

ются в качестве профессиональных, подлежащих соответствующей компенсации.

Кроме поражений костной ткани рабочие, имеющие длительный стаж контакта с локальной вибрацией, могут жаловаться на мышечную слабость, боли в руках и снижение мышечной силы. Обнаружено также, что воздействие вибрации может быть причиной уменьшения максимального усилия сжатия кисти. Еще у работников, подвергающихся воздействию вибрации, достаточно часто встречаются поражения мышечной ткани в виде тендинита, тендовагинита и контрактуры Дюпюитрена — заболевание фасциальной ткани ладони руки.

Куницкая С. В.

ВИЧ-ИНФЕКЦИЯ, СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ И ПРОГНОЗ РАСПРОСТРАНЕНИЯ В РЕСПУБЛИКЕ БЕЛАРУСЬ

Кафедра общественного здоровья и здравоохранения БГМУ, г. Минск

Регистрация единичных случаев ВИЧ-инфекции в республике закончилась в 1996 г., когда произошла вспышка ВИЧ-инфекции в г. Светлогорске. С 1996 по 2006 гг. передача ВИЧ-инфекции реализовывалась преимущественно при совместном введении наркотиков [1]. В 2006 г. произошла смена основного пути передачи ВИЧ-инфекции с парентерального на половой ($p < 0,05$) [2].

В начале распространения ВИЧ-инфекции на основе полученных при эпидемиологических расследованиях данных выделили наиболее уязвимую группу — молодежь. В 1996 г. 93,4 % среди ВИЧ-инфицированных в г. Светлогорске составили лица в возрасте от 15 до 30 лет [1]. Для группы характерна склонность к освоению новых поведенческих форм (употребление наркотических препаратов, незащищенные сексуальные отношения), часто небезопасных для здоровья, низкий уровень самоконтроля, отсутствие критической оценки ситуации. Основные профилактические мероприятия сконцентрировались именно на этой возрастной группе. Как следствие сформировался стереотип — представитель группы риска — это молодой человек, употребляющий наркотики, люди не входящие в эту группу не идентифицировали себя и свое поведение с риском заразиться ВИЧ.

С 1999 г. инфекция вышла за пределы Светлогорского очага. Последующий анализируемый период касается распространения ВИЧ-инфекции по всей территории республики [3, 4]. Динамика первичной заболеваемости ВИЧ в указанные годы представлена на рис. 1.

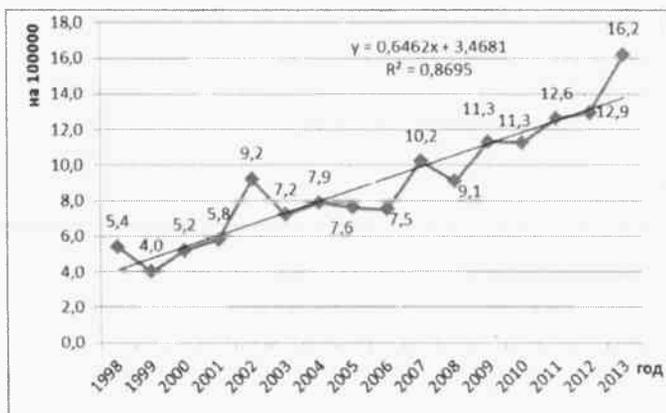


Рис. 1. Динамика распространения ВИЧ-инфекции в Республике Беларусь с 1999 по 2013 гг.

Наименьший уровень первичной заболеваемости зарегистрирован в 1999 г. — 4,10 случая на 100 тыс. населения, наибольший достигнут в 2013 г. — 16,2 случая на 100 тыс. населения (разность уровней за указанные годы статистически значима, $p < 0,05$). Среднегодовой показатель — $9,6 \pm 0,81$ случая на 100 тыс. населения. При анализе динамики первичной заболеваемости ВИЧ установлена выраженная тенденция к росту показателя, среднегодовой темп прироста составил 18,4 % ($r = 0,93$, $F = 1,15$; $p > 0,05$).

При сохранении выявленных тенденций в дальнейшем, показатель первичной заболеваемости ВИЧ может увеличиться вдвое через 7,56 лет.

В 2013 г. половой путь передачи по-прежнему являлся ведущим, он составил 85,2 %, в то время как заражение при внутривенном введении наркотиков — 13,0 %, прочие пути — 1,8 %. На 1 случай передачи ВИЧ-инфекции при гомосексуальных контактах приходилось 29,4 случая передачи заболевания при гетеросексуальных контактах, а на 1 случай инфицирования при инъекционном употреблении наркотиков — 6,5 случаев заражения половым путем.

Выводы:

1. В республике сложилась выраженная тенденция к росту первичной заболеваемости ВИЧ-инфекции.
2. Ведущий путь передачи — половой.
3. При имеющейся тенденции к росту первичных случаев ВИЧ-инфекции и преобладании полового пути передачи следует заострить внимание населения на существующей проблеме, сформировать устойчивые навыки безопасного здоровьесберегающего поведения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Глазовский, В. А. Эпидситуация по ВИЧ-инфекции в Республике Беларусь. Государственная политика в области профилактики ВИЧ-инфекции / В. А. Глазовский // Мир медицины. 1999. № 1. С. 7–9.
2. Куницкая, С. В. Особенности распространения ВИЧ-инфекции среди населения / С. В. Куницкая, И. И. Халямина // Труды молодых ученых 2008 : сб. науч. работ / под общ. ред. С. Л. Кабака. Минск : БГМУ, 2008. Т. 78. С. 97–101.
3. <http://www.rceph.by/otdely/otdel-profilaktiki-vich-spid>.
4. http://aids.by/aids_situation/index.php?ID=962.

Леонович Э. И.

ОЖИРЕНИЕ И ОСНОВНОЙ ОБМЕН (ОБСУЖДЕНИЕ КЛИНИЧЕСКИХ СЛУЧАЕВ)

Кафедра гигиены труда БГМУ, г. Минск

Ожирение относится к самым распространенным заболеваниям человека, причем статистика свидетельствует о неуклонном росте ожирения. В развитых странах мира ожирением страдает от 10 до 30 % населения. Причины избыточной массы тела различны, поэтому ожирение относится к полиэтиологическому заболеванию. Основную роль в развитии ожирения играет основной обмен, величина которого определяет количество и скорость отложений жира в теле.

Объектом клинических наблюдений явились мужчина 52 лет и две женщины — 22 и 35 лет. Состояние фактического питания обследуемых изучали методом интервьюирования на основании таблиц химического состава Российских и Английских продуктов питания. Рекомендуемую массу тела определяли по методике Европейской ассоциации нутрициологов, степень ожирения по индексу массы тела и % избытка массы тела, тип ожирения по отношению объема талии к объему бедер. Определяли уровень общего холестерина, глюкозы, ЛПВП и ЛПНП в крови, рассчитывали индекс атерогенности. Энерготраты пациентов определяли хронометражным методом, по уравнению Харриса–Бенедикта, Айретона–Джонса и методом алиментарной энергетрики. Величину основного обмена определяли через коэффициент физической активности.

Энергетическая ценность, содержание макро- и микронутриентов в среднесуточных рационах питания лиц, страдающих ожирением представлены в табл. 1.

Как показывает табл. 1, у мужчины энергетическая ценность среднесуточного рациона питания превышает энерготраты на 51 ккал/сутки. Отметим, что в соответствии с нормами физиологических потребностей в пищевых веществах и энергии для различных групп взрослого населения