

хитектоники. У всех обследованных пациентов имел место остеопороз (среднее значение Z показателя составило $-1,89 \pm 0,08$ SD, что соответствует остеопении II степени), степень выраженности которого была более существенной в I группе пациентов ($-1,85 \pm 0,09$ SD), нежели у пациентов II группы ($-1,93 \pm 0,08$). Показатель скорости распространения ультразвука, отражающий степень минерализации костной ткани, в I группе пациентов был меньше на 3,7 %, в то время как во II группе пациентов — на 2,2 % в сравнении с группой практически здоровых людей. Индекс плотности костной ткани был достоверно ниже у пациентов с сочетанной патологией ($82,6 \pm 2,8$ %), в сравнении с изолированным течением подагры ($85,9 \pm 3$ %), в группе контроля его значение соответствовало $96,2 \pm 4,2$ %.

Выводы

У пациентов с подагрой в сочетании с СД I типа в молодом возрасте происходит замедление костного метаболизма за счет уменьшения костного формирования на фоне сохраненной активности костной резорбции. Указанные изменения негативно влияют на достижение максимального пика костной массы, которое происходит в период до 30 лет, тем самым изменяют структурно-функциональные свойства костной ткани и ухудшают качество кости. У пациентов молодого возраста с подагрой на фоне СД I типа уменьшается пиковая костная масса, что в будущем приводит к развитию остеопороза и более быстрому достижению порогового уровня переломов. При сочетании СД первого типа и подагры имеет место дисбаланс костного ремоделирования за счет подавляющего влияния коморбидной патологии на процесс формирования новой костной ткани. Существенное негативное влияние на костное формирование оказывает именно сахарный диабет I типа.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Арьев, А. Л.* Подагра / А. Л. Арьев. — СПб.: СПбМАПО, 2009. — 109 с.
2. *Коваленко, В. М.* Національний підручник з ревматології / В. М. Коваленко, Н. М. Шуба. — Киев: Моріон, 2013. — С. 497–510.
3. *Мороз, Г. З.* Подагра: сучасні підходи до діагностики та лікування / Г. З. Мороз // *Терапія*. — 2010. — Т. 13, № 74. — С. 14–16.
4. *Поворознюк, В. В.* Гіперурикемія та подагра: сучасний погляд на проблему / В. В. Поворознюк, Г. С. Дубецька // *Пробл. остеол.* — 2012. — Т. 15, № 3. — С. 19–25.

УДК 616.98:578.8288НІV-053.2(476.2)

ВИЧ-ИНФЕКЦИЯ У ДЕТЕЙ В ГОМЕЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ

Анищенко Е. В., Красавцев Е. Л.

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

В мире, согласно глобальной статистике Объединенной программы ООН по ВИЧ/СПИД (ЮНЭЙДС), живет более 36 млн человек, инфицированных ВИЧ, в т. ч. 2,1 млн детей.

Беларусь достигла значительных результатов в области профилактики передачи ВИЧ от матери к ребенку. В июне 2016 г. в Нью-Йорке (США) постоянному представителю Беларуси при ООН вручили свидетельство Всемирной организации здравоохранения, фиксирующее, что в Беларуси официально подтверждено предотвращение передачи от матери к ребенку ВИЧ-инфекции и сифилиса [1].

На территории Гомельской области проживает 7738 человек с ВИЧ-положительным статусом. На сегодняшний день 126 детей с диагнозом «ВИЧ-инфекция» состоят на учете в областном консультативно-диспансерном кабинете ВИЧ/СПИД Гомельской областной инфекционной клинической больницы и получают антиретровирусную терапию.

Цель

Анализ клинических и эпидемиологических особенностей ВИЧ-инфекции у детей.

Материал и методы исследования

Нами был проведен анализ 22 медицинских карт и карт эпидемиологического расследования ВИЧ-инфицированных детей, взятых и состоящих на учете в областном консультативно-диспансерном кабинете ВИЧ/СПИД Гомельской областной инфекционной клинической больницы в период с 2016 по 2018 гг.

