

диагностическими критериями, рекомендуемыми Американским торакальным обществом совместно с Американским обществом по инфекционным болезням, у 13 (31,7%) пациентов установлен диагноз микобактериоз легких. В 28-ми (68,3%) случаях выделенные НТМ определены, как этиологически не значимые, т.е. диагностировано носительство НТМ. У 17-ти (60,7%) пациентов в данной группе подтвержден диагноз туберкулеза легких, у 7-ми (25,1%) – изменения в легких расценены как поствоспалительный фиброз или фиброзно-очаговые изменения, в 2-х (7,1%) случаях установлен диагноз пневмония и в 2-х – периферическое образование легкого.

Выводы.

1. У пациентов с рентгенологическими изменениями, сходными с таковыми при туберкулезе легких, установлено видовое многообразие выделенных и идентифицированных штаммов НТМ. У 68,3% пациентов выделены медленно растущие виды микобактерий. Выделение НТМ не всегда свидетельствует о наличии заболевания микобактериозом.

2. Диагноз микобактериоза легких установлен лишь у 31,7% пациентов. В 68,3% случаев выделение НТМ определено, как этиологически незначимое. При проведении дифференциальной диагностики легочных заболеваний необходимо верифицировать диагноз микобактериоз с учетом данных бактериологического мониторинга.

Литература.

1. Литвинов, В. И. Нетуберкулезные микобактерии / В. И. Литвинов, М. В. Макаров, М. А. Краснов – Москва: МНПЦБТ, 2008. – 256 с.
2. Микобактериоз легких: состояние проблемы в Республике Беларусь / сборник научных трудов первого съезда фтизиатров и пульмонологов Республики Беларусь «Современные направления развития респираторной медицины и фтизиатрии», Минск, 17–18 мая 2018 г.) / Л. К. Суркова [и др.] // Рецепт. – 2018. – Приложение. – С. 242–247.
3. Нетуберкулезные микобактерии у пациентов с заболеваниями органов дыхания (клиниколабораторное исследование) / А. Э. Эргешов [и др.] // Пульмонология. – 2016. – № 26 (3). – С. 303–308.

ДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ В ГРОДНЕНСКОЙ ОБЛАСТИ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ

Кашевник Т.И.

*Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь
Кафедра инфекционных болезней*

Актуальность. В настоящее время ВИЧ/СПИД является одной из важнейших социально-медицинских проблем из-за высокой распространенности, социальных последствий и рисков, связанных с инфицированием. Распространение ВИЧ-инфекции за пределы группы

потребителей парентеральных наркотиков связано с возрастанием роли половой передачи заболевания у пациентов молодого репродуктивного возраста. Отражением данной тенденции эпидемического процесса ВИЧ-инфекции является возрастание доли ВИЧ-инфицированных женщин в Республике Беларусь. Так, по данным официальной статистики, доля женщин в структуре зарегистрированных случаев ВИЧ-инфекции в Республике Беларусь к 1996 г. составляла – 26,5% (300 случаев), к 2006 – 33,7% (2611 случаев), к 2016 – 40,5% (8039 случаев) [1, 2]. Женщины являются более уязвимыми в отношении инфицирования ВИЧ, формирования неблагоприятных исходов заболевания в силу ряда медико-биологических, социальных и психологических факторов [3]. Вместе с тем, современной демографической тенденцией людей, живущих с ВИЧ, является рост доли пациентов старшей возрастной группы – 50 лет и более.

Целью настоящего исследования было установление демографической структуры и эпидемиологических особенностей ВИЧ-инфекции у пациентов, состоящих на диспансерном учете в консультативно-диспансерном кабинете УЗ «Гродненская областная инфекционная клиническая больница» (КДК УЗ «ГОИКБ»).

Материал и методы исследования. Объектом исследования были клинико-эпидемиологические данные 708 ВИЧ-инфицированных пациентов, состоящих на диспансерном учете в КДК УЗ «ГОИКБ» на 01.02.2019 г. Пациенты были разделены на группы по половому признаку: 1-я группа – 341 женщин, 2-я группа – 367 мужчины.

Проведен ретроспективный сравнительно-статистический анализ статистических отчетных форм, медицинской документации. Статистическая обработка данных проводилась на основе общепринятых критериев с использованием программы Statistica 6.0 для Windows.

Результаты и обсуждение. Среди включенных в анализ 708 взрослых ВИЧ-инфицированных пациентов женщины составили 48,2% (341 человек), мужчины – 51,8% (367). Средний возраст пациентов в 1-й и 2-й группах наблюдения не различался достоверно: $40,9 \pm 10,0$ лет и $41,2 \pm 9,0$ лет, $p > 0,05$. Возраст наиболее молодой женщины и мужчины составил 20 лет и 19 лет соответственно, наиболее старший возраст среди женщин был 76 лет, среди мужчин – 80 лет. Распределение пациентов в группах по возрасту на момент исследования представлено в таблице 1.

