

явлениями диспанкреатизма. У 40,4% детей второй основной группы (23/57, 95% ДИ 27,6–54,2) ХГД протекали на фоне моторно-тонических нарушений сфинктерного аппарата пищеварительной трубки: гастроэзофагеального, дуоденогастрального рефлюксов, причем у значительной части выявляли сочетанные формы, в группе сравнения такие нарушения выявляли лишь в единичных случаях – 19,4% (7/36, 95% ДИ 8,2–36), $\chi^2=4,4$, $p=0,0357$.

Различные нарушения стула были практически у половины обследованных с выраженной ДСТ (запоры, дискинезия кишечника по типу чередования запоров с диареей) – 47,4% (27/57, 95% ДИ 34–61), против каждого четвертого ребенка без дисплазии (9/27, 95% ДИ 12,1–42,2) ($\chi^2=4,7$, $p=0,031$). При более детальном обследовании у большинства пациентов 81,4% (57/70, 95% ДИ 70,3–89,7) с запорами были найдены врожденные аномалии развития ЖКТ (долихосигма, долихоколон, птоз различных отделов толстого кишечника).

Выводы: Для пациентов с ХГД на фоне ДСТ характерно частое вовлечение в патологический процесс других органов ЖКТ (желчевыводящих путей, поджелудочной железы), $p=0,0021$. В группе детей с ХГД и выраженной ДСТ чаще встречались нарушения моторики кишечной трубки (23/57, 95% ДИ 27,6–54,2) $\chi^2=4,4$, $p=0,0357$, аномалии развития желчного пузыря – 66,7% (38/57, 95% ДИ 52,9–78,6) $\chi^2=6,9$, $p=0,0086$ и толстого кишечника – 38,6% (22/57, 95% ДИ 26–52,4) $p=0,0417$ по сравнению с группой сравнения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Дробышева, О. В. Функциональное состояние кардиального и пилорического сфинктеров, сфинктера Одди у детей с недифференцированной дисплазией соединительной ткани и при отсутствии дисплазии / О. В. Дробышева, О. К. Ботвиньев // РЖГГК. – 2009. – № 5. – С. 39–43.

2. Кадурина, Т. И. Дисплазия соединительной ткани : рук. для врачей / Т. И. Кадурина, В. Н. Горбунова. – Санкт-Петербург : ЭлбиСПб., 2009. – 704 с.

3. Connective tissue disorder – a new subgroup of boys with slow transit constipation? / D. J. Reilly [et al.] // J. Pediatr. Surg. – 2008. – Vol. 43, № 6. – P. 1111–1114. – doi: 10.1016/j.jpedsurg.2008.02.041.

4. Unexplained gastrointestinal symptoms and joint hypermobility: is connective tissue the missing link? / N. Zarate [et al.] // Neurogastroenterol. Motil. – 2010. – Vol. 22, № 3. – P. 252–278. – doi: 10.1111/j.1365-2982.2009.01421.x.

КОМОРБИДНОСТЬ ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ ЖЕНЩИН МОЛОДОГО И СТАРШЕГО ВОЗРАСТА

Кашевник Т.И., Матиевская Н.В.

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

Актуальность. Развитие эпидемии ВИЧ-инфекции в настоящее время строго ассоциируется с ростом доли женщин среди людей, живущих с ВИЧ. Так, по данным официальной статистики, доля женщин в структуре

зарегистрированных случаев ВИЧ-инфекции в Республике Беларусь к 1996 году составляла – 26,5% (300 случаев), к 2006 – 33,7% (2611 случаев), к 2016 – 40,5% (8039 случаев) [1]. Вместе с тем, современной демографической тенденцией людей, живущих с ВИЧ, являются рост доли пациентов старшей возрастной группы – 50 лет и более. Повышение продолжительности жизни при ВИЧ-инфекции сопровождается повышенной частотой несвязанных с ВИЧ сопутствующих заболеваний.

Цель исследования: представить частоту и структуру коморбидной патологии у женщин молодого и старшего возраста, живущих с ВИЧ.

