

зарегистрировано ни одного случая тяжелого течения ГА. В группе молодых пациентов (19–44 лет) безжелтушные формы составили 2,6 %, легкая степень тяжести встречалась в 18,4 % случаев, средняя — в 68,4 % случаев, тяжелая — в 10,6 % случаев. В группе пациентов среднего возраста преобладала средняя степень тяжести — в 60 % случаев, на легкую и тяжелую формы приходилось по 20 %, безжелтушных форм не было. Таким образом, выявлено, что с возрастом увеличивается количество тяжелых форм гепатита А.

Длительность госпитализации зависела от степени тяжести и в среднем составила 20,5 дней. Все пациенты выписаны с улучшением с рекомендациями по дальнейшему лечению на амбулаторном этапе.

### **Заключение**

Таким образом, заболеваемость ВГА в Гомеле и Гомельской области сохраняется на очень низком уровне, от 3-х до 14 случаев в год. Заболевание регистрируется у пациентов любого возраста — от 1 года до 53 лет. Преобладают среди пациентов лица мужского пола (60 %), жители городов (88 %). Значительно увеличилась доля взрослого населения, которые составляют 67,1 % заболевших ( $p < 0,05$ ). На ранний детский возраст приходится только 11 % пациентов, подростки составили 21,4 % заболевших. Возраст старше 45 лет больше не является критерием исключения диагноза вирусного гепатита А — зарегистрировано 5 случаев ВГА (7,1 %) у лиц среднего возраста. В половине случаев заболеваемость является точечной, с неустановленным источником и механизмом заражения. В 27,5 % случаев установлена четкая связь с пребыванием в других странах. В 71,4 % случаев заболевания регистрируются в зимне-весенний период. Среди данной группы завозные случаи составляют только 8 % ( $p < 0,05$ ). В летне-осенний период зарегистрировано только 28,6 % случаев, в основном это завозные случаи — 65 % ( $p < 0,05$ ). Типичная киника ВГА была у 92,9 % пациентов, атипичные безжелтушные формы заболевания составили только 7,1%. Продромальный период чаще протекал по смешанному типу — у 55,7 % пациентов. Клиническая картина в период разгара была типичной, но заболевание протекало в основном в среднетяжелой форме (56 %). С возрастом увеличивается количество тяжелых форм гепатита А. У всех пациентов заболевание закончилось выздоровлением, летальных случаев не было.

### **ЛИТЕРАТУРА**

1. Вирусный гепатит А: особенности клинического течения у взрослых / Э. Н. Калинина [и др.] / Сибирский медицинский журнал (Иркутск). — 2018. — Vol. 149, № 2. — P. 39–41.
2. ВОЗ. Гепатит А. Информационный бюллетень 09.07.2019. — <https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/hepatitis-a>.
3. Кареткина, Г. Н. Вирусный гепатит А: современные особенности клиники, диагностики и профилактики / Г. Н. Кареткина // Медицина России. — 2012. — № 4. — С. 123.
4. Характеристика эпидемического процесса вирусного гепатита А / В. Г. Гудков [и др.] // Здоровоохранение. — 2014. — № 10. — Инфектология и эпидемиология.

**УДК 316.6:[616.98:578.828НIV]-053.2(476.2)**

## **СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ У ДЕТЕЙ ГОМЕЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ**

***Козорез Е. И., Казначеева Е. П., Анищенко Е. В., Демчило А. П.***

**<sup>1</sup>Учреждение образования**

**«Гомельский государственный медицинский университет»,**

**<sup>2</sup>Учреждение**

**«Гомельская областная инфекционная клиническая больница»**

**г. Гомель, Республика Беларусь**

### **Введение**

Благодаря активному развитию медицины XXI в. ВИЧ-инфицированные дети, получили возможность на существенное увеличение продолжительности и качества своей

жизни. Но такие дети отличаются особыми психическими и физическими особенностями развития, которые могут неблагоприятно влиять на формирование их характера, и затруднять адаптацию к жизни в обществе. К тому же само общество не всегда готово принять ВИЧ-инфицированных детей, из-за страха заражения. Таким образом, возникает своего рода порочный круг, с одной стороны ВИЧ-инфицированные дети, которые нуждаются в социальной поддержки и помощи, с другой общество, которое испытывает страх перед такими детьми, вынуждающий отворачиваться от них [1, 2].

В подростковом возрасте ВИЧ-позитивные дети сталкиваются с проблемой информированности о своем ВИЧ-статусе. Заметив частые ухудшения своего здоровья, постоянный прием лекарственных средств и необходимость выполнять медицинские рекомендации, ребенок задает ряд вопросов своим родителям/опекунам. Однако чаще всего раскрытие диагноза ВИЧ-инфекции задерживается до периода старшего детства, из-за желания защитить ребенка от психической травмы и стигматизации со стороны общества. В европейских странах, данную проблему рекомендуют решать путем раскрытия диагноза ВИЧ-инфицированным детям с 8 лет, с учетом их возрастных особенностей восприятия такой информации [3]. Знание ВИЧ-инфицированными детьми своего диагноза не приводит к росту среди них психических расстройств, такие дети проходят ряд психологических стадий осознания своего заболевания. В связи с этим, своевременная психологическая помощь, со стороны родителей/опекунов, близких, медицинских работников и психологов, приведет к более быстрому переходу на этап принятия своего заболевания. Это позволяет увеличить уровень приверженности ВИЧ-инфицированных детей к антиретровирусной терапии [4].

