

из 10, имеющих черты ригидности, находятся в этой фазе), которые предположительно можно связать с эмоциональными и невротическими срывами и с психосоматическими заболеваниями. Эти люди, изначально заинтересованные в решении деловых проблем и желании как можно лучше выполнить свою профессиональную работу, проявляют попытки облегчить или сократить обязанности, которые требуют эмоциональных затрат. К ним приходит ощущение, что эмоционально они уже не могут помогать субъектам своей деятельности, не в состоянии войти в их положение, соучаствовать и сопереживать. Реагирование без чувств и эмоций — наиболее яркий симптом «выгорания».

Переход реакций с уровня эмоций на уровень психосоматики определяет третью фазу. В третьей фазе эмоционального выгорания находятся 20 (66,66 %) человек. У 16 (80 %) из них фаза формируется, а у 4 (20 %) — она сформировалась.

Таблица 1 — Наличие эмоционального выгорания у медицинских работников акушерско-гинекологического профиля

Фазы эмоционального выгорания	Профессии акушерско-гинекологического профиля		
	врач акушер-гинеколог	акушерка	медицинская сестра
Фаза напряжения	1 (3,33 %) человек	0 %	0 %
Фазы напряжения и истощения	1 (3,33 %) человек	0 %	0 %
Фаза резистенции	0 %	4 (13,33 %) человека	1 (3,33 %) человек
Фаза истощения	1 (3,33 %) человек	2 (6,66 %) человека	1 (3,33 %) человек
Фазы истощения и резистенции	0 %	1 (3,33 %) человек	0 %

Из данных таблицы 1 видно, что нет ни одного испытуемого со сформированными тремя фазами. У 8 (26,66 %) человек сформированы одна и более фаз эмоционального выгорания. У 4 (50 %) из них сформирована только фаза резистенции, у 2 (25 %) — только фаза истощения, у 1 (12,5 %) испытуемого — фазы напряжения и истощения, еще у 1 (12,5 %) — фазы резистенции и истощения.

Проведенное исследование показало:

- специалисты акушерско-гинекологического профиля в медицине нуждаются в исследовании эмоционального выгорания на большей выборке;
- необходима работа психолога с медицинским персоналом акушерско-гинекологических отделений по профилактике и коррекции эмоционального выгорания.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. *Водопьянова, Н. Е.* Синдром выгорания: диагностика и профилактика / Н. Е. Водопьянова, Е. С. Старченкова. — 2-е изд. — СПб.: Питер, 2008. — 336 с.
2. *Орел, В. Е.* Феномен «выгорания» в зарубежной психологии: эмпирические исследования и перспективы / В. Е. Орел // Психологический журнал. — 2001. — № 1. — С. 90–101.
3. *Соколова, Э. А.* Общественный смысл эмоционального выгорания / Э. А. Соколова // Актуальные вопросы теоретической и практической медицины: матер. Респ. науч.-практ. конф. (1–2 декабря 2005 г., Гомель). В 2 т. / сост. С. В. Жаворонок [и др.]. — Гомель: ГомГМУ, 2006. — Т. 2. — С. 91–92.
4. *Селищева, И. Н.* Комплексная социально-гигиеническая оценка трудового процесса и условий труда врачей акушеров-гинекологов / И. Н. Селищева // Вестник всероссийского общества специалистов по медико-социальной экспертизе, реабилитации и реабилитационной индустрии. — 2011. — № 4. — С. 39–45.
5. *Бойко, В. В.* Энергия эмоций в общении: взгляд на себя и на других / В. В. Бойко. — М.: Филинь, 1996. — 472 с.

