

уровни мощности дозы гамма-излучения в Минске, Бресте, Витебске и Гродно составляют 0,10 мкЗв/час, в Гомеле и Могилеве – 0,11 мкЗв/час, что соответствует установившимся многолетним значениям. На территориях, загрязненных в результате катастрофы на ЧАЭС, в пунктах наблюдения радиационного мониторинга повышенные уровни мощности доз, как и прежде, сохранялись в городах Брагин и Славгород, соответственно 0,47 мкЗв/час и 0,18 мкЗв/час. На остальной территории РБ уровни мощности доз составляли от 0,10 до 0,12 мкЗв/ч [2].

Установлено, что среднее значение суммарной бета-активности не превышало многолетних значений, однако максимальные среднемесячные значения суммарной бета-активности регистрировались в Мстиславле в январе, феврале, и в Костюковичах в марте, соответственно 2,5 Бк/м<sup>2</sup>сутки, 2,8 Бк/м<sup>2</sup>сутки и 2,4 Бк/м<sup>2</sup>сутки.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Радиобиология: медико-экологические проблемы : [монография] / С. А. Маскевич [и др.] ; ред. С. А. Маскевич ; рец.: Н. Г. Кручинский, И. Б. Заводник ; Учреждение образования «Международный государственный экологический институт имени А. Д. Сахарова» Белорусского государственного университета, Учреждение образования «Гродненский государственный медицинский университет». – Минск : ИВЦ Минфина, 2019. – 255 с.

2. Государственное учреждение «Республиканский центр по гидрометеорологии, контролю радиоактивного загрязнения и мониторингу окружающей среды» Минприроды Республики Беларусь РАДИАЦИОННАЯ ОБСТАНОВКА 1 КВ. 2023 [Электронный ресурс] – Режим доступа:<https://rad.org.by/articles/radiation/radiacionnaya-obstanovka-1-kv-2023.html> – Дата доступа: 14.10.2023.

## ЗНАЧЕНИЕ ОЧАГА ТУБЕРКУЛЁЗНОЙ ИНФЕКЦИИ В РАЗВИТИИ ЗАБОЛЕВАНИЯ

**Борисевич А. А.<sup>1</sup>, Мякишева Т. В.<sup>1</sup>, Трун Е. В.<sup>2</sup>**

ФГБОУ ВО "Смоленский государственный медицинский университет"  
Министерства Здравоохранения российской Федерации<sup>1</sup>,  
ОГБУЗ "Смоленский областной психоневрологический клинический  
диспансер"<sup>2</sup>

**Актуальность.** Поскольку основным фактором риска заболеваний детей служит контакт с больным туберкулезом, особенно внутрисемейный, крайне важно знать характеристики очага [1].

**Цель.** Сравнить группы детей из очагов туберкулезной инфекции с установленными локальными формами заболевания и с инфицированием микобактерией туберкулеза (МБТ), а также изучить характеристики очагов.

**Методы исследования.** Проведен ретроспективный анализ медицинской документации (ф 81/у и ф 003/у) 48 детей из очага туберкулезной инфекции в Смоленском ОПКД в 2022-2023гг. 1 группа – 24 человека с локальными формами туберкулеза, 2 группа – случайным образом выбранные 24 человека, инфицированные МБТ. Проанализированы: пол, возраст, место жительства, фтизиатрический анамнез, диспансерный учет, характеристика очагов, данные иммунологического обследования и химиопрофилактики. Статистическая обработка проведена программой R (version3.2.2) с расчетом точного критерия Фишера, достоверность различий при  $p < 0,05$ .

