

1.1. Соблюдением ветеринарно-санитарного режима на животноводческих, птицеводческих предприятиях на этапах вакцинации родительского стада, динамического контроля за эпизоотической ситуацией среди поголовья.

1.2. Выявлением критических точек на всех этапах переработки, транспортировки, хранения и реализации животноводческой и птицеводческой продукции.

1.3. Организацией производственного контроля на животноводческих, птицеводческих, перерабатывающих предприятиях и на объектах продовольственной торговли, с учетом выявленных критических точек.

2. Активно проводить профилактические мероприятия в группах риска с использованием СМИ, путем распространения информационно-образовательных материалов акцентируя внимание родителей детей ясельного и дошкольного возраста на мерах профилактики сальмонеллеза.

ЛИТЕРАТУРА

1. Эпидемиологическая диагностика: учеб. пособие / Г. Н. Чистенко [и др.]; под ред. Г. Н. Чистенко. — Минск, 2007. — 148 с.
2. Зуева, Л. П. Эпидемиология: учеб. / Л. П. Зуева, Р. Х. Яфаев. — СПб.: Фолиант, 2005. — 752 с.
3. Эпидемиологический надзор за кишечными инфекциями: учеб. пособие / М. И. Бандацкая [и др.]. — Минск: БГМУ, 2003. — 56 с.
4. Инфекционные болезни и эпидемиология: учеб. / В. И. Покровский [и др.]. — 2-е изд. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. — 816 с.
5. Лапач, С. Н. Статистические методы в медико-биологических исследованиях с использованием Excel / С. Н. Лапач, А. В. Чубенко, П. Н. Бабич. — Киев: Морион, 2000. — 320 с.

УДК 616.98:578.828НIV-053.2

ФИЗИЧЕСКОЕ РАЗВИТИЕ И НЕКОТОРЫЕ ЛАБОРАТОРНЫЕ ДАННЫЕ В ГРУППАХ ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ, ВИЧ-ЭКСПОНИРОВАННЫХ И ЗДОРОВЫХ ДЕТЕЙ

Анищенко Е. В., Красавцев Е. Л.

Учреждение образования
«Гомельский государственный медицинский университет»
г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

ВИЧ-инфекция беременной женщины оказывает негативное влияние не только на ее организм, но и здоровье плода и новорожденного, когда формируется патология, обусловленная особенностями перинатального периода [1]. Как показывают исследования некоторых авторов, дожившие до установления ВИЧ-статуса позитивные дети при рождении мало отличаются от ВИЧ-негативных по морфометрическим показателям [2]. В то же время у ВИЧ-экспонированных новорожденных снижены биометрические показатели: определяется дефицит массы тела, дети, рожденные ВИЧ-инфицированными матерями, имеют меньшие показатели длины, веса, индекса массы тела и окружности головы [4]. При рождении ВИЧ-экспонированные дети достоверно отличаются от детей, рожденных ВИЧ-негативными матерями по антропометрическим показателям, весу, оценке по шкале Апгар [5]. В нормальных условиях доношенный ребенок рождается с массой тела в среднем 3300–3500 г и длиной 51–53 см. У здорового новорожденного окружность головы равна 34–35 см, а размер грудной клетки 32–34 см. Наиболее активно физическое развитие происходит на первом году жизни [3].

В периферической крови здорового новорожденного повышено содержание гемоглобина (170–240 г/л) и эритроцитов ($5 \times 10^{12}/л - 7 \times 10^{12}/л$). Диапазон колебания общего числа лейкоцитов довольно широкий и составляет $10 \times 10^9/л - 30 \times 10^9/л$, число

лимфоцитов составляет 16–34 % от общего числа лейкоцитов. Содержание тромбоцитов в период новорожденности в среднем составляет $150\text{--}400 \times 10^9/\text{л}$. На первом году жизни у детей наблюдается постепенное снижение числа эритроцитов и уровня гемоглобина, количество лейкоцитов колеблется в пределах $9 \times 10^9/\text{л} - 10 \times 10^9/\text{л}$. В лейкоцитарной формуле преобладают лимфоциты (до 55–60 %). С начала второго года жизни до пубертатного периода морфологический состав периферической крови ребенка постепенно приобретает черты, характерные для взрослых [3].

Цель

Сравнение показателей физического развития и лабораторных данных при рождении в группах ВИЧ-инфицированных, ВИЧ-экспонированных и детей, рожденных не ВИЧ-инфицированными матерями.

