

ни гипертонического криза), запор, ортостатическая гипотензия, брадикардия, боли в мышцах, аллергические реакции и др. У метилдопы тоже много побочных реакций — сонливость, астения, головные боли, боли в суставах, изредка — нарушения со стороны крови (гемолитическая анемия и гранулоцитопения), печени (желтуха, крайне редко — некроз печени) и др. [5, 6, 7].

Клонидин (клофелин) не является препаратом выбора для лечения АГ. Его применение обосновано лишь в некоторых случаях, а именно, у пациентов с неконтролируемой иными лекарственными средствами АГ в составе комбинированной терапии или же для купирования неосложненного гипертонического криза. С одной стороны, высокая популярность клонидина может просто отражать тот факт, что среди больных, вызывающих скорую медицинскую помощь, большой процент пациентов с неконтролируемой артериальной гипертензией. С другой стороны, одной из причин этого факта, возможно, и является недостаточно частое применение  $\beta$ -адреноблокаторов БАБ [5, 7].

### **Выводы**

Полученные результаты целесообразно использовать практикующим врачам при индивидуальной профилактической работе с пациентами.

### **ЛИТЕРАТУРА**

1. Оценка безопасности лекарственной терапии в клинической практике / М. Н. Костылева [и др.] // Фармакоэкономика. — 2014. — Т. 7, № 1. — С. 26–31.
2. [http: www.who.int](http://www.who.int).
3. Синькова, Г. М. Фармакоэпидемиология артериальной гипертензии в Иркутской области / Г. М. Синькова, А. В. Синьков // Сибирский медицинский журнал. — 2011. — № 4. — С. 39–41.
4. Мамчиц, Л. П. Фармакоэпидемиологические исследования артериальной гипертензии в Гомельской области / Л. П. Мамчиц // Актуальные проблемы медицины: сб. науч. ст. Республиканской науч.-практ. конф. и 24-й итоговой науч. сессии Гомельского государственного медицинского университета (Гомель, 5 ноя. 2015 г.). — Гомель, 2016. — В печати.
5. Фармакоэпидемиологическая и фармакоэкономическая оценка лечения артериальной гипертензии: монография / В. П. Вдовиченко. — Гродно: ГрГМУ, 2012. — 344 с.
6. Жарко, В. И. Антигипертензивная терапия врачей и их пациентов / В. И. Жарко, В. П. Подпалов // Артериальная гипертензия в аспекте решения проблемы демографической безопасности: сб. матер. V междунар. конф. — Витебск, 2009. — С. 4–7.
7. Эйдельман, С. Е. Фармакоэпидемиология артериальной гипертензии в Санкт-Петербурге на примере Петроградского района / С. Е. Эйдельман // Артер. гипертензия. — 2002. — Т. 8, № 6. — С. 212–216.

**УДК 616-002.5-053.2**

## **ТУБЕРКУЛЕЗ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА**

*Старостина Е. В.*

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

**Учреждение образования**

**«Гомельский государственный медицинский университет»**

**г. Гомель, Республика Беларусь**

### **Введение**

Распространенность детского туберкулеза в мире неизвестна, т.к. имеет место гиподиагностика, недостаток диагностических методов и средств [1]. Согласно математической модели, предложенной Peter J. Dodd et al., в 2010 г. в мире выявлено всего 35 % случаев туберкулеза у детей [2]. Прогнозируемая доля детского туберкулеза от 4 до 21 %. Большинство случаев детского туберкулеза регистрируется в 22-х странах с высоким бременем туберкулеза.

Диагноз туберкулеза у детей является сложной задачей, особенно у детей до 5 лет, которые наиболее подвержены риску заболевания и неблагоприятных исходов. У детей наблюдается широкий спектр проявлений болезни, известный отечественным фтизиатрам как «маски туберкулеза». Методы лабораторной диагностики не всегда работают в направлении детского туберкулеза. У детей туберкулез органов дыхания, как правило, представлен первичными формами, при которых микобактерии туберкулеза (МБТ) почти никогда не

выделяются в связи с особенностями патогенеза. Кроме того, достаточно сложно получить материал для лабораторного исследования.

В настоящее время эпидемиологическая ситуация по туберкулезу в Республике Беларусь характеризуется как стабильная и контролируемая. Но при этом сохраняется высокий уровень распространенности туберкулеза, наблюдается рост количества случаев мультирезистентного (МЛУ-ТБ) и ВИЧ-ассоциированного туберкулеза [3]. Кроме того, случаи заболевания туберкулезом детей демонстрируют неблагоприятное положение региона по туберкулезу. На протяжении многих лет самые плохие показатели регистрируются в Гомельской области.

#### **Цель**

Изучить особенности туберкулеза у детей раннего возраста в Гомельской области.

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

Проанализированы 45 случаев заболевания туберкулезом детей в Гомельской области. Все дети были в возрасте от 1 года до 5 лет (1 год — 2 %, 2 года — 18 %, 3 года — 24 %, 4 года — 27 %, 5 лет — 29 %), средний возраст составил  $3,62 \pm 1,14$  лет. В половой структуре заболеваемости туберкулезом преобладают мужчины, но у детей половых различий не наблюдается, заболеваемость туберкулезом практически одинакова (мальчики — 60 %, девочки — 40 %). Городских жителей было 31 (68,8 %) человек, и всего 14 (31,2 %) сельских жителей. Эти различия связаны с доступностью медицинской помощи. Всем для подтверждения диагноза туберкулеза были проведены общепринятые исследования (расспрос, уточнение тубконтакта, общеклиническое обследование, туберкулинодиагностика, рентгенография органов грудной клетки, микробиологическое исследование мокроты).

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

Установлено, что в структуре заболевания присутствуют только первичные формы туберкулеза. При этом классический первичный туберкулезный комплекс развился только у 1 (2,2 %) ребенка из семейного очага туберкулезной инфекции. Туберкулезная интоксикация диагностирована у 4 (8,8 %) человек. Использование компьютерной томографии в последние годы для диагностики туберкулеза у детей привело к исчезновению этой клинической формы. Самая частая форма туберкулеза представлена туберкулезом внутригрудных лимфатических узлов — 26 (57,8 %) пациентов. Внегочные формы туберкулеза составили 31,1 % (14 детей). Представлены были поражением костей и суставов, периферических лимфоузлов, почек.

Все случаи заболевания произошли в период выража туберкулиновых проб. Средний размер реакции Манту —  $14,2 \pm 3,71$  мм.

Ведущим фактором риска развития туберкулеза у детей раннего возраста является отсутствие прививки БЦЖ. По нашим данным только 3 (6,6 %) человека не были привиты против туберкулеза.

Чаще всего дети заболевают, находясь в туберкулезном контакте с близкими родственниками. Семейный контакт установлен у 15 (33 %) человек. Безусловно, это плохая работа с выявлением тубконтактов, так как развитие туберкулеза у детей всегда связано с экзогенной инфекцией.

В нашей стране существует четкая специализация мероприятий выявления туберкулеза. Действует система скринингового обследования для выявления туберкулеза, врачи должны быть ознакомлены с алгоритмом диагностики туберкулеза у детей, знать симптомы этого заболевания. По нашим данным было выявлено при обращении с различными жалобами 26 (57,8 %) человек, по результатам туберкулинодиагностики — 12 (26,6 %), при первичном обследовании контактов — 4 (8,8 %), т. е. одновременно с выявлением туберкулеза у взрослого, при наблюдении за контактами — 3 (6,6 %). Таким образом, только четверть детей выявлена с использованием скрининговых методов. А случаи заболевания детей во время наблюдения за ними как за контактными лицами свидетельствует о недостаточной профилактической работе в очагах туберкулезной инфекции.

Согласно рекомендациям американских фтизиопедиатров [4], подтвержденным диагнозом туберкулеза у детей считается при обнаружении микобактерий туберкулеза. Из 45-ти

заболевших детей ни у одного микобактерии не были обнаружены. Диагноз был установлен на основании анамнестических, клинических и рентгенологических изменений.

### **Выводы**

Туберкулез у детей раннего возраста протекает в виде первичных форм, на фоне выража туберкулиновых реакций, без бактериовыделения.

Большинство детей заболевают в результате экзогенного инфицирования, находясь в контакте с больным туберкулезом взрослым человеком.

Установлен низкий уровень выявления туберкулеза при помощи туберкулинодиагностики.

### **ЛИТЕРАТУРА**

1. Childhood tuberculosis: progress requires an advocacy strategy now / A. Sandgren [et al.] // Eur. Respir. J. — 2012. — Vol. 40. — P. 294–297.
2. Burden of childhood tuberculosis in 22 high-burden counties: a mathematical modeling study / P. J. Dodd [et al.] // Lancet. — 2014. — Vol. 2. — P. 453–459.
3. Эффективные пути решения проблемы туберкулеза с множественной лекарственной устойчивостью в Республике Беларусь / Е. М. Скрыгина [и др.] // Туб. и болезни легких. — 2014. — № 3. — С. 18–23.
4. Clinical case definitions for classification of intrathoracic tuberculosis in children: an update / S. M. Graham [et al.] // Clin. Infect. Dis. — 2015. — Vol. 61(3). — P. 179–187.

**УДК 616.12-008.331.1-084.-057.874**

## **ПРОФИЛАКТИКА АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У ПОДРОСТКОВ**

*Стельмах А. В., Крук С. Ю.*

**Научный руководитель: к.м.н., доцент Т. А. Лашковская**

**Учреждение образования**

**«Гродненский государственный медицинский университет»**

**г. Гродно, Республика Беларусь**

### **Введение**

Артериальная гипертензия (АГ) является одной из важнейших социально-экономических и медицинских проблем, оставаясь главным фактором риска ишемической болезни сердца, инфарктов миокарда и острых нарушений мозгового кровообращения у взрослых [1]. Многочисленными клиническими и эпидемиологическими исследованиями установлено, что «источки» АГ взрослых находятся в детском и подростковом возрасте [2, 4].

Артериальная гипертензия регистрируется от 4 до 18 % детей в зависимости от возрастной группы и выбранных критериев диагностики. Установлено, что у каждого третьего пациента с повышенным артериальным давлением в детском возрасте в последующем гипертензия приобретает прогрессирующее течение [3].

Проблема профилактики АГ у школьников занимает одно из первых мест в детской кардиологии.

### **Цель**

Выявление факторов риска АГ у подростков для ранней профилактики данного заболевания.

### **Материал и методы исследования**

Проанализированы 164 медицинские карты стационарных больных, находящихся на лечении в 5 отделении УО «Гродненская детская клиническая больница» с 2012 по 2015 гг. в возрасте от 10 до 17 лет (средний возраст —  $15,1 \pm 1,4$ ), которым после полного клинико-инструментального исследования был выставлен диагноз АГ. Проведен опрос и анкетирование подростков с данным заболеванием для выявления факторов риска.

Всем детям для верификации диагноза первичной АГ, выявления факторов риска и исключения симптоматической (вторичной) АГ было проведено обследование, включающее тщательный сбор анамнеза и родословной, электрокардиографию, доплер-эхокардиографию, суточное мониторирование АД, исследование variability сердечного ритма, нагрузочные пробы. Ультразвуковое исследование почек, щитовидной железы, надпочечников — всем детям; МРТ надпочечников и гипофиза — по показаниям. Биохимическое исследова-