

- Легкое когнитивное расстройство:

1. Никаких доказательств существовавшей ранее причины. Когнитивные нарушения должны быть связаны только с ВИЧ и никакой другой этиологии (например, деменция, делирий).

2. Легкие нарушения в > 1 области повседневной деятельности, включая умственную деятельность, домоводство или социальное функционирование.

- ВИЧ-ассоциированная деменция:

1. Нет доказательств существования других причин для формирования деменции (т. е. инфекции центральной нервной системы, новообразования центральной нервной системы, цереброваскулярные заболевания).

2. Выраженные нарушения повседневной деятельности.

3. Отмечаются когнитивные нарушения с участием по крайней мере двух когнитивных областей при выполнении нейропсихологического тестирования отмечается > 2 отклонений от среднего значения, особенно в запоминании новой информации, обработке информации, концентрации внимания.

Выводы

Исходя из полученных данных из современной зарубежной и отечественной литературы, можно установить, что ВИЧ обладает сложным механизмом проникновения в ткань головного мозга, преимущественно поражая клетки макро- и микроглии, снижая «опеку» глии над нейронами и вызывая нейродегенеративные изменения. Таким образом, полученные сведения об основных звеньях патогенеза поражения центральной нервной системы у ВИЧ-инфицированных пациентов позволяют более полно оценить патологический процесс и использовать эти данные в научных, диагностических и лечебных целях.

ЛИТЕРАТУРА

1. S. Hong. Role of the immune system in HIV-associated neuroinflammation and neurocognitive implications / S. Hong, W. A. Banks // Brain, Behavior, and Immunity. — 2014. — № 45. — P. 1–12.
2. D. Saylor. HIV-associated neurocognitive disorder — pathogenesis and prospects for treatment / D. Saylor [et al.] // Infections of the CNS. — 2016. — № 12. — P. 234–248.
3. HIV-associated neurocognitive disorders / M. Sanmarti [et al.] // Journal of Molecular Psychiatry. — 2014. — № 2. — P. 1–10.
4. Механизмы поражения головного мозга при ВИЧ-инфекции / Н. А. Беляков [и др.] // Вестник РАМН. — 2012. — № 9. — С.4–12.
5. The AIDS Dementia Complex: II. Neuropathology / A. Navia [et al.] // Annals of Neurology. — 1986. — № 19. — P. 525–535.

УДК 616.921.8-053.36

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ КОКЛЮША У ДЕТЕЙ ДО ГОДА

Зуевич А. С., Дордаль А. В.

Научный руководитель: ассистент О. Л. Тумаиш

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Коклюш (Pertussis) — острое инфекционное заболевание, вызываемое коклюшной палочкой, передающееся воздушно-капельным путем, характеризующееся приступообразным судорожным кашлем. Несмотря на высокий уровень охвата вакцинацией, коклюш остается важной причиной детской летальности во всем мире [1]. Коклюш вызывается бактериями *Bordetella pertussis*. Врожденный иммунитет, обусловленный материнскими антителами, не развивается, контагиозность составляет 90 %.

Коклюш у детей раннего возраста имеет свои клинические особенности, характеризуясь, прежде всего тяжестью течения [2]. После перенесенного коклюша в условиях высокого охвата детей прививками и низкого уровня циркуляции возбудителей стойкий иммунитет сохраняется в течение 20–30 лет, после чего возможны повторные случаи заболевания.

На сегодняшний день самой эффективной мерой борьбы с коклюшем считается введение АКДС-вакцины. Несмотря на это коклюш остается одной из важных проблем детской инфекционной патологии [3].

Цель

Определить корреляции между тяжестью клинического течения коклюша с лабораторными показателями крови у детей до одного года.

Материал и методы исследования

Проведен анализ 33 историй болезни детей с коклюшем в возрасте от 1 месяца до 1 года, проходивших лечение в УЗ «Гомельская областная инфекционная клиническая больница» в период с 03.12.2010 г. по 23.06.2016 г. В исследование включены дети из групп риска по развитию коклюша из различных эпидемиологических условий: не привитые дети, привитые с нарушением календаря прививок и имеющих контакт с людьми болеющими ОРВИ. Дети были разделены на 4 группы в зависимости от возраста: с 1 до 3 месяцев (n = 9), с 4 до 6 месяцев (n = 15), с 7 до 9 месяцев (n = 6), с 10 месяцев до года (n = 3 %). Распределение пациентов по возрасту и полу (таблица 1).

Результаты исследования и их обсуждение

По половому признаку достоверных различий по заболеваемости коклюшем не было выявлено: мальчики и девочки встречались одинаково часто. 11 (33,3 %) детей имели контакт с людьми имеющими клинику ОРВИ.

Таблица 1 — Распределение групп по полу и возрасту

Возраст, месяцы	Количество		Пол			
			мужской		женский	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
1–3	9	27,2	6	37,5	3	17,6
4–6	15	45,4	6	37,5	9	52,9
7–9	6	18,4	2	12,5	4	23,5
10–12	3	9,0	2	12,5	1	6,0

Больше всего детей заболевших коклюшем приходилось на 2-ю возрастную группу с 4–6 месяцев — 15 (45,4 %) человек, меньше всего на 4-ю с 10–12 месяцев — 3 (9 %) ребенка. Среди мальчиков случаи коклюша наиболее часто регистрировались в группе 1–3 месяцев — 6 (18,1 %) человек и в группе 4–10 месяцев — 6 (18,1 %) человек, среди девочек наибольший процент заболеваемости был выявлен в группе 4–6 месяцев — 9 (27,3 %) человек.