Материалы и методы

Проведено сравнение параметров физического развития и некоторых лабораторных показателей у 109 ВИЧ-инфицированных детей, родившихся в Гомельской области и состоящих на учете в консультативном кабинете ВИЧ/СПИД Гомельской областной инфекционной больницы, 81 ВИЧ-экспонированного ребенка, а также проведено сравнение этих показателей с аналогичными у 100 детей, рожденных не ВИЧ-инфицированными матерями. Статистический анализ данных проводился с применением пакета прикладных программ «Statistica», 6.0 (StatSoft, USA), с использованием данных непараметрической статистики. Данные представлены в формате «Me (25;75 %)». Качественные показатели представлялись в виде абсолютного числа наблюдений и доли (%) от общего числа пациентов в соответствующей группе. Значимость различий оценивалась критерием Манна-Уитни, для сравнения частот в квадратах 2×2 использовался точный критерий Фишера и критерий χ^2 . Статистически значимыми считались различия при $p < 0,05$.

Результаты и их обсуждение

К основным критериям физического развития относят массу и длину тела, окружность головы и грудной клетки. Антропометрические показатели новорожденного достаточно устойчивы. Даже небольшие отклонения от среднестатистических показателей, как правило, свидетельствуют о неблагополучии в состоянии новорожденного. Результаты параметров массы и длины тела, окружности головы и груди при рождении у ВИЧ-инфицированных, ВИЧ-экспонированных и здоровых детей представлены в таблице 1.

Таблица 1 — Показатели массы и длины тела, окружности головы и груди при рождении у ВИЧ-инфицированных, ВИЧ-экспонированных и здоровых детей.

Параметры	ВИЧ-инфицированные дети Me (25;75 %)	ВИЧ-экспонированные дети Me (25;75 %)	Здоровые дети Me (25;75%)
Масса тела (г)	3150 (2650;3500)*	3035 (2750;3275)**	3340 (3055;3740)
Длина тела (см)	51 (50;53) *	51 (49;52) **	53 (51;55)
Окружность головы (см)	34 (33;36)	34 (33;34)	34 (33;35)
Окружность грудной клетки (см)	34 (32;35)	33 (32;33)	33 (32;34)

* Статистически значимые ($p < 0,001$) отличия при сравнении с группой здоровых детей;
 ** статистически значимые ($p < 0,0001$) отличия при сравнении с группой здоровых детей.

При сравнении параметров физического развития масса и длина тела здоровых детей были достоверно больше, чем аналогичные показатели у ВИЧ-инфицированных и ВИЧ-экспонированных детей.

Результаты параметров физического развития детей сравниваемых групп по центильным таблицам при рождении представлены в таблице 2.

Таблица 2 — Параметры физического развития детей по центильным таблицам при рождении

Физическое развитие	ВИЧ-инфицированные дети N = 69 (%)	ВИЧ-экспонированные дети N = 52 (%)	Здоровые дети N = 100 (%)
Высокое, гармоничное	16 (23,2 %)	13 (25 %)	33 (18 %)
Среднее, гармоничное	9 (13 %)	10 (19 %)	18 (18 %)
Низкое, гармоничное	3 (4,3 %)	1 (2 %)	1 (1 %)
Высокое, дисгармоничное с избытком массы тела	9 (13 %)*	2 (4 %)**	26 (26 %)
Высокое, дисгармоничное с дефицитом массы тела	3 (4,3 %)	4 (8 %)**	1 (1 %)
Среднее, дисгармоничное с избытком массы тела	1 (1,4 %)	0	0
Среднее, дисгармоничное с дефицитом массы тела	17 (24,6 %)*	11 (21 %)	12 (12 %)
Низкое, дисгармоничное с избытком массы тела	0	1 (2%)	0
Низкое, дисгармоничное с дефицитом массы тела	11 (15,9%)	10 (19%)	9 (9 %)

* Статистически значимые отличия ($p < 0,05$) при сравнении с группой здоровых детей; ** статистически значимые ($p < 0,0001$) отличия при сравнении с группой здоровых детей.

При оценке физического развития детей по центильным таблицам, среднегармоничными при рождении были только 9 (13 %) ВИЧ-инфицированных и 10 (19 %) ВИЧ-экспонированных детей. В группе ВИЧ-инфицированных преобладали дети со средним дисгармоничным развитием с дефицитом массы тела (17 детей, 26 %, $p < 0,05$). В группе ВИЧ-экспонированных детей большинство (13 детей, 25 %) родились высокогармонично развитыми. Достоверно реже по сравнению со здоровыми детьми среди ВИЧ-экспонированных рождались дети с высоким, дисгармоничным развитием с избытком и чаще с дефицитом массы тела $p < 0,05$.

Результаты сравниваемых лабораторных показателей периферической крови у новорожденных в группах ВИЧ-инфицированных, ВИЧ-экспонированных и здоровых детей представлены в таблице 3.

Таблица 3 — Показатели лабораторных исследований периферической крови новорожденных в первые сутки жизни

Лабораторные показатели	ВИЧ-инфицированные дети Me (25;75 %)	ВИЧ-экспонированные дети Me (25;75 %)	Здоровые дети Me (25;75 %)
Эритроциты, $10^{12}/л$	5,3 (5;6)	5,3 (4,8;5,8)	5,5 (5;5,9)
Гемоглобин, г/л	180 (169;200)	183 (177;197)	187 (171;202)
Лейкоциты, $10^9/л$	16 (10;21)*	16 (12;23)	19 (16;24)
Тромбоциты, $10^{12}/л$	215 (198;257)*	280 (229;314)	255 (222;313)

* Статистически значимые отличия ($p < 0,05$) при сравнении с группой здоровых детей.