УДК 616.98:578.828 Н1V – 053.3:618.4

## УСТАНОВЛЕНИЕ ВИЧ-СТАТУСА У ДЕТЕЙ, РОДИВШИХСЯ ОТ ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ МАТЕРЕЙ В ГОМЕЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ

*Анищенко Е. В., Красавцев Е. Л.*

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

### Введение

Наиболее значимая причина заражения ВИЧ-инфекцией у детей до 15 лет — это вертикальная передача ВИЧ от матери к ребенку во время беременности. Частота перинаталь-

ной трансмиссии ВИЧ в развитых странах составляет около 15–25 % в год, в развивающихся — 25–45 %. У большинства ВИЧ-инфицированных детей при рождении отсутствуют клинические проявления ВИЧ. Однако у 78 % ВИЧ-инфицированных детей первые симптомы ВИЧ-инфекции появляются уже на первого году жизни [1].

Все дети, рожденные от ВИЧ-инфицированных женщин, обследуются согласно протоколам «Оптимизация подходов к наблюдению и лечению детей с ВИЧ/СПИДОМ (инструкция по применению)», и регламентирующими документами Министерства здравоохранения (приказы МЗ РБ № 147 от 05.09.2003, № 61-А от 06.02.2004, № 132 от 17.03.2004 и другие) для установления ВИЧ-статуса детям.

Согласно клиническому протоколу для европейского региона ВОЗ «Лечение и помощь при ВИЧ/СПИДе у детей» 2007 г. диагноз ВИЧ-инфекции считается подтвержденным, если ребенок младше 18 месяцев имеет положительный результат в качественной ПЦР ВИЧ как минимум в двух пробах крови (исключая пуповинную), взятых в разное время [3].

В случае обследования детей по контакту с матерью, которой диагноз ВИЧ-инфекции установили после рождения ребенка, по клиническим показаниям, по причине отказа родителей от обследования ребенка, отсутствия диагностикумов для постановки лабораторных исследований ВИЧ-статус устанавливается в более старшем возрасте.

В Республике Беларусь самым неблагополучным, в плане ВИЧ-инфекции, регионом является Гомельская область [2]. По данным отдела профилактики ВИЧ/СПИД ГУ «Гомельский областной центр гигиены и общественного здоровья» на 1.01.2014 г. от ВИЧ-инфицированных матерей в области родилось 1261 детей. На сегодняшний день 125 детям выставлен диагноз ВИЧ-инфекции.

### **Цель**

Анализ сроков установления ВИЧ-статуса у ВИЧ-экспонированных детей и выявление клинических и иммунологических особенностей ВИЧ-инфекции у детей первого года жизни.

### **Материалы и методы исследования**

Проведен анализ клинического состояния и лабораторного обследования 117 ВИЧ-инфицированных детей, родившихся в Гомельской области и состоящих на учете в КДК ВИЧ/СПИД ГОИКБ (8 детей умерли).

Антиретровирусная профилактика для снижения перинатальной передачи ВИЧ-инфекции от матери к плоду применялась только у 62 (53 %) детей. Она включала полную профилактику (и матери, и ребенку, проведена в 21 (18 %) случае — и неполную профилактику (или только матери, или только ребенку в 41 (35 %) случае.

Для оценки стадий ВИЧ-инфекции использовалась клиническая классификация ВИЧ-инфекции у детей до 15 лет (ВОЗ, 2006 г.). В настоящее время по 23 (20 %) ребенка находятся в 1 и 4 клинических стадиях заболевания, 26 (22 %) детей — во 2 клинической стадии и в 3 стадии — 45 (38 %) детей.

Статистический анализ данных проводился с применением пакета прикладных программ «Statistica», 6.0 (StatSoft, USA), с использованием данных непараметрической статистики. Качественные показатели представлялись в виде абсолютного числа наблюдений и доли (%) от общего числа пациентов в соответствующей группе. Для сравнения частот в квадратах 2×2 использовался точный критерий Фишера. Статистически значимыми считались различия при  $p < 0,05$ .

### **Результаты исследования**

Установление диагноза ВИЧ-инфекции у ВИЧ-экспонированных в Гомельской области началось с 1999 г., когда диагноз ВИЧ-инфекции был установлен 2 детям. В таблице 1 представлены данные о количестве детей с установленным диагнозом ВИЧ-инфекции по годам наблюдения.

