

ким образом, преодоление демографического кризиса - задача, решение которой вполне осуществимо в течение нескольких лет.

ЛИТЕРАТУРА

1. Азарова, Е.Г. Право и защита семьи государством / Е.Г. Азарова и др. // – М.: Наука, 2010. – 213с.
2. Замурий, Т.В. Программа государственной поддержки многодетных семей в Российской Федерации на 2008-2015 годы / Т.В. Замурий, Г.И. Климангов, И.Д. Горшков // Молодая семья в контексте развития региональной семейной политики: материалы V Междунар. Конгр. «Росс. Семья». – Москва, 2008. – С. 159-162
3. Налоговый кодекс Республики Беларусь от 29.12.2009 №71-З (ред. 31.12.2013) / Нац. центр правовой информации РБ. – Минск, 2014.
4. Нара-Мандып, А.В. Особенности социальной работы с многодетными семьями: автореф. дис. канд. пед. наук: 13.00.01. / А.В. Нара-Мандып, МОиН РФ ФГБОУ ВПО «Тувинский государственный университет». – Кызыл, 2015. – 41с.
5. Холостова, Е.И. Семьеведение: учебник для бакалавров / Е.И. Холостова, О.Г Прохорова, Е.М Черняк // М.: Издательство Юрайт, 2013. – 403с.

ВИЧ-ИНФЕКЦИЯ У ЖЕНЩИН: ДЕМОГРАФИЯ, ЭПИДЕМИОЛОГИЯ, КЛИНИКА

Кашевник Т.И., Матиевская Н.В.

Гродненский государственный медицинский университет

Актуальность. Интенсивное распространение ВИЧ в нашей стране началось в 1996 году и было связано с вовлечением в эпидпроцесс наркопотребителей. В настоящее время инфекция распространяется среди благополучных по риску инфицирования слоев населения. Об этом свидетельствует увеличение случаев гетеросексуальной передачи ВИЧ, изменение соотношения мужчин и женщин среди вновь выявленных случаев, вовлечение в эпидпроцесс женщин активного репродуктивного возраста [1]. В Гродненской области уровень заболеваемости ВИЧ-инфекцией наименьший среди других регионов Республики Беларусь (69,1 на 100 тыс. населения, по РБ -176,9 на 100тыс.), однако количество ВИЧ-инфицированных продолжает расти. Женщины являются более уязвимыми в отношении инфицирования ВИЧ, формирования неблагоприятных исходов заболевания в силу ряда медико-биологических, социальных и психологических факто-

ров. Комплекс различных аспектов заболевания должен учитываться для оказания полноценной помощи женщинам, живущим с ВИЧ-инфекцией.

Цель исследования: установить особенности ВИЧ-инфекции у женщин, состоящих на диспансерном учете в консультативно-диспансерном кабинете УЗ «Гродненская областная инфекционная клиническая больница» (КДК УЗ «ГОИКБ»).

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ клинико-эпидемиологических данных 618 ВИЧ-инфицированных пациентов, состоящих на диспансерном учете в КДК УЗ «ГОИКБ» на 01.11.2016 г. Пациенты были разделены на группы по половому признаку: 1-я группа – 295 женщин, 2-я группа – 323 мужчины. Статистический анализ выполнен с использованием пакета «Statistica 6.0».

Результаты. Среди взятых в анализ 618 взрослых ВИЧ-инфицированных пациентов женщины составили 47,7% (295 пациентов), мужчины – 52,3% (323). Средний возраст пациентов в 1-й и 2-й группах наблюдения не различался достоверно: $38,2 \pm 10,0$ и $39,5 \pm 9,0$, $p > 0,05$. Возраст наиболее молодой женщины и мужчины составил 21 год, наиболее старший возраст среди женщин был 76 лет, среди мужчин – 74 года. Распределение пациентов в группах по возрасту на момент анализа и на момент постановки диагноза представлено в таблице 1.

Как видно из таблицы 1, наибольшее количество пациентов сосредоточено в 2-х возрастных категориях: 30-39 и 40-49 лет, в которые вошло 197 (66,8%) женщин и 240 (74,3%) мужчин. Установлено, что в наиболее молодой возрастной категории (20-29 лет) преобладали женщины ($p < 0,05$). Обращает на себя внимание отсутствие в обеих группах пациентов в возрастной категории 16-19 лет, что в целом является благоприятной тенденцией и указывает на эффективность противоэпидемических мероприятий в данной возрастной категории.

Таблица 1. – Распределение пациентов по возрасту

Возраст на момент анализа	Женщины, n=295	Мужчины, n=323	p*
20-29 лет	60 (20,3%)	39 (12,1%)	<0,05
30-39 лет	121 (41%)	141 (43,7%)	>0,05
40-49 лет	76 (25,8%)	99 (30,6%)	>0,05
50-59 лет	29 (9,8%)	34 (10,5%)	>0,05
60 лет и старше	9 (3,1%)	10 (3,1%)	>0,05
Возраст при установлении диагноза			
16-19 лет	13 (4,7%)	6 (1,9%)	<0,05
20-29 лет	117 (39,7%)	113 (35%)	>0,05
30-39 лет	91 (30,8%)	121 (37,4%)	>0,05
40-49 лет	43 (14,6%)	56 (17,3%)	>0,05
50-59 лет	24 (8,1%)	21 (6,5%)	>0,05
Старше 60 лет	7 (2,4%)	6 (1,9%)	>0,05

Примечание: * - Test χ^2

В то же время доля женщин, которым диагноз был установлен в юном возрасте 16-19 лет, более чем в 2 раза превышала долю мужчин в аналогичном возрасте ($p < 0,05$). Данный факт указывает, что среди пациентов молодого возраста до 19 лет женщины являются более уязвимой группой риска по инфицированию ВИЧ, чем мужчины. Пациенты старше 50 лет, состоящие на диспансерном учете, среди женщин составили 13%, среди мужчин – 13,6%. Возраст 50 лет и более при диагностике ВИЧ-инфекции был у 10,5% женщин и 8,4% мужчин. Длительность наблюдения ВИЧ-инфицированных пациентов в 1-й и 2-й группах составила: $4,76 \pm 4,30$ и $5,04 \pm 5,05$ лет соответственно ($p > 0,05$).