Материалы и методы. Выполнен ретроспективный анализ медицинской документации (амбулаторные карты, истории болезни) 233 ВИЧ-инфицированных женщин, проживающих в Гродненском регионе Беларуси на 01.11.2017 г. В соответствии с возрастом пациентки были разделены на 2 группы: 1-я группа: женщины молодого возраста – до 40 лет, Me (ИКР) – 32,0 (29,0; 36,0) года – 195 (83,7%); 2-я группа: пациентки в возрасте 50 лет и старше Me (ИКР) – 56,0 (53,0; 59,0) лет – 38 (16,3%) человек. Антиретровирусную терапию получали в 1-й группе 138 (70,8%), во 2-й группе – 29 (76,3%). Стаж АРТ в 1-й группе составил – 32 (16; 52) месяца, во 2-й – 26(14; 47) месяцев. В группу контроля были включены 41 женщина в возрасте до 40 лет, Me (ИКР) – 28,0 (24,0; 34,5) лет и 32 женщины в возрасте 50 лет и старше, Me (ИКР) – 56,0 (53,0; 59,0) лет с отрицательным результатом обследования на ВИЧ методом ИФА. Статистический анализ выполнен с использованием пакета «Statistica 10.0», данные представлены как медиана (Me) и интерквартильный размах (ИКР).

Результаты. У большинства женщин в обеих группах исследования наблюдалась 1-я стадия ВИЧ-инфекции: 129/66,2% в 1-й группе и 20/52,6% во 2-й группе ($p>0,05$). Частота ко-инфекции парентеральными вирусными гепатитами в 1-й и 2-й группах: 54(27,7%) и 5 (13,2%), соответственно, $p>0,05$, частота туберкулеза: 11(5,6%) и 3 (7,9%), соответственно, $p>0,05$.

Коморбидность ВИЧ-инфицированных женщин в группах сравнения и контрольной группе представлена в таблице 1.

Как представлено в таблице 1, среди женщин, живущих с ВИЧ, коморбидность встречалась достоверно чаще у пациенток 2-й группы по сравнению с 1-й: 21(55,3%) и 51(26,2%), соответственно, ($p<0,05$). При этом у пациенток старшего возраста чаще, чем у молодых наблюдалось две и более сопутствующих патологии - 14(36,8%) против 20(10,3%), ($p<0,05$).

При сравнении с группой контроля установлено, что у молодых женщин с ВИЧ, сопутствующая патология встречалась достоверно чаще, чем у неинфицированных аналогичного возраста: 51(26,2%) против 5(12,5%) случаев, ($p<0,05$). Среди старшей возрастной группы не установлено достоверных различий в частоте сопутствующей патологии у женщин с ВИЧ и неинфицированных: 21(55,3%) и 20(62,5%) соответственно, ($p>0,05$). Структура коморбидной патологии у ВИЧ-инфицированных женщин молодого и старшего возраста и контрольной группы представлена в таблице 2.

Таблица 1. – Частота коморбидной патологии у ВИЧ-инфицированных женщин и контрольной группы

Показатель	Женщины до 40 лет		Женщины старше 50 лет	
	ВИЧ-инфицир., n=195	Контрольная группа, n=41	ВИЧ-инфицир., n=38	Контрольная группа, n=32
Наличие коморбидности	51(26,2%)*	5(12,2%)	21(55,3%)**	20(62,5%)
1 коморбидная патология	31 (15,9%)*	3 (7,3%)	7 (18,4%)	8(25%)
2 и более коморбидные патологии	20 (10,3%)	2(4,9%)	14(36,8%)**	12(37,5%)

Примечания – * – $p < 0,05$ при сравнении 1-й группы женщин с контрольной группой,
** – $p < 0,05$ при сравнении с 1-й группой, test χ^2

Таблица 2. – Структура коморбидной патологии у ВИЧ-инфицированных женщин и контрольной группы

Система органов с коморбидной патологией	Женщины до 40 лет		Женщины старше 50 лет	
	ВИЧ-инфицир., n=195	Контрольная группа, n=41	ВИЧ-инфицир., n=38	Контрольная группа, n=32
Сердечно-сосудистая с-ма	1(0,5%)	–	4(10,5%)**	16(50%)*
Нервная с-ма	2(1,02%)	–	3(7,9%)**	–
Органы дыхания	2 (1,02%)	–	3(7,9%)**	–
ЖКТ	12(6,2%)	3(7,3%)	5(13,2%)	5(15,6%)
Мочеполовая система	13(6,7%)	2(4,9%)	14(36,8%)	11(34,4%)
Анемия	8(4,1%)	2(4,9%)	5(13,2%)	–
Тромбоцитопения	1(0,5%)	–	2(5,3%)	–

