

очаге). Вид Plasmodium в 100% случаях определен с помощью мазка крови. У 10 (52,6%) пациентов была диагностирована тропическая малярия (pl. falciparum), у 6 (31,58%) – трехдневная, вызванная плазмодием vivax, у 3% (15,79) – четырехдневная (pl. malaria). Возраст пациентов от 20 до 50 лет. Преобладали лица мужского пола 14 сл (74%), женщины 5 сл (36%). При поступлении в УЗ ГОИКБ диагноз малярия в приемном отделении был выставлен в 12 (63,16%). Диагноз ОРВИ при поступлении был установлен в 6 случаях. Учитывая указания на пребывания в странах с жарким климатом все пациенты при поступлении были обследованы на малярию (мазок крови и толстая капля), в результате чего был выставлен диагноз. Все пациенты отмечали острое начало заболевания. При поступлении 100% пациентов предъявляли жалобы на повышение температуры тела до 39-40 градусов С, 84% на слабость и озноб, 74% на головную боль, 8% на рвоту. В 74% выявлено увеличение печени, в 79% селезенки. Все пациенты были выписаны в удовлетворительном состоянии под наблюдение по месту жительства, летальных случаев за анализируемый период не было. Повторная госпитализация понадобилась 1 пациенту с малярией vivax, в связи с отказом от полного курса химиопрепаратов.

**Выводы.** Необходимо усилить мероприятий по повышению осведомленности лиц, выезжающих в эндемичные регионы о доступных методах профилактики малярии и настороженности врачей первичной медико-санитарной помощи в отношении диагностики малярии с учетом сбора эпиданамнеза, включая историю поездок, в случае клинической картины с острым началом заболевания, повышением температуры до высоких цифр.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Сергиев В.П., Пальцев М.А. Физиология паразитизма и проблема биологической безопасности. – М.: Медицина, 2008. – 144 с.

## НАРУШЕНИЕ МИНЕРАЛЬНОЙ ПЛОТНОСТИ КОСТНОЙ ТКАНИ У ЖЕНЩИН, ЖИВУЩИХ С ВИЧ

**Гвозделюк О. В., Ярошук О. В.**

Гродненский государственный медицинский университет

**Актуальность.** Остеопороз – это прогрессирующее заболевание костной ткани метаболического характера, при котором отмечается общая потеря костной массы с нарушением строения, имеющая различия с возрастной и половой нормой, ведущая за собой снижение физической прочности кости и возникновение риска развития переломов даже при незначительной

травматизации. Данные изменения снижают качество жизни, ведут к выходу на раннюю инвалидность и, в некоторых случаях, увеличивают смертность [1]. По данным ВОЗ, остеопороз занимает третье место после сердечно-сосудистых заболеваний и сахарного диабета. ВИЧ-инфекция относится к доказанным факторам риска развития вторичного остеопороза. В исследовании Triant et al., включавшем 8525 людей живущих с ВИЧ (ЛЖВ) и 2208792 неинфицированных ВИЧ, среди ЛЖВ наблюдалось четырехкратное увеличение переломов у женщин разных возрастов [2].

**Цель.** Представить характеристику минеральной плотности костной ткани (МПК) у женщин с ВИЧ-инфекцией.

**Методы исследования.** Выполнена оценка показателей МПК у 31 женщины (возраст от 31 до 68 лет) на рентгеновском остеоденситометре DMS/Stratos DR и статистический анализ этих данных в программе Excel 2010. Пациентки были разделены на 2 группы: 1-я группа – 17 женщин с нарушением; 2-я группа – 14 женщин без нарушения МПК

**Результаты и их обсуждение.** Снижение МПК по результатам денситометрии было установлено у 17 из 31 (54,84%) пациенток  $p < 0,05$ . При этом у 14 пациенток (45,16%) выявлена остеопения, у 3 (9,68%) – остеопороз. В 1-й группе: средний возраст женщин составил 52,12 года. Из 17 женщин 10 (58,82%) находились в менопаузе, средний возраст которых составил 48,3 года, стаж менопаузы был 11,6 лет. Во 2-ой группе женщины были моложе, так как средний возраст был 39,64 года ( $p < 0,05$ ). Из 14 женщин 2 (14,29%) находились в менопаузе, средний возраст которых составил 46 лет, стаж менопаузы был 7,5 лет. Средний «Стаж» получения АРТ в 1-й группе составил 5,89 года, во 2-й группе составил 6,13 лет. Тенофовир-содержащую схему среди пациентов 1-й группы получали 64,71%, среди пациентов 2-й группы -50,0% пациентов,  $p > 0,05$

**Выводы.** Доля женщин со снижением МПК в группе исследования составила 54,8%. Возраст развития остеопении у женщин был ниже ожидаемого 52,1 вместо 55,0 лет. Нарушение МПК у женщин среди ЛЖВ ассоциировалось с классическими факторами риска остеопении – более старшим возрастом и наличием менопаузы, что необходимо учитывать при мониторинге ЛЖВ, получающих АРТ.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Положаева И.В., Актуальность проблемы остеопороза в молодом возрасте и его ранней современной диагностики. / Алиякпаров М.Т, // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. – 2018. – № 2. – С. 115-120;
2. Ofotokun I., HIV: Inflammation and Bone. / McIntosh E., Weitzmann M.N., // Curr HIV/AIDS. – 2012. – Vol 9(2) – P. 16–25.