

2,5%, в 2010 г. — 14%, в 2011 г. — 19,1%, в 2012 г. — 5,9%, при ХВГС соответственно в 2008 г. — 8,9%, в 2009 г. — 11,0%, в 2010 г. — 11,5%, в 2011 г. — 11,7%, в 2012 г. — 20,8%.

Заболеемость острыми и хроническими вирусными гепатитами В и С за ранее указанные годы преобладала у лиц мужского пола. В 2011 г. наблюдался подъем заболеваемости среди женщин при остром вирусном гепатите В и в 2010 г. при остром вирусном гепатите С.

При выявлении эпидемиологического анамнеза выявлено, что ряд больных ОВГВ свое заражение связывали с сексуальными контактами (в 2008 г. — 29% пациентов, 2009 г. — 9,1%, в 2010 г. — 28,5%). Другие больные связывали инфицирование с посещением косметологических кабинетов (28,5%). В остальных случаях эпидемиологический анамнез не был установлен.

У больных ХВГВ в 55,17% случаев эпидемиологический анамнез не выявлен. В большинстве случаев (17,24%) наиболее вероятной причиной инфицирования гепатитом В было переливание крови или ее компонентов. У 13,8% пациентов в анамнезе имелось указание на оперативное вмешательство. Нередко выявлялись случаи заболевания (10,4%), когда в семье было несколько человек больных вирусным гепатитом В (мать, отец, муж, сестра). При сборе эпидемиологического анамнеза 3,45% больных указали на ранее проведенные различные медицинские инструментальные обследования (ЭГДС, бронхоскопия и др.).

При ХВГС эпидемиологический анамнез был выявлен в 34,3% случаев. Выявлено, что 11,8% пациентов в прошлом перенесли хирургические вмешательства, у 10,4% в анамнезе имелось указание на переливание крови и ее компонентов, 7,46% пациентов заболевание ХГС связывали с лечением у стоматолога, у 4,47% больных в анамнезе имеются сведения о проведении инструментальных медицинских обследований.

Острый вирусный гепатит В в 2008, 2010 и 2012 гг. в 100% случаях имел среднетяжелое течение. В 2009 г. на легкое течение пришлось 11,1%, средней степени тяжести — 88,9%, в 2011 г. в 33,3% случаях течение имело тяжелый и в 66,6% — среднетяжелый характер. При остром течении вирусного гепатита С тяжелое течение отмечалось в 2009 г. в 40% и в 50% случаях в 2012 г.

Таким образом, наблюдается снижение заболеваемости острыми парентеральными вирусными гепатитами В и С, которые в основном имеют среднетяжелое течение. Уровень регистрации хронических вирусных гепатитов остается на высоком уровне. Сохраняется высокий процент впервые выявленных хронических гепатитов, но отмечается тенденция к снижению количества больных этой группы. В структуре больных острыми и хроническими гепатитами преобладает трудоспособное население, при этом отмечается увеличение процента больных старше 60 лет. Основную часть больных парентеральными гепатитами составляют мужчины. Характерный эпидемиологический анамнез выявляется редко.

Литература

1. Гордейчук, И.В. Латентный гепатит В у пациентов с ВИЧ-инфекцией / И.В. Гордейчук,

Е.Ю. Малинникова, О.Е. Попова // Мир вирусных гепатитов — 2008. — №6. — С. 3—7.

2. Харитоновна Т.П., Большикова Е.К., Матвеева С.В., Матвеева Ю.В., Кашников Ю.И., Коблов В.В., Пикалов И.Н., Степаненко С.С., Степанов Н.А., Фадеева Н.Ю. Государственный доклад о санитарно-эпидемиологической обстановке в РМ в 2012 году. — [Электронный ресурс] — Режим доступа: http://13.rospotrebnadzor.ru/news/-/asset_publisher.

СРАВНЕНИЕ ПАРАМЕТРОВ ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ И НЕКОТОРЫХ ЛАБОРАТОРНЫХ ДАННЫХ В ГРУППАХ ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ, ВИЧ-ЭКСПОНИРОВАННЫХ И ЗДОРОВЫХ ДЕТЕЙ

Анищенко Е.В, Красавцев Е.А.

Гомельский государственный медицинский университет, г. Гомель, Беларусь

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]. Наиболее активно физическое развитие происходит на первом году жизни [3].