У 4 (18 %) установлен гетеросексуальный путь передачи инфекции и у 2 (9 %) детей путь передачи остался неустановленным. Вертикальным путем инфицировалось 16 (73 %) детей.

Дети были обследованы согласно протоколам «Оптимизация подходов к наблюдению и лечению детей с ВИЧ/СПИДОМ (инструкция по применению)» [2], и регламентирующими документами Министерства здравоохранения.

Согласно клиническому протоколу «Диагностика и лечение пациентов с ВИЧ-инфекцией» от 01.06.2017 г. № 41 диагностика ВИЧ-инфекции у детей в возрасте до 18 месяцев, рожденных от ВИЧ-инфицированных матерей, основывается на выявлении провирусной ДНК ВИЧ методом ПЦР. Исследование крови на выявление провирусной ДНК ВИЧ методом ПЦР выполняют в возрасте 2–5 дней, 8–10 недель и 4 месяца. По достижению ВИЧ-экспонированным пациентом возраста 18 месяцев лабораторные исследования выполняют по стандартному алгоритму диагностики ВИЧ-инфекции [3].

Стадию ВИЧ-инфекции выставляли в консультативно-диспансерном кабинете ВИЧ/СПИД. Для оценки стадий заболевания использовалась клиническая классификация ВИЧ-инфекции у детей до 15 лет (ВОЗ, 2012 г.).

Для описания значений возраста и вирусной нагрузки и уровня CD4 клеток использовали Me и интерквартильный размах (25–75 %). Данные представлены в виде: Me (25–75 %).

Результаты исследования и их обсуждение

Возраст установления ВИЧ статуса в обследованной группе составил 4,27 (0,66–7,48 %) лет. 7 детям диагноз выставлен в возрасте 8,8 (5,3–13,07 %) лет. Эти дети были обследованы на ВИЧ-инфекцию по клиническим показаниям (43 %), после смерти одного из родителей (14 %), двое детей прибыли на постоянное место жительства в Республику Беларусь из России (29 %). Одному (14 %) ребенку диагноз ВИЧ-инфекции был снят в возрасте одного года по результатам отрицательных результатов ИФА и ПЦР. Однако в последующем (через 4 года) ребенок вновь обследован на ВИЧ-инфекцию по клиническим показаниям (отмечались частые носовые кровотечения, тромбоцитопения). По результатам ИФА, ПЦР и ИБ ребенку установлен диагноз ВИЧ-инфекция 2 клиническая стадия: генерализованная лимфаденопатия, орофарингеальный кандидоз, гепатоспленомегалия, вторичная тромбоцитопения (вирусная нагрузка 590 копий в мл, CD4 852 клетки/мкл (21 %)). Ребенку назначена антиретровирусная терапия. На первом году жизни диагноз выставлен 8 (50 %) детям.

Антиретровирусная профилактика для снижения перинатальной передачи ВИЧ-инфекции от матери к плоду применялась только у 10 (63 %) детей. Она включала полную профилактику (и матери, и ребенку, проведена в 8 (50 %) случаях) и неполную профилактику (или только матери, или только ребенку также 8 (50 %) случаях). Естественное вскармливание получили 7 (44 %) детей, столько же родились через естественные родовые пути (44 %).

Большая часть обследованных детей при установлении диагноза ВИЧ-инфекция находилась во 2 клинической стадии заболевания (9 (56 %) детей). Одинаковое количество детей при установлении диагноза находилось в 1 и 3 клинических стадиях (по 3 (19 %) человека) и только 1 (6 %) ребенок уже находился в стадии СПИДа (4 клиническая стадия). У этого ребенка в возрасте 6 месяцев развилась пневмоцистная пневмония. Один ребенок (6 %) с 1 клинической стадией заболевания переносит его в асимптомной форме.

