

ОГ (RE — 46,7) в сравнении с КГ (RE — 63,3). Психическое неблагополучие, наличие депрессивных, тревожных переживаний более выражено у больных ОГ (МН — 55,2 балла), чем у больных КГ (МН — 64,4). Не испытывают боли лица КГ (ВР — 100 баллов). Интенсивность боли умеренно ограничивает активность пациентов ОГ (ВР — 88 баллов).

При изучении интегральных показателей душевного и физического благополучия, установлено, что у пациентов ОГ психический компонент здоровья значительно ниже физического (МН — 41,1 балла, РН — 51,4). У пациентов КГ эти показатели находятся на одном одинаково низком уровне (РН — 48,1, МН — 46,3). Лица КГ значительно хуже ощущают себя в психологическом отношении, чем ОГ.

#### **Выводы**

1. Заболевание туберкулезом легких приводит к снижению всех параметров качества жизни больных: нарушаются физические и психологические показатели здоровья.
2. Качество жизни пациентов, длительно болеющих туберкулезом, значительно ниже, чем у лиц, болеющих менее 1 года.
3. Пациенты, недавно заболевшие туберкулезом, значительно хуже ощущают себя в психологическом отношении, чем лица, длительно болеющие.

#### **ЛИТЕРАТУРА**

1. Горбач, Л. А. Качество жизни больных туберкулезом органов дыхания / Л. А. Горбач // Белорусский медицинский журнал. — 2002. — № 1. — С. 43–46.
2. Гурылева, М. Э. Характеристика качества жизни больных туберкулезом органов дыхания при амбулаторном режиме лечения / М. Э. Гурылева, О. И. Герасимова // Проблемы туберкулеза. — 2002. — № 8. — С. 10–12.
3. Сравнительная оценка качества жизни больных хроническими обструктивными заболеваниями легких / Н. Ю. Сенкевич [и др.] // Международный журнал по иммунореабилитации. — 1997. — № 7. — С. 166.
4. SF-36 Health Survey. Manual and interpretation guide / J. E. Ware [et al.] // The Health Institute, New England Medical Center. — Boston, Mass, 1993.

**УДК 616-002.5:616.98:578.828НIV**

### **ТУБЕРКУЛЕЗ У ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ ДЕТЕЙ**

**Буйневич И. В., Белян Ж. Е., Горбачева В. А.**

**Учреждение образования**

**«Гомельский государственный медицинский университет»**

**Учреждение здравоохранения**

**«Гомельская областная туберкулезная клиническая больница»**

**г. Гомель, Республика Беларусь**

ВИЧ-инфекция относится к наиболее важным из факторов риска развития туберкулеза. Если опасность заболевания туберкулезом на протяжении всей жизни ВИЧ-отрицательных лиц колеблется от 5 до 10 %, то у ВИЧ-положительных пациентов ежегодный риск развития выраженных форм составляет 8 % [4]. Туберкулез является самой серьезной инфекцией у ВИЧ-инфицированных и частой причиной их смерти [2, 4, 5]. Современная неблагополучная ситуация по ВИЧ-инфицированию способствует распространению туберкулеза и увеличивает риск заболевания туберкулезом для всего населения. В регионах с высокой распространенностью туберкулеза эта инфекция часто встречается у ВИЧ-инфицированных детей [1].

Распространенность ВИЧ-инфекции в Гомельской области среди детей в последние годы возросла в несколько раз. Если в 2005 г. детей с диагнозом «ВИЧ-инфекция» было 19, то в 2010 г. их число увеличилось до 101. Всего в области родилось 939 детей от ВИЧ-инфицированных матерей.

Спектр оппортунистических инфекций у ВИЧ-инфицированных детей практически такой же, как и у взрослых, за исключением того, что отличается показатель вероятности их возникновения [3]. Многие тяжелые оппортунистические инфекции, входящие в перечень диагностических критериев СПИДа, у детей обычно являются результатом первично-

го заражения, а не реактивации ранее перенесенной инфекции (что характерно для взрослых). К ним относят помимо цитомегаловирусной инфекции, токсоплазмоза, пневмоцистной пневмонии и туберкулез [1]. При первичной инфекции клинические проявления могут различаться в зависимости от возраста и состояния иммунной системы. Туберкулез у ВИЧ-инфицированных детей протекает более тяжело, чем в отсутствие ВИЧ, а диагностика осложняется из-за того, что существует целый ряд заболеваний, связанных с ВИЧ-инфекцией, которые могут проявляться одинаковой клинической картиной [3, 5]. Кроме того, туберкулинодиагностика становится ненадежной. Отрицательные результаты могут иметь место у ребенка с подавленным иммунитетом даже при наличии активного туберкулеза [5]. Опубликованные данные о ВИЧ-инфицированных детях с туберкулезом представлены в основном описанием единичных или немногочисленных случаев.

Случаи туберкулеза у ВИЧ-инфицированных детей в Гомельской области начали регистрировать в 2006 г. За период с 2006 по 2010 гг. мы наблюдали 4 случая сочетанной инфекции. Фтизиатры и инфекционисты столкнулись с проблемой диагностики туберкулеза у ВИЧ-инфицированных детей: не имеется специфических клинических признаков, подтверждающих туберкулезную природу заболевания, нет четких диагностических критериев.

#### ***Цель исследования***

Изучение клинических особенностей туберкулеза у ВИЧ-инфицированных детей.

#### ***Материалы и методы***

Объектом исследования явились дети с сочетанной патологией ВИЧ-туберкулез, проживающие на территории Гомельской области (4 случая).

Мы проанализировали медицинскую документацию больных, были исследованы социальные показатели, особенности клинического течения туберкулеза, варианты исходов туберкулезного процесса. Туберкулез диагностировали по клинико-рентгенологическим, микробиологическим и анамнестическим данным.