Из 33 детей по возрасту прошли вакцинацию соответственно календарю прививок 2 (6,1 %) ребенка, средний возраст этих детей составил 3,5 месяца, так же у 2 (6,1 %) детей был нарушен календарь прививок. Один ребенок первую прививку получил в 5 месяцев, второй в возрасте 7 месяцев. Не привиты по возрасту 22 (66,7 %) ребенка, средний возраст составил 5,9 месяцев.

Среднее количество лейкоцитов составило $19,4 \times 10^9$ клеток/л, максимальное количество лейкоцитов — $33,1 \times 10^9$ клеток/л, минимальное — $9,1 \times 10^9$ клеток/л. Среднее количество лимфоцитов в общем анализе крови 73 %, максимальное значение — 89 %, минимальное — 40 %.

Средняя продолжительность периода спазматического кашля составила 14 дней, максимальная продолжительность 30 дней, наблюдалась у 2 (6 %) детей средний возраст составил 7 месяцев, минимальная продолжительность — 5 дней у 1 (3 %) ребенка 3 месяцев. Количество приступов за сутки в среднем 8 раз. У одного ребёнка в возрасте 2 месяцев насчитывалась около 50 приступов за сутки. Апноэ наблюдалось у 11 (33,33 %) детей в возрасте от 1 месяца до 11 месяцев, наиболее часто апноэ встречалось у детей во второй возрастной группе 5 раз (45,5 %), 1 (9,0 %) случай апноэ наблюдался в 4-й возрастной группе. У 1 ребенка наблюдалось рецидивирующее течение болезни.

Для лечения коклюша чаще всего использовалась следующая схема лечения-азитромицин + в/мышечно цефатоксим, фенобарбитал, амброксол. Средний курс лечения составил 12 дней. Минимальный курс лечения 6 дней у ребенка из 2-й возрастной группы, максимальный курс лечения составил 23 дня у ребенка из 3-й возрастной группы.

Выводы

1. В результате проведенного исследования было установлено, что возникновение коклюша не имеет корреляции с полом и возрастом.
2. Средняя продолжительность периода спастического кашля составила 14 дней. Апноэ чаще встречалось у детей в возрасте с 4 до 6 месяцев.
3. Заболевание коклюшем у детей старше 6 месяцев при нарушении календаря прививок и у не привитых детей встречается значительно чаще.

ЛИТЕРАТУРА

1. Николаева, И. В. Коклюш на современном этапе / И. В. Николаева, Г. С. Шайхиева // Вестник современной клинической медицины. — 2016. — Т. 9, Вып. 2. — С. 25–29.
2. Коклюш у детей раннего возраста / М. С. Петрова [и др.] // Эпидемиология и инфекционные болезни. — 2012. — № 4. — С. 19–24.
3. Таточенко, В. Н. Реактогенность и безопасность адсорбированных вакцин против коклюша, дифтерии и столбняка / В. К. Таточенко, Л. С. Намазова, О. А. Аликова // Вопросы современной педиатрии. — 2006. — Т. 5, № 4. — С. 32–38.

УДК 616.921.5

АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ВАКЦИНОПРОФИЛАКТИКИ СЕЗОННОГО ГРИППА В ОРГАНИЗОВАННЫХ КОЛЛЕКТИВАХ

Кавецкий А. С.

Научный руководитель: старший преподаватель *О. А. Горбич*

Учреждение образования

**«Белорусский государственный медицинский университет»
г. Минск, Республика Беларусь**

Введение

Согласно данным экспертов ВОЗ, во время ежегодных эпидемий гриппа, возникающих по всему миру, регистрируется от 3 до 5 млн случаев заболевания гриппом в тяжелой клинической форме, а также от 250 до 500 тыс. случаев с летальным исходом.

Изменчивость вируса гриппа обуславливает проведение ежегодной иммунопрофилактики для формирования иммунологической прослойки. Данное свойство определяется сегментированностью генома вируса, и, как следствие, повышенной подверженностью генетическим рекомбинациям [1].

Широкому и быстрому эпидемическому распространению вируса аэрозольным механизмом передачи способствует относительно высокая вероятность развития у инфицированных субклинических, иннапаратных форм инфекции. Однако в силу низкой устойчивости вируса в окружающей среде, а также неустойчивости формирующегося аэрозоля, содержащего вирионы, эффективная передача вируса осуществляется на очень ограниченном расстоянии (1–2 метра). Таким образом, наибольшему риску инфицирования человек подвергается при непосредственном общении с пациентом в небольшом замкнутом помещении (например, палате). Восприимчивость к вирусу гриппа у иммуноскомпрометированных лиц всех возрастов высокая.

На сегодняшний день вакцинация является приоритетным и наиболее перспективным средством профилактики заболеваемости гриппом [2].

Цель

Выявить причины отказа от участия в кампании по иммунопрофилактике гриппа среди студентов медицинского университета.

Материал и методы исследования

В настоящее проспективное исследование было включено 63 студента УО «Белорусский государственный медицинский университет» (БГМУ) в возрасте от 18 до 23 лет.