На первом году жизни диагноз ВИЧ-инфекции впервые был установлен ребенку только в 2003 г. Всего на первом году жизни диагноз ВИЧ-инфекции был установлен 22 (19 %) детям. Диагноз у них установлен на основании клинических данных и двух положительных результатов ПЦР. В возрасте после одного года диагноз установлен 95 (81 %) детям.

Таблица 1 — Количество детей с установленным диагнозом ВИЧ-инфекции по годам установления

Год установления диагноза ВИЧ-инфекции	Количество детей с установленным диагнозом ВИЧ-инфекции	Количество детей с установленным диагнозом ВИЧ-инфекции на первом году жизни, n (%)	Количество детей с установленным диагнозом ВИЧ-инфекции после первого года жизни, n (%)
1999	2	0	2 (100 %)
2000	3	0	3 (100 %)
2001	3	0	3 (100 %)
2003	3	1 (33 %)	2 (66 %)
2004	17	2 (12 %)	15 (88 %)
2005	13	0	13 (100 %)
2006	8	0	8 (100 %)
2007	15	2 (13 %)	13 (87 %)
2008	7	1 (14 %)	6 (86 %)
2009	9	2 (22 %)	7 (78 %)
2010	11	4 (36 %)	7 (64 %)
2011	11	5 (45 %)	6 (55 %)
2012	6	2 (33 %)	4 (67 %)
2013	8	3 (38 %)	5 (62 %)

В таблице 2 представлены данные по распределению детей по клиническим стадиям (классификации ВИЧ-инфекции, ВОЗ 2006 г.) при выявлении ВИЧ-статуса. Дети с установленным диагнозом ВИЧ-инфекции на первом году жизни составили 1 группу наблюдений, в сроки после года — 2 группу.

Таблица 2 — Распределение детей по клиническим стадиям (классификации ВИЧ-инфекции, ВОЗ, 2006 г.) при выявлении ВИЧ-статуса

Клиническая стадия (ВОЗ, 2006 г.)	1 группа, n (%), n = 22	2 группа, n (%), n = 95	Уровень P
1	5 (23 %)	30 (32 %)	0,4
2	1 (4 %)	22 (23 %)	0,04
3–4	16 (73 %)	43 (45 %)	0,02

В группе детей с установленным диагнозом ВИЧ-инфекции в возрасте после года достоверно реже встречаются дети с 3 и 4 клиническими стадиями заболевания (45 %,  $p = 0,02$ ), чем у детей до одного года (73 %), и достоверно чаще со 2 клинической стадией (23 %,  $p = 0,04$ ), чем у детей старше года (4 %).

Данные по уровням иммунодефицита у детей в сравниваемых группах представлены в таблице 3.

Таблица 3 — Распределение детей по уровням иммунодефицита в сравниваемых группах (ВОЗ, 2006 г.)

Уровень иммунодефицита	1 группа, n (%), n = 21	2 группа, n (%), n = 94	Уровень P
Незначительный	1 (5 %)	26 (28 %)	0,02
Умеренный	3 (14 %)	19 (20 %)	0,5
Выраженный	3 (14 %)	20 (21 %)	0,4
Тяжелый	14 (67 %)	29 (31 %)	0,002

Тяжелый иммунодефицит среди ВИЧ-инфицированных детей в возрасте до одного года встречался достоверно чаще (67 %,  $p = 0,004$ ), чем у детей более старшего возраста (31 %).

### **Заключение**

На первом году жизни диагноз ВИЧ-инфекции был установлен только 22 (19 %) детям. У этих детей достоверно чаще регистрируется 3 и 4 клиническая стадия заболевания (73 %,  $p = 0,02$ ), чем у детей до одного года (45 %) и достоверно чаще встречался тяжелый иммунодефицит (67 %,  $p = 0,004$ ), чем у детей более старшего возраста (31 %).