Целью работы явилось 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», версия 6.0 (StatSoft, USA), с использованием данных непараметрической статистики. Данные представле-

ны в формате «Me (25;75%)». 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. Результаты показателей массы и длины тела, окружности головы и груди при рождении у ВИЧ-инфицированных, ВИЧ-экспонированных и здоровых детей находились в пределах возрастных норм. Показатели массы и длины тела у ВИЧ-инфицированных и ВИЧ-экспонированных детей были статистически достоверно меньшими при сравнении с аналогичными показателями у здоровых детей (масса тела у ВИЧ-инфицированных 3150 г (2650; 3500), у ВИЧ-экспонированных 3035 г (2750; 3275), у здоровых детей 3340 г (3055; 3740), $p < 0,001$; длина тела у ВИЧ-инфицированных и ВИЧ-экспонированных детей была 51 см (50; 53) и 51 см (49; 52) соответственно, у здоровых — 53 см (51;55), $p < 0,001$).

Окружности головы и грудной клетки при рождении у ВИЧ-инфицированных и ВИЧ-экспонированных детей были примерно равными: 34 см (33; 36) окружность головы у ВИЧ-инфицированных и 34 см (33; 34) у ВИЧ-экспонированных детей, окружность грудной клетки 34 см (32; 36) у ВИЧ-инфицированных и 33 см (32; 33) у ВИЧ-экспонированных детей, но при сравнении методом непараметрической статистики (по Манну-Уитни) отличия были достоверны ($p < 0,01$).

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%). 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 массы тела (2 ребенка (4%) ВИЧ-экспонированных и 26 (26%) здоровых детей, $p < 0,0001$) и чаще — с высоким дисгармоничным развитием с дефицитом массы тела (4 ребенка (8%) среди ВИЧ-экспонированных детей и 1 здоровый (1%) ребенок, $p < 0,0001$).

По сравнению с группой здоровых детей (12%) в группе ВИЧ-инфицированных (17%) преобладали дети со средним дисгармоничным развитием с дефицитом массы тела, $p < 0,05$.

Лабораторные показатели периферической крови детей в первые сутки жизни в сравниваемых группах были в пределах нормы. Статистически значимыми ($p < 0,05$) оказались более низкие показатели уровня лейкоцитов и тромбоцитов в периферической крови у ВИЧ-инфицированных детей при сравнении с группой здоровых детей: $16 \times 10^9/\text{л}$ (10; 21) лейкоцитов у ВИЧ-инфицированных детей, $19 \times 10^9/\text{л}$ (16; 24) лейкоцитов у здоровых детей, и количество тромбоцитов у ВИЧ-инфицированных новорожденных составило $215 \times 10^{12}/\text{л}$ (198; 257), а у здоровых $255 \times 10^{12}/\text{л}$ (222; 313). Количество тромбоцитов у ВИЧ-экспонированных новорожденных было большим, чем у ВИЧ-инфицированных: $280 \times 10^{12}/\text{л}$ (229; 314) и $215 \times 10^{12}/\text{л}$ (198; 257) соответственно, $p < 0,01$.

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: научн. издание / Е.И. Барановская, С. В. Жаворонок, О.А. Теслова, А.Н. Воронежский, Н.Л. Громыко, М.А. Кустова. — Минск, 2012. — 194 с.
3. Исаева, Л.А. Педиатрия: учебник / под ред. Л.А. Исаевой. — М.: М-а, 1987. — 592 с.
4. Cruz, M.L.S. 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—691.
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; глредакт.: В.И. Кулаков. — Москва, 2003. — С. 15—16.

ПАЗАРИТАРНОЕ ПОРАЖЕНИЕ ОРГАНОВ ЗРЕНИЯ У ЧЕЛОВЕКА

Аракельян Р.С., Аракельян А.С., Вишневецкая И.Ф., Егорова Е.А., Заплетина Н.А., Стулов А.С., Филиппова В.М.

ГБОУ ВПО «Астраханская государственная медицинская академия Минздрава России», г. Астрахань, Россия

Дирофиляриоз человека регистрируется в Астраханской области с 1951 г. В настоящее время в регионе зарегистрировано 84 случая дирофиляриоза человека, из них 29 случаев (34,5%) приходится на поражения органов зрения.

Первый случай глазного дирофиляриоза зарегистрирован в июне 1984 г. у девочки 13 лет, проживавшей в Икрянинском районе Астраханской области. Первый городской случай глазного дирофиляриоза