**Результаты и их обсуждение.** В 1 группе преобладали девочки – 13/24(54,2%), а во 2 – мальчики 14/24(58,3%). Медиана возраста в 1 группе 11[±5,16], а во 2 – 8[±3,68]. В 1 группе преобладали городские дети 15/24(62,5%), во 2 – сельские 18/24(75%) ( $p=0,008$ ). До заболевания 10/24(41,7%) детей 1 группы состояли на диспансерном учете (ДУ) в VIА группе, остальные 14/24(58,3%) не состояли. Во 2 группе на ДУ до инфицирования МБТ состояло 9/24(37,5%) детей по контакту, у 13/24(54,5%) контакт был выявлен после установления диагноза. На момент постановки на учет положительная проба Манту была у 24/24(100%) детей в 1 группе и у 23/24(95,8%) во 2; у 1/24(4,2%) ребенка из 2 группы была сомнительная проба. Гиперпроба наблюдалась у 7/24(29,2%) детей в 1 группе и у 4/24(16,7%) во 2, у остальных – нормергическая реакция. Положительная проба с аллергеном туберкулезным рекомбинантным (АТР) установлена у 24/24(100%) детей в 1 группе и у 21/24 (87,5%) во 2. Гиперергическая проба с АТР встречалась у 11/24(45,8%) и у 10/21(47,6%) детей соответственно. Очаги с лекарственной устойчивостью (ЛУ) у источника зарегистрированы достоверно чаще во 2 группе – 18/24(75%) против 11/24 (45,8%). Очаг с моно-ЛУ в 1 группе – 2/11(18,2%) против 4/18(22,2%), с поли-ЛУ – 1/11(9,01%) против 1/18(5,5%), со множественной ЛУ (МЛУ) – 8/11(72,7%) против 13/18(72,2%). В обеих группах преобладал одиночный контакт – 18/24(75%) и 22/24(91,7%) соответственно. Двойной контакт достоверно чаще зарегистрирован в 1 группе – 5/24(20,8%) против 0/24(0%) ( $p=0,0248$ ). Тройной контакт наблюдался только у 2/24(8,5%) во 2 группе. В обеих группах доминировал внутрисемейный контакт – по 17/24(70,8%); родственные контакты – у 4/24(16,7%) и 6/24(25%) соответственно; у 1/24(4,2%) во 2 группе зарегистрирован множественный контакт, а у 3/24(12,5%) из 1 группы – производственный контакт. Таким образом, постоянный контакт имел место у 21/24(87,5 %) против 23/24(95,8%), периодический – у 2/24(8,3%) против 0/24(0%) и случайный – у 1/24(4,2%) против 0/24(0%) соответственно. Химиопрофилактику (ХП) дети из 2 группы получали достоверно чаще, чем из 1 – 21/24(87,5%) против 8/24(33,3%), ( $p=0,0001$ ). Контролируемую ХП в стационаре или санатории принимали только дети из 2 группы 10/24(41,7%) ( $p=0,0003$ ).

**Выводы.** В обеих группах преобладали внутрисемейные контакты (по 70,8 %), преимущественно одиночные. В группе инфицированных МБТ преобладали дети из села, несмотря на то, что очаги с ЛУ установлены чаще

(75% против 45,8%), большинство детей данной группы получали ХП (87,5%), причем 41,7% – под контролем. В группе заболевших из контакта отмечено преобладание детей из города, 58,3% из них не наблюдались у фтизиатра при инфицировании, контакт был выявлен после установления диагноза туберкулез; двойной контакт встречался достоверно чаще, а химиопрофилактику получали только 33,3%, причем неконтролируемо.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Аксенова, В.А., Клевно, Н.И., Кавтарашвили, С.М. Очаг туберкулезной инфекции и его значение в развитии туберкулеза у детей. // Туберкулез и болезни легких. -2015; том (1). – 19-24 с.

## РОЛЬ БЕССИМПТОМНОЙ ГИПЕРУРИКЕМИИ, ГЕНОТИПОВ ГЕНА SLC2A9 В РАЗВИТИИ НЕБЛАГОПРИЯТНЫХ СЕРДЕЧНОСОСУДИСТЫХ СОБЫТИЙ У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ

Борисенко Т. Л.<sup>1</sup>, Горчакова О. В.<sup>1</sup>, Копыцкий А. В.<sup>1</sup>,  
Лучко В. С.<sup>2</sup>

УО "Гродненский государственный медицинский университет"<sup>1</sup>,  
УЗ "Гродненская университетская клиника"<sup>2</sup>

Научный руководитель: д-р мед. наук, проф. Снежицкий В. А.

**Актуальность.** За последние десятилетия распространенность бессимптомной гиперурикемии (ГУ) существенно увеличилась во всем мире [1]. Примечательно, что наблюдается рост не только бессимптомной, но и клинически манифестной ГУ [2]. Показано, что уровень мочевой кислоты (МК) регулирует многочисленные молекулярные сигналы. ГУ связана с активацией системного воспаления, окислительным стрессом, инсулинорезистентностью, эндотелиальной дисфункцией, активацией ренин-ангиотензин-альдостероновой системы, тем самым влияя на прогрессирование и прогноз сердечно-сосудистых заболеваний, включая артериальную гипертензию (АГ) и фибрилляцию предсердий (ФП) [3]. Исследования последних лет обосновали важную роль генетических факторов при ГУ. Результаты исследований свидетельствуют о тесной взаимосвязи носительства гена SLC2A9 и