Примечания – ** – $p < 0,05$ при сравнении с 1-й группой,
* – $p < 0,05$ при сравнении 2-й группы женщин с контрольной группой, test χ^2

У женщин с ВИЧ патология сердечно-сосудистой системы (ССС) достоверно чаще встречалась во 2-й группе наблюдения – 4 (10,5%), чем в 1-й группе – 1 (0,5%) ($p < 0,05$), при этом артериальная гипертензия (АГ) была установлена у всех 5 пациенток с патологией ССС, ИБС была отмечена у 2 пациенток старшей группы. В контрольной группе патология ССС в молодом возрасте не встречалась, а в старшем наблюдалась в 16(48,5%) случаях, что было достоверно чаще, чем у ВИЧ-инфицированных женщин старшего возраста, ($p < 0,05$). В частоте других коморбидных патологий у пациенток с ВИЧ обеих возрастных групп и женщин контрольной группы не установлено. Патология нервной системы (энцефалопатии различного генеза, полинейропатии, вертеброгенная люмбалгия, демиелинизирующее заболевание ЦНС, эпилепсия) достоверно чаще наблюдалась у женщин старше 50 лет, чем у женщин молодого возраста: 3(7,9%) и 2(1,02%) случая соответственно, ($p < 0,05$). Пневмонии (кроме туберкулёза), атрофический фарингит, хронический бронхит, как проявления патологии органов дыхания, также

встречались чаще в старшем возрасте: 3(7,9%) во 2-й группе и 2(1,02%) в 1-й, ($p < 0,05$). Достоверных различий по частоте других коморбидных состояний у женщин с ВИЧ молодого и старшего возраста не установлено. Патология желудочно-кишечного тракта, представленная гастритом, эрозивной гастропатией, рефлюкс-эзофагитом, язвенной болезнью желудка и 12-перстной кишки, невирусным гепатитом, хроническим панкреатитом, холециститом, в обеих возрастных группах женщин встречалась с одинаковой частотой: в 1-й группе – 12(6,2%) и во 2-й – 5 (13,2%), ($p > 0,05$). Патология мочеполовой системы – мочекаменная болезнь, кисты почек, хронический пиелонефрит, аднексит, эрозия шейки матки, лейкоплакия матки, вагинит, миома матки – наблюдалась у 13(6,7%) женщин молодого возраста и 14(36,8%) женщин старшего возраста, ($p > 0,05$).

Выводы. В настоящее время в Гродненской области доля ВИЧ-инфицированных женщин молодого возраста (83,7%) более чем в 5 раз превышает долю пациенток старшей возрастной группы (16,3%), ($p < 0,05$). У ВИЧ-инфицированных женщин молодого возраста частота коморбидной патологии была выше по сравнению с неинфицированными, ($p < 0,05$). Женщины с ВИЧ-инфекцией старшего возраста чаще, чем молодые, имели два и более коморбидных состояния, ($p < 0,05$), а также сопутствующую патологию сердечно-сосудистой, нервной системы и органов дыхания ($p < 0,05$).

ЛИТЕРАТУРА

1. Эпидемиологическая ситуация по ВИЧ-инфекции на территории Республики Беларусь. URL: <https://www.belaid.net/epidsituaciya-po-vichspid-v-belarusi> (дата обращения 25 ноября 2017).

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ДЕТЕРМИНАНТЫ УЧЕБНОЙ УСПЕШНОСТИ

Кевляк-Домбровская Л.Э.

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

Деятельность, направленная на достижение успеха, является неременным условием развития личности, в частности, и общества в целом. Изучая развитие и становление человека, можно рассматривать не только его успешность в определенных видах деятельности, поскольку в научных отраслях выделяют коммуникативную, социальную, учебную, профессиональную и другие виды успешности. В практике научных исследований используется также комплексное понятие – личностная и жизненная успешность.

Понятие «успешность» в общей психологии рассматривается «...как особое эмоциональное состояние удовлетворения от достигнутых результатов, которые либо совпали с поставленными целями и задачами, либо превзошли их...» [1, с. 438]. Трактовка понятия включает в себя два вектора – эмоциональный и когнитивный. Первый соответствует переживаниям личностью удовлетворения от полученных результатов, второй – осознание и