#### ***Результаты и обсуждение***

Все дети были в возрасте от 2 до 9 лет. Мальчиков 2 и девочек 2. Все рождены от ВИЧ-инфицированных матерей (вертикальный путь передачи инфекции). Антиретровирусную терапию на момент диагностики туберкулеза не получали. При изучении социального статуса семей, установлено, что 1 ребенок был круглой сиротой и жил на попечении родственников (родители умерли от сочетанной патологии ВИЧ-туберкулез). Остальные 3 детей жили в неполных семьях (отец отсутствовал).

Достоверно установить наличие контакта с больным туберкулезом удалось только у 1 ребенка. Все дети при рождении были привиты против туберкулеза вакциной БЦЖ и имели поствакцинальный рубчик размером более 4 мм.

Развитие туберкулеза в 1 случае произошло на стадии ВИЧ-инфекции С<sub>2</sub>, в остальных случаях — С<sub>3</sub>. Туберкулиновые реакции Манту во всех случаях были отрицательными. В целом клинические черты туберкулеза у ВИЧ-инфицированных детей и у детей с сохранным иммунитетом похожи, однако, у первых заболевание протекает более остро. У 3 детей мы наблюдали развитие туберкулеза органов дыхания (2 случая — первичный туберкулезный комплекс и 1 случай — диссеминированный туберкулез легких). У 1 ребенка диагностировали туберкулез периферических лимфатических узлов. Туберкулез органов дыхания сопровождался двусторонним увеличением внутригрудных лимфатических узлов. Бактериовыделение для детского туберкулеза не характерно. У 1 ребенка были обнаружены микобактерии (методом микроскопии мазка мокроты) как свидетельство более тяжелого течения сочетанной патологии.

Все дети получали противотуберкулезную химиотерапию. 1 ребенок умер до начала специфического лечения. Остальные 3 с туберкулезом органов дыхания хорошо переносили лечение. Удалось добиться излечения туберкулеза. В настоящее время эти дети наблюдаются фтизиатрами по III-б группе (клинически излеченный туберкулез органов дыхания).

### **Выводы**

1. В последние годы в Гомельской области увеличилось количество ВИЧ-инфицированных детей. В перечень оппортунистических инфекций при СПИДе входит туберкулез. ВИЧ-инфекция делает диагностику туберкулеза у детей еще более трудной, чем обычно.

2. Все дети с сочетанной патологией были инфицированы перинатально. Проживали в социально неблагополучных семьях.

3. Туберкулез развился на стадиях ВИЧ-инфекции С2-С3. Туберкулез органов дыхания сопровождался двусторонним увеличением внутригрудных лимфатических узлов, формированием легочных инфильтратов и диссеминацией.

4. Дети с сочетанной патологией хорошо переносили противотуберкулезное лечение. В 3-х случаях удалось добиться клинического излечения туберкулеза.

### **ЛИТЕРАТУРА**

1. Павия, Э. ВИЧ-инфекция у детей; Модуль ГАЛЕН № 10 / Э. Павия, Х. Зар. IAPAC, 2005. — 75 с. Доступно на сайте: [www.eurasiahealth.org](http://www.eurasiahealth.org).

2. Рахманова, А. Г. ВИЧ-инфекция у детей. / А. Г. Рахманова, Е. Е. Воронин, Ю. А. Фомин. — СПб.: Питер, 2003. — 448 с.

3. Руководство по оказанию помощи ВИЧ-инфицированным детям / под ред. С. Зайхнера и Д. Рид. Библиотека инфосети «Здоровье Евразии», 2006. — 784 с. Доступно на сайте: [www.eurasiahealth.org](http://www.eurasiahealth.org).

4. Туберкулез: патогенез, защита, контроль / под ред. Б. Р. Блума; пер. с англ. М. А. Карачунского. — М.: Медицина, 2002. — 678 с.

5. Харрис, Э. ТБ/ВИЧ; клиническое руководство / Э. Д. Харрис, Д. Махер, С. Грэхем. — ВОЗ, 2006. — 224 с.

**УДК 796.071.2-057.875**

## **ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ОРГАНИЗАЦИИ И КОНТРОЛЯ УЧЕБНОГО ПРОЦЕССА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ РЕЙТИНГ-СИСТЕМЫ**

**Василец А. Н., Мартьянов С. А., Поливач А. Н.**

**Учреждение образования**

**«Гомельский государственный медицинский университет»,**

**г. Гомель, Республика Беларусь**

### **Введение**

Образовательный процесс по дисциплине «Физическая культура» главной целью предполагает формирование культуры личности студентов, достижение физического совершенства. Важнейшим условием определения учебного процесса, качества обучения, является информация об уровне состояния здоровья и физической подготовленности студентов. Для отбора и комплектования учебных групп, обеспечения четкой организации и контроля учебного процесса, максимальной активизации работы студентов на занятиях, коллективом кафедры физического воспитания и спорта ГГМУ была разработана формула рейтинга студентов, включающая в себя данные об уровне физической подготовленности (контрольные тесты), функциональной подготовленности сердечно-сосудистой системы (проба Мартине) и влияние посещений занятий на уровень физического развития.

### **Цель**

Определение эффективности организации и контроля учебного процесса с использованием рейтинг-системы.

### **Методы исследования**

Анализ научно-методической литературы, проведение рейтинг-оценки в группах, математическая обработка полученных результатов методом одномерного статистического анализа.

### **Результаты**

Практически оправдано получать информацию о физическом здоровье студентов на основе числовых значений (количественных) показателей, которые были бы доступны для каждого преподавателя и студента.

По результатам обследования, проведения анализа студентов, после 1 курса в формуле рейтинга студентов появились изменения: