

крыс с перитонитом и введением метилового эфира N $\omega$ -нитро-L-аргинина может быть связано с ингибированием изоформы NO-синтазы, индуцируемой бактериальными антигенами и провоспалительными цитокинами, что приводит к уменьшению продукции NO, принимающего участие в осуществлении «респираторного взрыва» при фагоцитозе. Полученные результаты могут свидетельствовать о недостаточности бактерицидной системы перитонеальных лейкоцитов и супрессии локального иммунного ответа в условиях введения неселективного ингибитора NO-синтазной активности L-NAME при экспериментальном перитоните.

#### Литература

1. Гусаковская, Э.В. Альтернативность выбора адекватного способа моделирования перитонита в эксперименте / Э.В. Гусаковская, Н.Е. Максимович // Новости медико-биологических наук. – 2018. – Т. 17, № 2. – С.73–78.
2. Кузнецова, В.Л. Оксид азота: свойства, биологическая роль, механизмы действия / В.Л. Кузнецова, А.Г. Соловьева // Современные проблемы науки и образования. – 2015. – № 4. – URL: <http://science-education.ru/ru/article/view?id=21037> (23.09.2020).
3. Critchlow, D.E. Communications in statistics: theory and methods / D.E. Critchlow, M.A. Fligner // Mathematics. – 1991. – Т. 20, № 1. – С.127-139.

## КЛИНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ТУБЕРКУЛЕЗА У ЖЕНЩИН ГРОДНЕНСКОЙ ОБЛАСТИ

*Демидик С.Н., Вольф С.Б., Алексо Е.Н.*

*Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь  
Кафедра фтизиопульмонологии*

**Актуальность.** По данным ВОЗ ежегодно в мире туберкулезом болеет около 3-х миллионов женщин. Туберкулез является одной из ведущих причин смерти женщин репродуктивного возраста. В 2018 году в Республике Беларусь среди всех случаев выявленного туберкулеза 26% составили женщины [2].

Активная туберкулезная инфекция в организме женщины негативно влияет на ее репродуктивную систему [3]. В структуре трубного бесплодия туберкулез гениталий составляет 10-28% [1].

**Цель:** Провести анализ клинических характеристик туберкулеза у женщин Гродненской области.

**Материал и методы исследования.** Материал для исследования – данные медицинских карт стационарных пациенток с туберкулезом легких, находившихся на лечении в ГОКЦ «Фтизиатрия» в период 2011-2017 гг. Объект исследования – 203 пациентки с туберкулезом легких, которые на основании полученных результатов тестов по определению лекарственной чувствительности МБТ к противотуберкулезным лекарственным средствам (ПТЛС) были разделены на две группы:

– 1-я группа: с устойчивостью к рифампицину (РУ-ТБ), при наличии устойчивости к другим ПТЛС. В группу включены пациентки с множественной и широкой лекарственной устойчивостью; n=114;

– 2-я группа: с сохраненной лекарственной чувствительностью МБТ к ПТЛС (ЛЧ-ТБ); n=89.

**Результаты.** При анализе возрастного состава пациенток групп с РУ-ТБ и ЛЧ-ТБ установлено, в 1-й группе значимо чаще наблюдались женщины в возрасте от 40 до 49 лет ( $p=0,03$ ), напротив во 2-ю группу чаще входили женщины в возрасте старше 60 лет ( $p<0,01$ ). Отмечено, что в 1-й группе, по сравнению со 2-й значимо чаще были женщины репродуктивного и работоспособного возраста ( $p<0,01$ ). При поступлении в клинику у 16 (14,1%) пациенток 1-й группы с РУ-ТБ был подтвержден фиброзно-кавернозный туберкулез, тогда как во 2-й группе данная форма заболевания наблюдалась лишь в 1-м случае, ( $p<0,01$ ). Одновременно, у пациенток обеих групп с одинаковой частотой диагностирована очаговая, инфильтративная, диссеминированная форма туберкулеза легких, туберкулема легких, казеозная пневмония.

Наличие деструкции в легочной ткани значимо чаще подтверждено у пациенток 1-й группы, что составило 58,8%, против 38,2% во 2-й группе ( $p<0,05$ ). Отмечено, что у пациенток обеих групп при поступлении в клинику чаще диагностировались распространенные формы заболевания: у 72 (63,2%) и 46 (51,7%) пациенток, соответственно, в 1-й и 2-й группах ( $p>0,05$ ). В группе женщин с РУ-ТБ значимо чаще встречались пациентки, ранее получавшие лечение ПТЛС, – 75 (65,8%), тогда как в группе ЛЧ-ТБ проходившие ранее терапию составили 24 (27,0%) случая, ( $p<0,01$ ).

При обследовании женщин с туберкулезом легких, установлено, что в обеих сравниваемых группах отмечается высокая частота наличия факторов риска: 81,6% и 91,0%, соответственно в 1-й и 2-й группе, ( $p>0,05$ ). Среди пациенток с факторами риска развития туберкулеза в обеих группах преобладали женщины злоупотребляющие алкоголем, следует отметить, что в группе «РУ-ТБ» доля пациенток с синдромом зависимости от алкоголя составила 42,1%, против 25,7% в группе ЛЧ-ТБ, ( $p<0,05$ ). Пациентки с ВИЧ-позитивным статусом составила 5,3% и 5,6%, соответственно, в 1-й и 2-й группе, ( $p>0,05$ ).

Анализ социального статуса показал, что в сравниваемых группах, несмотря на высокий процент женщин работоспособного возраста, доля работающих составила лишь 40,4% и 37,1% ( $>0,05$ ), соответственно, в 1-й и 2-й группах. Отмечено, что среди не работающих пациенток в 1-й группе (РУ-ТБ) значимо чаще были женщины с установленной на момент госпитализации группой инвалидности – 13,1%, тогда как во 2-й группе стойкая нетрудоспособность установлена у 3,4% пациенток, ( $p<0,05$ ). В то же время, в группе пациенток с ЛЧ-ТБ было больше женщин-пенсионеров, доля которых составила 25,8%, против 13,1% в группе РУ-ТБ, ( $p<0,05$ ).

#### **Выводы:**

1. Туберкулез у женщин представляет медицинскую и социальную проблему.

2. Среди женщин с туберкулезом легких преобладают пациентки работоспособного и репродуктивного возраста, не работающие, с распространенными формами туберкулеза легких, с наличием отягощающих факторов риска развития туберкулеза (среди которых чаще других установлено злоупотребление алкоголем).

3. Установлено, что среди пациенток с РУ-ТБ, по сравнению с имеющими лекарственно-чувствительную форму заболевания, значимо чаще были: лица в возрасте 40-49 лет, репродуктивного и работоспособного возраста, ранее лечившиеся от туберкулеза, с синдромом зависимости от алкоголя, значимо выше в структуре клинических форм встречался фиброзно-кавернозный туберкулез легких.

### Литература

1. Великая, О. В. Медико-социальные аспекты туберкулеза женского населения Воронежской области / О. В. Великая, А. В. Акулова, С. И. Каюкова // Туберкулёз и болезни лёгких. – 2017. – Т. 95, №7. – С. 24–28.

2. Всемирная организация здравоохранения [Электронный ресурс]. – Режим доступа: [http://extranet.who.int/sree/Reports?op=Replet&name=/WHO\\_HQ\\_Reports/G2/PROD/EXT/TBCountryProfile&ISO2=BY&outtype=html&LAN=RU](http://extranet.who.int/sree/Reports?op=Replet&name=/WHO_HQ_Reports/G2/PROD/EXT/TBCountryProfile&ISO2=BY&outtype=html&LAN=RU). – Дата доступа: 11.11.2019.

3. Диагностика репродуктивных нарушений у женщин, больных туберкулезом органов дыхания / С. И. Каюкова [и др.] // Туберкулёз и болезни лёгких. – 2014. – № 2. – С. 15–18.

## МИКРОБИОЛОГИЧЕСКИЙ МОНИТОРИНГ В ОТДЕЛЕНИИ НОВОРОЖДЕННЫХ УЗ «ГОКПЦ»

*Зверко В.Л., Пальцева А.И., Сеница Л.Н., Пономаренко С.М., Янович Р.Р.*

*Гродненский областной клинический перинатальный центр, Беларусь  
Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь  
Гродненская университетская клиника, Беларусь*

**Актуальность.** Одним из основных инструментов профилактики инфекционно-воспалительных заболеваний у новорожденных в неонатальных отделениях является микробиологический мониторинг, главным объектом исследования которого, до недавнего времени, были объекты внутрибольничной среды. С 90-х годов прошлого столетия внимание исследователей обращено на пациента, как на основной источник персистирующих в стационаре госпитальных штаммов микроорганизмов [1]. Колонизация новорожденных детей различными микроорганизмами является естественным физиологическим процессом, в результате которого формируется нормальная микрофлора и происходит становление защитных свойств организма ребенка. Однако, в процессе ранней неонатальной адаптации возможна транслокация микроорганизмов через защитные барьеры с последующим формированием очагов инфекционного процесса.