

2. Среди коморбидной и ранее выявлявшейся патологии преобладают аффективные и невротические расстройства.

3. Диагноз первично устанавливается наиболее часто в возрасте 20–29 лет. Около половины наблюдающихся с ДРЛ также относятся к данной возрастной группе.

4. На момент установления диагноза большинство пациентов имело среднеспециальное образование.

5. Большая часть пациентов данной выборки проявляла суицидальные тенденции. Наиболее распространенный способ парасуицида — самоортавление.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Ассанович, М. А.* Пограничные психические расстройства: учеб. пособие / М. А. Ассанович. — Минск, 2015. — 366 с.
2. *Смулевич, А. Б.* Расстройства личности / А. Б. Смулевич. — М., 2007. — 192 с.
3. *Тёлле, Р.* Психиатрия / Р. Тёлле. — Минск, 1999. — 500 с.
4. *Кондрашенко, В. Т.* Алкоголизм / В. Т. Кондрашенко, А. Ф. Скугаревский. — Минск, 1983. — 288 с.

УДК 616.36–002:614.254–097

НАПРЯЖЕННОСТЬ ИММУНИТЕТА К ВИРУСУ ГЕПАТИТА В СРЕДИ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ

Терешков Д. В.¹, Мицура В. М.², Воропаев Е. В.², Осипкина О. В.², Голубых Н. М.²

¹Учреждение

«Гомельская областная инфекционная клиническая больница»,

²Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Несмотря на доступность эффективных систем скрининга, вакцинопрофилактики и противовирусной терапии, инфекция, вызванная вирусом гепатита В (ВГВ), остается глобальной проблемой здравоохранения. Около 2 млрд человек во всем мире имеют маркеры перенесенной или текущей инфекции, вызванной ВГВ, а более 240 млн человек являются хроническими носителями поверхностного антигена ВГВ (HBsAg) с высоким риском прогрессирования заболевания печени, развития цирроза печени и гепатоцеллюлярного рака. Наиболее эффективным методом профилактики заражения ВГВ является вакцинация. Всемирная организация здравоохранения рекомендует поголовную иммунизацию против гепатита В при рождении, которая традиционно включает введение 3 доз вакцины. Вакцинация против гепатита В считается безопасной и предупреждает передачу ВГВ в 80–95 % случаев [1, 2]. В Республике Беларусь программа иммунизации против гепатита В внедрялась с 1996 г., была начата вакцинация в «группах риска» (медицинские работники, дети, рожденные от матерей с ВГВ-инфекцией). С 2000 г. вакцинация против гепатита В включена в «Национальный календарь профилактических прививок», проводилась иммунизация всех новорожденных в первые 24 ч жизни и подростков в возрасте 13 лет, а с 2005 г. — студентов медицинских университетов с 4 курса и медицинских училищ со 2 курса. Введение вакцинации позволило за последние 10 лет снизить уровень заболеваемости острым гепатитом В в стране в 6 раз, однако остается устойчивая тенденция к росту хронической формы ВГВ-инфекции у взрослых [3].

На сегодняшний день остается ряд нерешенных проблем при использовании вакцин против гепатита В. У части вакцинированных детей (5–10 %) наблюдается плохой ответ на вакцинацию и они остаются восприимчивыми к заражению ВГВ. Пока точно не установлены причины недостаточной серопротекции, длительность поствакцинального иммунитета после первичной иммунизации, а также необходимость ревакцинации у взрослых [1, 2].

Медицинские работники относятся к группе риска профессионального заражения ВГВ, поэтому актуальна оценка состояния поствакцинального иммунитета у привитых. Уровень защитных антител к HBsAg (анти-HBs) 10 мМЕ/мл считается минимально необходимым для

иммунной защиты против ВГВ. По данным российских коллег защитный титр анти-НВs через 5–10 лет после первичной иммунизации определялся у 80 % медицинских работников. В другом исследовании спустя 13 лет после стандартного курса вакцинации анти-НВs определялся лишь у 40,3 % сотрудников. Также установлено, что успех вакцинации и продолжительность напряженного иммунитета зависит от возраста. Очевидно, проведение ревакцинации должно решаться индивидуально с учетом результатов тестирования на анти-НВs [4, 5].

