенности ТБ за этот же период снизился на 41 %. Тем не менее, ежегодно ТБ, по самым скромным оценкам, заболевают 8,8 млн. человек, 2–3 млн. умирают. Общая численность больных достигла 60 млн., из них почти 20 млн. имеют открытую форму ТБ. Эксперты ВОЗ прогнозируют, если эпидемию не взять под контроль, то к 2020 г. число тубинфицированных людей достигнет 2 млрд, из которых 150 млн. заболеют и 36 млн. — умрут.

### **ЛИТЕРАТУРА**

1. Global tuberculosis report 2014. — WHO, 2014. — P. 1–5.
2. Фтизиатрия: национальное руководство / под ред. М. И. Перельмана. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. — С. 112–130.
3. Туберкулез: патогенез, защита, контроль / под ред. Б. Р. Блума; пер. с англ. М. А. Карачунского. — М.: Медицина, 2002. — 678 с.
4. *Зимина, В. Н.* Туберкулез и ВИЧ-инфекция у взрослых: руководство / В. Н. Зимина, В. А. Кошечкин, А. В. Кравченко. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. — 222 с.

**УДК 616.002.5-07-058.86**

## **РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИМЕНЕНИЯ ПРОБЫ ДИАСКИНТЕСТ СРЕДИ ДЕТЕЙ В ГРУППАХ ВЫСОКОГО РИСКА ЗАБОЛЕВАНИЯ ТУБЕРКУЛЕЗОМ**

*Мельченко О. Г.*

**Научный руководитель: к.м.н., доцент И. В. Буйневич**

**Учреждение образования**

**«Гомельский государственный медицинский университет»**

**г. Гомель, Республика Беларусь**

### **Введение**

По распространенности туберкулеза и проблемам, связанным с этим заболеванием, Республика Беларусь занимает 6-е место среди 18-ти приоритетных по туберкулезу стран Европейского региона ВОЗ [1, 2, 3].

Развитие заболевания возможно только у инфицированного микобактериями человека. Как правило, попадание микобактерии в организм человека вызывает адекватный специфический иммунитет и не приводит к развитию заболевания. При этом первичное инфицирование в 90 % случаев протекает бессимптомно и заканчивается формированием «законсервированных» гранулем, содержащих неактивные формы микобактерий. Это состояние называется «латентная