#### ***Цель***

Исследование социально-психологических аспектов детей, живущих с ВИЧ, в Гомельской области.

#### ***Материал и методы исследования***

Было проведено исследование 114 детей до 18 лет, состоящих на диспансерном учете в КДК ВИЧ/СПИД Гомельской области, из них: 56 (49 %) девочек и 58 (51 %) мальчиков. Проводились очные консультации на базе инфекционной больницы или по телефону родителей или лиц, на чьем попечении находятся дети.

#### ***Результаты исследования и их обсуждение***

Из 114 детей, в полной семье воспитываются только 38 (33,5 %). На иждивении только мамы находятся 25 (22 %) детей, папы — 3 (2,5 %), бабушек и (или) дедушек — 32 (28 %), тети — 3 (2,5 %), в детских домах — 6 (5 %), старших братьев и сестер — 3 (2,5 %), приемных родителей — 4 (4 %). Серьезным фактом является то, что у 11 (10 %) детей в отсутствие опекунов некому проконтролировать и помочь с приемом антиретровирусных лекарственных средств. Кроме этого, не все бабушки и дедушки, помогающие с уходом за ребенком и выдачей терапии, знают о статусе внуков.

Было выявлено, что все дети получают антиретровирусную терапию и родственники знают, как правильно ее давать. Антиретровирусную терапию (АРТ) получают в поликлиниках по месту жительства, из них: в сельской амбулатории — 1, на фельдшерско-акушерском пункте — 1, 33 — у педиатра, 79 — у инфекциониста. Проблем взаимодействия с лечащими докторами не было.

О диагнозе знают только 52 (45,6 %) из 114 детей. В основном диагноз раскрывали: мама (21 (40 %) случаев), психолог (11 (22 %) случаев), бабушка (7 (13,5 %) случаев), другие близкие родственники (8 (15,5 %) случаев), медработники (5 (9 %) случаев).

Психологические проблемы различного характера имеют 29 (25,5 %) детей.

Родственники не отмечают проблем с выдачей справок или получением пособия, в 8 (7 %) случаях родственники указали на разглашение диагноза.

### **Заключение**

- 1) все дети, живущие с ВИЧ в Гомельской области, получают антиретровирусную терапию;
- 2) в полной семье живет только треть детей, треть воспитывают мамы или папы, треть — бабушки и дедушки;
- 3) каждый четвертый ребенок имеет психологические проблемы;
- 4) меньше половины детей знают о своем диагнозе;
- 5) случаи разглашения диагноза были единичные, связанные с младшим медицинским персоналом.

### **ЛИТЕРАТУРА**

1. Избранные лекции по ВИЧ-инфекции / В. В. Покровский [и др.]; под общ. ред. В. В. Покровского. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. — 516 с.
2. Избранные лекции по ВИЧ-инфекции: Ч. 2 / В. В. Покровский [и др.]; под общ. ред. В. В. Покровского. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. — 328 с.
3. Хоффман, К. ВИЧ 2014/15 / К. Хоффман, Ю. К. Рокштро. — М.: Medizin Fokus, 2015. — 942 с.
4. Шевчук, С. О. Некоторые психологические проблемы социальной адаптации ВИЧ-инфицированных детей в РФ / С. О. Шевчук // Вестник совета молодых ученых и специалистов Челябинской области. — 2017. — Т. 2, № 4 (19). — С. 75–79.

**УДК 66.993:579.834.114**

## **ЧАСТОТА ВЫЯВЛЕНИЯ ИММУНОГЛОБУЛИНОВ РАЗЛИЧНЫХ КЛАССОВ К БОРРЕЛИЯМ**

**Красавцев Е. Л., Цыбульская А. А., Александрова Е. Ю.**

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

### **Введение**

Лайм-боррелиоз (ЛБ) — это полиорганное инфекционное заболевание, вызываемое спирохетой *B. burgdorferi sensu lato* и передаваемое трансмиссивным путем через иксодовых клещей. Основное эпидемическое значение на территории Беларуси имеют клещи *Ixodes ricinus* и *Dermacentor reticulatus*, характеризующиеся наибольшей агрессивностью. По данным санитарно-эпидемиологических наблюдений 92 % площади Беларуси неблагополучны по ЛБ [1].

*B. burgdorferi sensu lato* представляет собой комплекс бактерий, включающий более 10 геновидов боррелий. Не все боррелии данного комплекса являются патогенными для человека, доказана патогенность трех геновидов: *B. burgdorferi sensu stricto*, *B. garinii* и *B. Afzelii*, заболевание характеризуется стадийностью течения с преимущественным поражением кожи, опорно-двигательного аппарата, нервной системы, сердца, редко — других органов и систем, а также характеризуется склонностью к хроническому либо латентному течению инфекции [2, 4].

ЛБ является распространенным эндемичным трансмиссивным заболеванием для Республики Беларусь и ряда других стран. В последние годы заболеваемость данной инфекцией в Республике Беларусь имеет тенденцию к непрерывному росту. По данным санитарно-эпидемиологических наблюдений за последние 15 лет в нашей стране диагностированы 10 421 случай ЛБ среди взрослых и 969 — у детей [www.medvestnik.by].

При попадании боррелий в организм лимфоциты человека вырабатывают иммуноглобулины — специальные белки, нейтрализующие бактерии. Первыми в крови появляются иммуноглобулины М (IgM), как правило, их выявляют уже через 2–3 недели после укуса клеща. Концентрация IgM достигает максимума через 6 недель, а затем постепенно снижается в течение нескольких месяцев и даже лет. Исследование на IgM