Цель

Изучить уровень защитных антител к НВsAg у медицинских работников и студентов 6 курса медицинского университета.

Материал и методы исследования

Всего обследовано 278 человек, из них 215 сотрудников учреждения «Гомельская областная инфекционная клиническая больница» и 63 студента 6 курса Гомельского государственного медицинского университета. Характеристика обследованных лиц: 245 (88,1 %) женщин и 33 (11,9 %) мужчины в возрасте от 20 до 70 лет, средний возраст ($M \pm \sigma$) — $36,9 \pm 13,6$ лет.

Количественный тест на уровень анти-НВs проводился методом иммуноферментного анализа. Использовались тест-системы «Вектор-БЕСТ» (Россия). Защитным считался уровень анти-НВs 10 мМЕ/мл и более. Уровень анти-НВs от 10 до 100 мМЕ/мл считался низким, 101–500 мМЕ/мл — средним и более 500 мМЕ/мл — высоким.

Статистическая обработка полученных данных проводилась с помощью пакетов «MS Office Excel 2010» и «Statistica» 6.1. Для анализа данных использовались непараметрические статистические критерии (ранговая корреляция по Спирмену, критерий χ^2).

Результаты исследования и их обсуждение

Защитный титр анти-НВs выявлен у 143 из всех 278 обследованных, что составило 51,4 %. Из 143 лиц с достаточным защитным титром антител низкий уровень анти-НВs (10–100 мМЕ/мл) имели 76 (53,1 %) человек, средний (101–500 мМЕ/мл) — 41 (28,7 %) и высокий (более 500 мМЕ/мл) — 26 (18,2 %). При проведении корреляционного анализа по Спирмену выявлена обратная корреляционная связь между возрастом обследованных и уровнем анти-НВs ($r_s = -0,32$, $p < 0,05$).

Обследованные лица распределены по возрастным группам: 20–29 лет, 30–39 лет, 40–49 лет и старше 50 лет. Была изучена напряженность иммунитета в указанных возрастных группах, данные представлены в таблице 1.

Таблица 1 — Показатели напряженности иммунитета к вирусному гепатиту В среди медицинских работников и студентов 6 курса медицинского университета в разных возрастных группах

Возраст, лет	Всего обследовано	Уровень анти-НВs			
		< 10 мМЕ/мл		≥ 10 мМЕ/мл	
		абс.	%	абс.	%
20–29	112	40	35,7	72	64,3
30–39	52	23	44,2	29	55,8
40–49	47	29	61,7	18	38,3
> 50	67	43	64,2	24	35,8
Итого	278	135	48,6	143	51,4

Наименьший удельный вес лиц, имеющих защитный уровень анти-НВs, установлен в возрастных группах 40–49 лет и старше 50 лет (38,3 и 35,8 % соответственно). В связи с этим мы сравнили напряженность иммунитета в возрастных группах 20–39 лет (164 человек) и старше 40 лет (114 человек). В возрастной группе старше 40 лет удельный вес лиц, имеющих защитный уровень анти-НВs был значимо ниже, чем в возрастной группе 20–39 лет — 36,8 и 61,6 % соответственно ($\chi^2 = 16,48$, $p < 0,0001$). Медиана (нижняя квартиль; верхняя квартиль) титра анти-НВs у обследованных лиц до 40 лет составила 23,8 (5,3; 174,5) мМЕ/мл, а после 40 лет — 3,9 (1,8; 20,3) мМЕ/мл. Зависимость напряженности иммунитета от возраста подтверждает и средний возраст обследованных лиц с титром анти-НВs ниже 10 мМЕ/мл. Средний

возраст обследованных, не имеющих защитного титра антител, был выше, чем среди лиц с достаточной напряженностью иммунитета и составил $40,7 \pm 1,2$ и $33,3 \pm 1,0$ года соответственно.