Таблица 1. – Распределение пациентов по возрасту на момент исследования

Возраст	Женщины, n=341	Мужчины, n=367	p
До 20 лет	-	1(0,3%)	
20-29 лет	33(9,7%)	13 (3,5%)	<0,05
30-39 лет	141(41,3%)	148 (40,3%)	>0,05
40-49 лет	99 (29%)	154 (42%)	>0,05
50-59 лет	48(14,1%)	38 (10,4%)	>0,05
60 лет и старше	20 (5,9%)	13 (3,5%)	>0,05

Примечание – p – Test χ^2 , критерий Фишера

Как видно из таблицы 1, наибольшее количество пациентов сосредоточено в 2-х возрастных категориях: 30-39 и 40-49 лет, в которые вошло 240 (70,4%) женщин и 302 (82,3%) мужчин. Установлено, что в наиболее молодой возрастной категории (20-29 лет) преобладали женщины ($p < 0,05$). Пациенты старше 50 лет, состоящие на диспансерном учете, среди женщин составили 20%, среди мужчин – 13,9%, ($p > 0,05$).

Средний возраст пациентов на момент установления ВИЧ-положительного статуса в 1-й и 2-й группах наблюдения не различался достоверно: $33,7 \pm 10,0$ лет и $35,1 \pm 9,0$ лет, $p > 0,05$. Распределение пациентов в группах по возрасту на момент установления диагноза ВИЧ-инфекции представлено в таблице 2.

Обращает на себя внимание тот факт, что доля женщин, которым диагноз был установлен в юном возрасте 16-19 лет, 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. В возрасте 50 лет и старше ВИЧ-инфекция была диагностирована у 9,5% пациентов, при этом у женщин чаще, чем у мужчин: 12,6% и 6,6% соответственно ($p < 0,05$). Длительность наблюдения ВИЧ-инфицированных пациентов в 1-й и 2-й группах составила: $6,33 \pm 4,30$ и $6,34 \pm 5,05$ лет соответственно ($p > 0,05$).

Таблица 2. – Распределение пациентов по возрасту на момент установления диагноза

Возраст	Женщины, n=341	Мужчины, n=367	p
16-19 лет	10 (2,9%)	5 (1,4%)	$< 0,05$
20-29 лет	125 (36,7%)	103 (28%)	$> 0,05$
30-39 лет	107 (31,4%)	153 (41,7%)	$> 0,05$
40-49 лет	56 (16,4%)	82 (22,3%)	$> 0,05$
50-59 лет	32 (9,4%)	19 (5,2%)	$> 0,05$
Старше 60 лет	11 (3,2%)	5 (1,4%)	$< 0,05$

Примечание: p – Test χ^2 , критерий Фишера

Распределение ВИЧ-инфицированных женщин и мужчин по путям инфицирования представлено в таблице 3.

Таблица 3. – Распределение ВИЧ-инфицированных по путям инфицирования

Путь инфицирования	Женщины, n=341	Мужчины, n=367	p
ПИН	31 (9%)	82 (22,3%)	$< 0,05$
Половой путь	310 (91%)	284 (77,4%)	$> 0,05$
Перинатальный	-	1 (0,3%)	-
Находились в МЛС	20 (5,9%)	50 (13,6%)	$< 0,05$

Примечание – p – Test χ^2 , критерий Фишера;

МЛС – места лишения свободы;

ПИН – потребитель инъекционных наркотиков

Как видно из таблицы 3, 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 2 раза реже находились в МЛС ($p < 0,05$), что указывает на более качественную социальную адаптацию ВИЧ-инфицированных женщин по сравнению с мужчинами ($p < 0,05$).

Выводы.

Среди состоящих на учете в настоящее время ВИЧ-инфицированных пациентов доля женщин составляет 48,2%. Среди пациентов молодого возраста до 29 лет женщин статистически достоверно больше, чем мужчин. У женщин чаще, чем у мужчин ВИЧ-инфекция была верифицирована в юном возрасте до 19 лет и в более старшем возрасте – после 50 лет. Женщины с ВИЧ социально более адаптированы, чем мужчины, так как среди них реже встречается парентеральный путь инфицирования ВИЧ, они реже находились в местах лишения свободы.

Литература.

1. Беляков Н.А. Половой путь передачи ВИЧ в развитии эпидемии / Н.А. Беляков, Т.Н. Виноградова // ВИЧ-инфекция и иммуносупрессии. – 2011. – Т. 3. – № 4. – С. 7-20.
2. Наumenко В.В. Характеристика эпидемического процесса и ведущих факторов риска распространения ВИЧ-инфекции в условиях крупного мегаполиса / В.В. Наumenко, Т.В. Сологуб, В.В. Цветков, Л.М. Цыбалова // Эпидемиология и инфекционные болезни. – 2015. – Т. 20. – № 6. – С. 15–18.
3. Мельников А. С. Женщины и ВИЧ-инфекция, современное состояние проблемы / А.С. Мельников, Е.А. Рукояткина, Р.А.Фунден, И.Б. Латышева // Педиатр. – 2015. – Т. 6, № 1. – С. 5–10.

СТРУКТУРА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ОСТРЫМИ КИШЕЧНЫМИ ИНФЕКЦИЯМИ В СМОРГОНСКОМ РАЙОНЕ ГРОДНЕНСКОЙ ОБЛАСТИ

Колесник И.М., Бондарева С.А., Недвецкая Е.В.

*Гродненский государственный университет имени Янки Купалы», Беларусь
Кафедра экологии*

Острые кишечные инфекции (ОКИ) представляют собой серьезную медицинскую проблему общемирового значения. Спектр возбудителей ОКИ достаточно обширен: он включает значительное количество как бактериальных, так и вирусных инфекционных агентов. При этом, несмотря на успехи лабораторной диагностики, достоверно установить природу этиологических агентов ОКИ удастся не всегда. Источником заболевания в большинстве кишечных инфекций является больной человек или бактерионоситель, при этом