

интеральных наркотиков — в 16 случаях (17,6%). Средний возраст ВИЧ-инфицированных беременных составил $24,2 \pm 4,32$ лет. Семейный статус: замужем была 51 женщина (56,5%), не замужем — 40 (43,5%).

ВИЧ-инфекция диагностирована до беременности у 34 женщин (37,4%), впервые во время беременности у 50 женщин (54,9%), при обследовании после родов — у 7 (7,7%).

На диспансерном учете в связи с беременностью находились 84 (92,3%) женщины, не наблюдались — 7 (7,7%). Полный курс антиретровирусной профилактики (АРП) получили 75 (85,2%) пар (мать-ребенок), экстренную профилактику в родах — 2 (2,6%). 11 (12,5%) женщин по ряду причин (несвоевременная диагностика ВИЧ-инфекции из-за поздней явки беременной в женскую консультацию, диагностика после родов, низкий комплаенс и др.) АРП не проводилась. Кесаревым сечением родоразрешены 33 (60,2%) женщины, у 51 (96,2%) из них дети не были инфицированы.

На диспансерном учете (на данный период) состоит 14 детей с неуточненным ВИЧ-статусом, 8 (10,3%) детям с перинатальным контактом выставлен диагноз ВИЧ-инфекции. Снято с учета 73 ребенка. Средний возраст установления диагноза ВИЧ-инфекции — 2,5 года. Только в двух из десяти случаев реализованной перинатальной трансмиссии проводились профилактические мероприятия. Среди ВИЧ-инфицированных детей двум выставлен диагноз асимптомной инфекции, четверем — реСПИД, четверем — СПИД. Большинство детей, рожденных ВИЧ-позитивными матерями, — 56 (57,7%) — воспитываются в полных семьях. Под опекой родственников находится 4 (4,2%) детей, на государственном обеспечении — 6 (6,2%) детей. Двое детей умерло вскоре после рождения (до установления ВИЧ-статуса) в связи с пороками развития — 2, аспирацией — 1.

Выводы. Большинство ВИЧ-инфицированных беременных — женщины активного репродуктивного возраста — от 20 до 30 лет. Преобладающий путь инфицирования ВИЧ среди данной категории лиц — половой. Более половины женщин узнали о своем ВИЧ-позитивном статусе при постановке на диспансерный учет по беременности. Большинство беременностей у ВИЧ-инфицированных женщин было сохранено, проводилась АРП вертикальной трансмиссии. Преобладающий путь родоразрешения — кесарево сечение. Среди детей, рожденных ВИЧ-инфицированными матерями, преобладает группа «здоровых». В 8 из 10 случаев врожденной ВИЧ-инфекции не проводилась профилактика вертикальной трансмиссии ВИЧ в связи с установлением ВИЧ-статуса матери после родов или отсутствием диспансерного наблюдения по беременности. При проведении профилактических мероприятий реализация вертикального пути передачи ВИЧ составила 2,8%.

Литература

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

Садовникова, В.Н. Эпидемиологические особен-

ности ВИЧ-инфекции у беременных женщин и рожденных ими детей / В.Н. Садовникова [и др.] // Эпидемиология инфекционных болезней. — 2010. — № 1. — С. 8–13.

3. Садовникова, В.Н. Организационно-методические вопросы профилактики передачи ВИЧ-инфекции от матери ребенку / В.Н. Садовникова [и др.] // Эпидемиология. Вакцинопрофилактика. — 2008. — № 1. — С. 18–27.
4. Foster, C.J. Preventing mother-to-child transmission of HIV-1 / C.J. Foster, E.G.H. Lyall // Paediatrics and Child Health. — 2007. — Vol. 17, Is. 4. — P. 126–131.
5. Kowalska, A. Effect of antiretroviral therapy on pregnancy outcome in HIV-1 positive women / A. Kowalska [et al.] // Med Wieku Rozwoj. — 2003. — Vol. 7 (4 Pt 1). — P. 459–468.