При изучении гендерных особенностей напряженности иммунитета установлено, что защитный титр анти-НВs имели 23 (69,7 %) из 33 обследованных мужчин и 120 (49 %) из 245 женщин ($\chi^2 = 5$, $p = 0,025$). Однако, учитывая скромное представительство мужчин в обследованной группе (11,9 %), полученные данные требуют уточнения и дальнейших исследований на большей выборке.

Выводы

Достаточный защитный уровень антител к НВsAg определен у 51,4 % медицинских работников и студентов 6 курса медицинского университета, из них более половины (53,1 %) имеют низкий титр антител. У 48,6 % обследованных лиц протективный иммунитет к вирусному гепатиту В отсутствует, что несет потенциальный риск их профессионального инфицирования.

С увеличением возраста показатели напряженности иммунитета к вирусному гепатиту В снижаются. В возрастной группе старше 40 лет удельный вес лиц, имеющих защитный уровень антител к НВsAg, значимо ниже (36,8 %), чем у лиц до 40 лет (61,6 %).

Необходимы дальнейшие исследования для установления причин недостаточной серопротекции после иммунизации против гепатита В и разработка персонализированного подхода к ревакцинации.

ЛИТЕРАТУРА

1. Guidelines for the prevention, care and treatment of persons with chronic hepatitis B infection. — Geneva: WHO, 2015. — 166 p.
2. Strategies to control hepatitis B: Public policy, epidemiology, vaccine and drugs / S. Locarnini [et al.] // Journal of Hepatology. — 2015. — Vol. 62. — P. 76–86.
3. Организация вакцинопрофилактики гепатита В / Н. Д. Коломиец [и др.] // Актуальные вопросы гепатологии: матер. 10-го Межд. симпозиума гепатологов Беларуси, Гродно, 26–27 сент. 2013 г. / под ред. В. М. Цыркунова. — Гродно: ГрГМУ, 2013. — С. 72–74.
4. О поствакцинальном иммунитете против вирусного гепатита В у медицинских работников Санкт-Петербурга / З. П. Калинина [и др.] // Инфекция и иммунитет. — 2015. — Т. 5, № 1. — С. 89–92.
5. Оценка эффективности поствакцинального иммунитета при повторных введениях вакцины против гепатита В / А. В. Сергеева [и др.] // Медицинский альманах. — 2010. — № 2. — С. 251–253.

УДК 616.155.194.8:618.179-084-08

СОВРЕМЕННЫЕ СТРАТЕГИИ ПРОФИЛАКТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНЫХ СОСТОЯНИЙ У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА В РАБОТЕ ВРАЧА ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ

Теслова О. А.

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

Введение

Репродуктивное здоровье является важной составляющей здоровья человека, определяя качество жизни каждого отдельно и демографический потенциал общества в целом. Согласно декларации ВОЗ, одной из целей охраны сексуального и репродуктивного здоровья является обеспечение доступности услуг в области охраны здоровья, которые бы позволяли женщине благополучно пройти через этап беременности и родов и предоставляли бы супружеским парам наилучший шанс иметь здоровых детей. Общая врачебная практика является основным инструментом обеспечения доступности в системе первичной медицинской помощи, обладая значимым потенциалом обеспечения динамического наблюдения за состоянием здоровья пациента, проведения профилактической работы, направленной на выявление факторов риска и проведение мотивационного консультирования по предупреждению развития заболеваний, их своевременной диагностике и лечению.

Железодефицитные состояния и анемии являются распространенной коморбидной патологией, развиваясь на фоне других состояний и осложнений, зачастую являясь первым симп-