В проводимом исследовании статистически достоверными оказались более низкие показатели уровня лейкоцитов и тромбоцитов в периферической крови у ВИЧ-инфицированных детей в первые сутки жизни.

Выводы

При рождении у ВИЧ-инфицированных и ВИЧ-экспонированных детей масса и длина тела меньше, чем у здоровых детей, что согласуется с данными литературы. Показатели уровня лейкоцитов и тромбоцитов в периферической крови у ВИЧ-инфицированных детей в первые сутки жизни были более низкие, чем у здоровых детей. В группе ВИЧ-

инфицированных преобладали дети со средним дисгармоничным развитием с дефицитом массы тела. При сравнении с группой здоровых детей, среди ВИЧ-экспонированных реже рождались дети с высоким, дисгармоничным развитием с избытком и чаще с дефицитом массы тела.

ЛИТЕРАТУРА

1. Попова, И. А. ВИЧ-инфекция у детей / И. А. Попова // Эпидемиол. и инфекц. болезни. — 1998. — № 5. — С. 38–42.
2. ВИЧ-инфекция и беременность: науч. издание / Е. И. Барановская [и др.]. — Минск, 2012. — 194 с.
3. Исаева, Л. А. Педиатрия: учеб. / Л. А. Исаева; под ред. Л. А. Исаевой. — М.: Медицина, 1987. — 592 с.
4. Association of body mass index of HIV-1-infected pregnant women and infant birth weight, body mass index, length, and head circumference: the National Institute of Child Health and Human Development International Site Development Initiative Perinatal Study / M. L. S. Cruz [et al.] // Nutrition Research. — 2007. — Vol. 27, Is. 11. — P. 68–
5. Афанасьева, Е. С. Анализ влияния ВИЧ-инфекции как фактора развития задержки внутриутробного развития плода и фетоплацентарной недостаточности / Е. С. Афанасьева, Р. Т. Полянская, В. Б. Цхай // Мать и дитя: материалы V Российского форума, Москва, 6–10 октября 2003 г. / Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии; гл. ред.: В. И. Кулаков. — М., 2003. — С. 15–16.

УДК 615.034:575.21:616.832-004.2

ФЕНОТИП N-АЦЕТИЛИРОВАНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С РАССЕЯННЫМ СКЛЕРОЗОМ

Багинский Ф. Л., Палковский О. Л., Михайлова Е. И.

Учреждение образования
«Гомельский государственный медицинский университет»
Учреждение здравоохранения
«Гомельская областная клиническая больница»
г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Высокая актуальность изучения рассеянного склероза обусловлена его значительной распространенностью среди болезней центральной нервной системы. Примерно каждый десятый больной в неврологическом стационаре — больной с рассеянным склерозом (РС). Кроме того, заболевание поражает преимущественно людей в самом цветущем возрасте (20–40 лет), и быстро приводит их к тяжелой инвалидности, что обуславливает важность проблемы не только в медицинском, но и в социально-экономическом плане. Среди всех причин инвалидизации лиц молодого возраста РС занимает первое место по частоте среди неврологических заболеваний. В странах с развитой страховой медициной РС тяжелым бременем ложится на экономику, занимая первое место по затратам на одного пациента в расчете на все годы его лечения среди всех неврологических заболеваний [1]. В последнее десятилетие продолжается неуклонный рост заболеваемости РС как в мире в целом, так и на всем ~~Рассеянный склероз~~ ^{Рассеянный склероз} ~~является~~ ^{является} ~~одним из~~ ^{одним из} ~~самых~~ ^{самых} «загадочным» заболеванием в неврологии ввиду своей изменчивости, нестабильности и непредсказуемости. До настоящего времени точно не установлена его этиология. Несмотря на применение самых технически совершенных методов диагностики, таких как магнитно-резонансная томография и спектроскопия, вызванные потенциалы головного мозга, позитронно-эмиссионная томография, генетические и иммунологические исследования, до сих пор еще не выявлены патогномичные признаки заболевания, позволяющие со 100 % уверенностью распознать РС. Это привело к тому, что стало общепринятым оперировать при проведении клинических исследований такими категориями, как «сомнительный», «вероятный» и «определенный» РС. Несмотря на появление в последние годы новых данных о патогенезе РС, в этом вопросе также отсутствует полная ясность. В связи с этим, в лечении РС, хотя и наблюдаются за последние 10 лет существенные позитивные сдвиги, так и не произошло настоящего качественного скачка, который бы позволил считать проблему этого заболевания решенной [3].