СТРУКТУРА СПИД-ИНДИКАТОРНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Козорез Е.И.¹, Жаворонок С.В.², Кармазин В.В.³

1. УО «Гомельский государственный медицинский университет», г. Гомель, Беларусь
2. УО «Белорусский государственный медицинский университет», г. Минск, Беларусь
3. УЗ «Гомельская областная инфекционная клиническая больница», г. Гомель, Беларусь

ВИЧ-инфекция характеризуется многолетним течением, клинически связанным с прогрессирующим снижением клеточного иммунитета, приводящим к развитию тяжелых форм оппортунистических заболеваний [1, 2, 3, 4]. До настоящего времени считается, что в подавляющем большинстве случаев ВИЧ-инфекция без лечения имеет один естественный исход — гибель зараженного ВИЧ организма [1, 3, 4].

Цель исследования: проанализировать структуру СПИД-индикаторных заболеваний ВИЧ-инфицированных пациентов в Гомельской области.

Для определения структуры оппортунистических заболеваний были изучены медицинские карты амбулаторного больного 300 ВИЧ-инфицированных пациентов в возрасте 18 лет и старше, впервые обратившихся в консультативно-диспансерный кабинет ВИЧ/СПИД Гомельской областной инфекционной клинической больницы в стадии СПИДа в период 2010–2012 гг. Случайным методом были отобраны по 100 пациентов в течение 2010, 2011 и 2012 гг.

СПИД-индикаторные заболевания чаще наблюдались у мужчин (198 (66%) пациентов), с внутренним путем инфицирования (195 (65%) пациентов), в возрасте около 34 лет.

Для анализа были использованы данные медицинских карт консультативно-диспансерного кабинета ВИЧ/СПИД Гомельской областной инфекционной клинической больницы, медицинских карт кабинета инфекционных заболеваний Светлогорской центральной районной больницы, стационарные истории болезни.

При определении структуры оппортунистиче-

ских заболеваний выявлено, что за 2010–2012 гг. туберкулез составил 65,5%.

ВИЧ-ассоциированное поражение головного мозга выявлено у 15% больных, из них токсоплазмоз головного мозга регистрировался в 5,5% случаях, прогрессирующая мультифокальная лейкоэнцефалопатия — в 2%, криптококковый менингоэнцефалит — в 1,5%, недифференцированные менингоэнцефалиты — в 6% случаев.

ВИЧ-ассоциированные злокачественные новообразования обнаруживались у 6% больных, из них 3,5% составляли лимфомы, 1% — саркома Капоши, 1,5% — рак шейки матки.

Вастинг-синдром встречался в 5% случаев. Кандидоз пищевода как единственное СПИД-индикаторное заболевание регистрировался в 4,5% случаях, но довольно часто сопровождал другие оппортунистические заболевания, особенно туберкулез.

Рецидивирующие бактериальные пневмонии диагностировались у 3% пациентов, пневмоцистная пневмония — у 1,5%, цитомегаловирусная инфекция — у 2%, криптоспоридиоз — у 0,5%.

Структура СПИД-индикаторных заболеваний в течение последних 3 лет статистических различий не имела ($p > 0,05$).

Учитывая значительную частоту туберкулеза в структуре СПИД-индикаторных заболеваний, для успешной борьбы с туберкулезом в районах распространения ВИЧ-инфекции необходимо проводить мероприятия по ранней диагностике, своевременному и адекватному лечению туберкулеза и ВИЧ-инфекции, контролю за приверженностью к антиретровирусным и противотуберкулезным препаратам, профилактике туберкулеза среди ВИЧ-инфицированных больных.