## ЛИТЕРАТУРА

1. ВИЧ-инфекция у взрослых и детей / Н. В. Магиевская [и др.] // Оппортунистические инфекции и заболевания: пособие для студентов лечебного, педиатрического, мед.-психол. и мед.-диагн. факультетов. — Гродно: ГрГМУ, 2011. — 400 с.
2. Тумаш, О. Л. Анализ летальности ВИЧ-инфицированных в Гомельской области / О. Л. Тумаш, С. В. Жаворонок, Е.И. Козорез // ARSmedica. — 2009. — № 8(18). — С. 16–18.
3. Eramova, I. Лечение и помощь при ВИЧ/СПИДе: клинические протоколы для европейского региона ВОЗ / I. Eramova, S. Matis, M. Munz. — Всемирная организация здравоохранения, 2007. — С. 552.

УДК 614.1-614.39

**СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА БАЗЫ ДАННЫХ ГОСУДАРСТВЕННОГО НАУЧНОГО АВТОМАТИЗИРОВАННОГО РЕГИСТРА НАСЕЛЕНИЯ КАЗАХСТАНА, ПОДВЕРГШЕГОСЯ ДЕЙСТВИЮ ИОНИЗИРУЮЩЕГО ИЗЛУЧЕНИЯ, И ЕДИНОГО РОССИЙСКОГО ЧЕРНОБЫЛЬСКОГО РЕГИСТРА**

*Апсаликов Р. К., Белихина Т. И., Мулдагалиев Т. Ж., Пивина Л. М.*

**Учреждение образования**

**«Государственный медицинский университет»**

**Учреждение**

**«Научно-исследовательский институт радиационной медицины и экологии»**

**г. Семей, Республика Казахстан**

С 1945 г., когда над Хиросимой и Нагасаки были взорваны атомные бомбы, исчисляется время применения атомного оружия в войне. Испытания ядерного оружия на Семипалатинском испытательном ядерном полигоне (СИЯП) и других полигонах мира продолжило применение атомной энергии в масштабах, когда территории большинства стран подвергались радиоактивному загрязнению, а население — действию радиации в различных дозах [1, 2]. Трагедия на Южном Урале в середине 50-х годов явилась причиной загрязнения обширных территорий России радиоактивными веществами. Во всех случаях применения атомного оружия в войне, испытаниях ядерного оружия, радиационных авариях и катастрофах перед Правительствами пострадавших стран стояли 4 главные задачи:

- определение территорий, характера и объемов радиоактивных загрязнений;
- количество пострадавшего населения;
- оценка медико-демографических и экологических масштабов последствий;
- проблемы ликвидации последствий и минимизации медико-демографических последствий.

В кругу вышеуказанных проблем особое и наиболее важное место занимает создание базы данных (регистров) численного и возрастно-полового состава облучавшегося населения, расчетов эффективных эквивалентных доз облучения, учет характера и объемов медико-демографических последствий. В этой связи давно существуют и функционируют соответствующие регистры в Хиросиме и Нагасаки, на Южном Урале. В конце 90-х годов в Казахстане сложилась ситуация, связанная с необходимостью оценки последствий деятельности СИЯП и их ликвидации. После радиоэкологической катастрофы на Чернобыльской АЭС также возникла острая необходимость разработки механизма учета пострадавших территорий и населения.

Практически одновременно в Казахстане, России и Беларуси создаются государственные регистры подвергавшегося облучению населения с долговременным учетом лиц, непосредственно подвергавшихся радиационному воздействию и их последующих поколений, расчетам дозовых нагрузок с организацией мониторинга состояния здоровья.

В настоящем исследовании представлены основные характеристики Государственного научного автоматизированного медицинского регистра населения Казахстана, подвергавшегося радиационному воздействию (ГНАМР) и Единого Чернобыльского регистра России и Беларуси, так как современные демографические процессы являются причиной миграции части населения, пострадавшего от деятельности СИЯП и аварии на Чернобыльской АЭС из России в Казахстан и наоборот.