Распределение ВИЧ-инфицированных женщин и мужчин по путям инфицирования представлено в таблице 2.

Таблица 2 - Распределение ВИЧ-инфицированных женщин и мужчин по путям инфицирования

Путь инфицирования ВИЧ	Женщины, n=295	Мужчины, n=323	p*
ПИН	30 (10,2%)	81 (25,1%)	<0,05
Половой путь	234 (79,3%)	207 (64,1%)	>0,05
Не установлен	31 (10,5%)	35 (10,8%)	>0,05
Находились в МЛС	15 (5,1%)	50 (15,5%)	<0,05

Примечание: * - Test χ^2 ; МЛС – места лишения свободы; ПИН – потребитель инъекционных наркотиков

Как видно из таблицы 2, как среди женщин, так и среди мужчин, состоящих в настоящее время на учете, преобладающий путь передачи инфекции – половые гетеросексуальные контакты. Инфицирование при использовании парентеральных наркотиков среди мужчин встречается чаще в 2,5 раза, женщины в 3 раза реже находились в МЛС ($p < 0,05$), что указывает на более качественную социальную адаптацию ВИЧ-инфицированных женщин по сравнению с мужчинами ($p < 0,05$).

Клиническая характеристика ВИЧ-инфицированных пациентов в зависимости от пола представлена в таблице 3.

Таблица 3. – Клиническая характеристика пациентов в группах

Стадия ВИЧ-инфекции	Женщины, n= 295	Мужчины, n= 323	p*
АИ	158 (53,6%)	159 (49,2%)	$>0,05$
Пре-СПИД	83 (28,1%)	92 (28,5%)	$>0,05$
СПИД	54 (18,3%)	72 (22,3%)	$>0,05$
Ко-инфекция ВГС	68 (23,1%)	105 (32,5%)	$<0,05$
Ко-инфекция ВГС+В	1 (0,3%)	7 (2,2%)	$<0,05$
Ко-инфекция ВГВ	1 (0,3%)	1 (0,3%)	$>0,05$
Туберкулез	22 (7,5%)	41 (12,7%)	$<0,05$

Примечание: * - Test χ^2 ; ВГС- вирусный гепатит С; ВГС+В- вирусный гепатит С+В; АИ- асимптомная инфекция

Как видно из таблицы 3, не установлено различий в распределении женщин и мужчин по стадиям ВИЧ-инфекции. Ко-инфекции ВГС и ВГС, а так же наиболее распространенная тяжелая оппортунистическая инфекция - туберкулез реже встречались у женщин, чем у мужчин ($p < 0,05$).

Антиретровирусную терапию (АРТ) получает 169 (57,3%) женщин и 172 (53,3%) мужчин ($p > 0,05$), не установлено различий по срокам назначения и длительности получения АРТ в группах пациентов. Низкая приверженность к АРТ установлена у 22 (11,6%) женщин и 21 (10,6%) мужчины ($p > 0,05$).

Выводы. Среди состоящих на учете в настоящее время ВИЧ-инфицированных пациентов доля женщин составляет 47,7%. Среди пациентов молодого возраста до 29 лет женщин статистически достоверно больше, чем мужчин. ВИЧ-инфицированные женщины социально более адаптированы, чем мужчины, так как

среди них реже встречается парентеральный путь инфицирования ВИЧ, они реже находились в местах лишения свободы, реже болеют туберкулезом и парентеральными вирусными гепатитами. Необходимо усиление превентивных мер по передаче ВИЧ-инфекции в группе молодых женщин, дальнейшее изучение и разработка комплексного подхода к мониторингу ВИЧ-инфицированных женщин с учетом медико-биологических и социально-психологических факторов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Мелешко, Л.А. Эпидситуация по ВИЧ/СПИДу в Республике Беларусь / Л.А. Мелешко, С.В. Сергеенко // Медицинские знания. – 2006. – № 5. С. 6-8.

ИНОРОДНОЕ ТЕЛО БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ. 38 ЛЕТ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ.

Кеда В.В., Угляница К.Н., Каравай А.В., Муринов А.В., Богатыревич И.Ч.

*Гродненская областная клиническая больница,
Гродненский государственный медицинский университет*

Актуальность. Оставление хирургом инородного тела (corpus alienum) в брюшной полости относится к категории тяжелых ятрогенных травм с возможными негативными последствиями для пациентов. Публикации об оставленных во время операции инородных телах немногочисленны и чаще всего единичны, что связано как с редкостью таких случаев, так и, по понятным мотивам, врачи неохотно сообщают о подобных происшествиях.

У прооперированных пациентов инородные тела чаще всего забывают в брюшной полости, что составляет 0,16% наблюдений [1]. Среди забытых во время операций инородных тел в брюшной полости преобладают марлевые салфетки и шарики (52%) и инструменты (43%) [2, 3, 4]. Забытые во время операции марлевые салфетки и шарики в зарубежной литературе описываются как госсипибома (gossypiboma), текстилома (tex-tiloma) или коттоноид (cottonoid), чаще используется термин «госсипибома» [5].

Сроки визуализации инородных тел варьирует в широком диапазоне. В зависимости от величины, формы, физико-химических свойств, расположения, инфицированности, инород-