Литература

1. ВИЧ-инфекция: клиника, диагностика и лечение / В.В. Покровский [и др.]; под общ. ред. В.В. Покровского. — 2-е изд. — М.: ГЭОТАР-МЕД, 2003. — 488 с.
2. Лечение и помощь при ВИЧ/СПИДе. Клинические протоколы для европейского региона ВОЗ [Электронный ресурс] / Ed. I.Eramova, S.Matic, M.Munz. — PhoenixDesignAid, Denmark, 2007. — Режим доступа: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0018/78111/E90840R.pdf. — Дата доступа: 23.07.2013.
3. Барлетт, Д. Клинические аспекты ВИЧ-инфекции 2009–2010 [Электронный ресурс] / Дж.Барлетт, Дж.Галлант, П.Фам — Режим доступа: http://www.eurasiahealth.org/attaches/82168/MMNIV10_Final.pdf. — Дата доступа: 23.07.2013.
4. Хоффман, К. Лечение ВИЧ-инфекции 2009 [Электронный ресурс] / К.Хоффман, Ю.Рокстро. — М.: Р. Валент, 2010. — Режим доступа: http://www.eurasiahealth.org/attaches/82169/NIV-2009_Rus.pdf. — Дата доступа: 23.07.2013.

ПОТЕНЦИАЛЬНЫЕ РИСКРАЗВИТИЯ ПИЩЕВЫХ ОТРАВЛЕНИЙ

Коломиец Н.Д.¹, Тонко О.В.¹,
Ханенко О.Н.¹, Романова О.Н.²

1. ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования», г. Минск, Беларусь
2. ГУ «РНПЦ детской онкологии, гематологии и иммунологии», г. Минск, Беларусь

Микробиологическая безопасность пищи должна сохранять актуальность. Несмотря на принимаемые операторами пищи меры, число инфекций пищевого происхождения повсеместно растет. Беспрецедентные по количеству пострадавших вспышки регистрируются даже в странах с высоким уровнем развития. По мнению ВОЗ каждый третий житель развитых стран ежегодно страдает от пищевого отравления и экономические потери при этом чрезвычайно велики. Микробиологическая безопасность пищи основывается на отсутствии потенциально патогенных микроорганизмов и соблюдении санитарно-противоэпидемических требований при производстве пищевых продуктов.

В ряде стран, с высокими стандартами гигиены, в том числе в Республике Беларусь, в последнее время широкое распространение получила система НАССР (анализ опасностей и критические контрольные точки). Однако система не позволяет справляться с заболеваниями, вызванными эмерджентными патогенами, число которых растет повсеместно, несмотря на строгое соблюдение гигиенических требований. Особенности эмерджентных патогенов заключаются, в том, что они выживают при термической обработке; весьма устойчивы к воздействию антибиотиков и дезинфектантов; входят в состав биопленок. Контаминированные ими продукты/вода выглядят и имеют вкус как нормальные. Фактически все являются зоонозами и не вызывают болезни у хозяев-переносчиков. Ранее пищевые отравления являлись результатом массивной контаминации микроорганизмами, были типичны для социальных случаев, достаточно резко ограничены и сразу заметны в локальной группе. При расследовании обычно находили ошибки на этапах производства, хранения или транспортировке продукта. Поэтому решение проблемы осуществлялось локально. Теперь возросло число скрытых случаев пищевых отравлений, связанных с низкоуровневой контаминацией, которые определяются случайной кучностью или необычными признаками. Частой ошибкой в процессе переработки продукта не видна контаминация является результатом случая. Широкое распределение массовых пищевых продуктов приводит к тому, что пищевое отравление может возникать одновременно в разных регионах и странах.

Все это обосновывает необходимость в новых подходах с целью предотвращения заражения пищевых продуктов патогенными микроорганизмами для предотвращения пищевых отравлений. К настоящему времени накоплено значительное количество данных для рассмотрения концепции анализа микробиологического риска (АМР) как универсальной методологической модели, которая, учитывая изменчивость возбудителей инфекций и характер взаимодействия с макроорганизмом, устанавливает степень опасности для здоровья при потреблении загрязненных ими продуктов. Соответственно, это служит наиболее объективным обоснованием э