Большая часть детей (6 (38 %) человек) при установлении диагноза находилась в состоянии тяжелого иммунодефицита. Из этих детей только 2 (33 %) с установленным диагнозом на первом году жизни. Незначительный уровень иммунодефицита при установлении диагноза имели 5 (31 %) детей. Из них 3 (60 %) детей были на первом году жизни. В состоянии умеренного иммунодефицита при установлении диагноза находилась 3 (19 %) детей первого года жизни и 2 человека (также первого года жизни) имели выраженный иммунодефицит (12 %).

Все дети имели достаточно высокий уровень вирусной нагрузки в момент установления диагноза, 1130049 (16000–850000 %) и только у одного ребенка он составил 590 копий в мл.

Выводы

Несмотря на комплекс проводимых мероприятий по профилактике передачи ВИЧ-инфекции от матери к ребенку в области продолжают рождаться дети с ВИЧ-инфекцией. Одному ребенку (6 %) диагноз заболевания выставлен спустя некоторое время после исключения ВИЧ-инфекции по результатам лабораторных исследований. Большинство обследованных детей при установлении диагноза ВИЧ-инфекция находились во 2 клинической стадии заболевания (9 (56 %) детей). В состоянии тяжелого иммунодефицита при установлении диагноза также было большинство детей (6 (38 %) человек).

ЛИТЕРАТУРА

1. Технический отчет для Министерства здравоохранения, Беларусь, в области валидации элиминации передачи ВИЧ и сифилиса от матери ребенку. — Минск, 2016. — 51 с.
2. Оптимизация подходов к наблюдению и лечению детей с ВИЧ/СПИДом (инструкция по применению): утв. Министерством здравоохранения Республики Беларусь 10.09.2008. — Минск, 2008. — 100 с.
3. Клинический протокол «Диагностика и лечение пациентов с ВИЧ-инфекцией»: утв. Приказом Министерства здравоохранения Республики Беларусь №41 от 01.06.2017. — Минск, 2017. — 134 с.

УДК 616.12-008.46-036.12-091

КОМОРБИДНАЯ ПАТОЛОГИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Бакалец Н. Ф.

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Сердечная недостаточность (СН) является клиническим синдромом, характеризующимся типичными симптомами (одышка, отеки, усталость), которые могут сопровождаться признаками (повышение давления в яремных венах, хрипы в легких, периферические отеки), обусловленными структурными и (или) функциональными изменениями сердца, приводящими к снижению сердечного выброса, повышению внутрисердечного давления в покое или при нагрузке [1]. Так как в Республике Беларусь в статистических отчетах учитываются основные заболевания, которые приводят к СН, то выявляется сложность в эпидемиологии этого синдрома у нас в стране. По данным Эпоха-ХСН, распространенность СН I–II ФК в популяции Европейской части России составила 12,3 %, а III–IV ФК — 2,3 % [2]. Согласно современным рекомендациям Европейского общества кардиологов, выделяют следующие типы СН: СН со сниженной фракцией выброса (ФВ), СН с промежуточной ФВ, СН с сохраненной ФВ. Для пациентов со сниженной ФВ разработан алгоритм лечения, который улучшает прогноз жизни. Но для лечения пациентов с сохраненной ФВ отсутствуют лекарственные препараты, которые бы обладали классом доказательства I, уровнем A. Рекомендации по лечению этой группы пациентов звучат следующим образом: «пациентов с СН — сохраненной ФВ рекомендуется обследовать на предмет наличия сопутствующей сердечно-сосудистой и несердечной патологии, и при наличии таковой необходимо ее лечить безопасными и эффективными методами, которые способствуют улучшению симптомов, самочувствия и (или) прогноз» [1].

Цель

Провести сравнительный анализ коморбидной патологии у пациентов с систолической дисфункцией левого желудочка и у пациентов с СН с сохраненной систолической функцией на основе анамнестических, клинических данных и лабораторно-инструментальных показателей.

Материал и методы исследования

Было обследовано 197 пациентов с тяжелой ХСН. 129 человек имели III ФК ХСН по NYHA, 65 человек имели IV ФК ХСН по NYHA. Средний возраст пациентов составил $68,5 \pm$