

### **Выводы**

Среди женщин от 30 до 70 лет чаще, чем у мужчин в данной возрастной категории не был диагностирован серозный менингит на догоспитальном этапе ( $\chi^2 = 2,197408303$ ,  $p < 0,05$ ). У детей от 0 до 10 лет среди мальчиков чаще, чем среди девочек не был диагностирован серозный менингит ( $\chi^2 = 3,422612208$ ,  $p < 0,001$ ). У девочек от 10 до 18 лет чаще, чем у мальчиков этого возраста не диагностировали серозный менингит на догоспитальном этапе ( $\chi^2 = 2,335220544$ ,  $p < 0,02$ ).

### **ЛИТЕРАТУРА**

1. Клинико-эпидемиологическая характеристика серозных менингитов у детей в Белгородской области / А. Агаркова [и др.] // Актуальные проблемы медицины [Электронный ресурс]. — 2015. — Режим доступа: <https://cyberleninka.ru/article/n/kliniko-epidemiologicheskaya-harakteristika-seroznyh-meningitov-u-detey-v-belgorodskoy-oblasti>. — Дата доступа: 26.10.2021.
2. Этиологическая структура и эпидемиологические особенности менингитов у детей / М. Никольская [и др.] // Вестник ПензГУ [Электронный ресурс]. — 2021. — Режим доступа: <https://cyberleninka.ru/article/n/etiologicheskaya-struktura-i-epidemiologicheskie-osobennosti-meningitov-u-detey>. — Дата доступа: 21.10.2021.
3. Тутаева, Е. Совершенствование диагностики серозных менингитов / Е. Тутаева // Вестник КазНМУ [Электронный ресурс]. — 2013. — Режим доступа: <https://cyberleninka.ru/article/n/sovershenstvovanie-diagnostiki-seroznyh-meningitov>. — Дата доступа: 17.10.2021.
4. Бойко, С. Дифференциальная диагностика менингитов различной этиологии / С. Бойко // Вестник СМУС74 [Электронный ресурс]. — 2019. — Режим доступа: <https://cyberleninka.ru/article/n/differentsialnaya-diagnostika-meningitov-razlichnoy-etologii>. — Дата доступа: 16.10.2021.

**УДК 616.98:578.828НIV-053.3-071/-074**

## **ПРИЧИНЫ ПЕРИНАТАЛЬНОЙ ПЕРЕДАЧИ И КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ВИЧ-ИНФЕКЦИИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА**

**Митрахович С. В., Костенкова А. И.**

**Научный руководитель: к.м.н., доцент Е. И. Козорез**

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

### **Введение**

Профилактика передачи ВИЧ от матери ребенку является актуальной задачей здравоохранения. Методами профилактики передачи ВИЧ от матери ребенку являются: прием антиретровирусной терапии ВИЧ-инфицированными женщинами во время беременности и новорожденными; ведение родов путем кесарева сечения; искусственное вскармливание ребенка.

В последнее время отмечается значительное увеличение числа ВИЧ-положительных женщин детородного возраста, соответственно количество детей, рожденных ВИЧ-положительными женщинами растет. Беларусь достигла высоких результатов в области профилактики передачи ВИЧ-инфекции от матери к ребенку. Но единичные случаи передачи ВИЧ-инфекции от матери к ребенку все же регистрируются, именно они и будут рассмотрены в данной работе.

Широкое распространение приобретают проблемы профилактики передачи ВИЧ от матери к ребенку, ведение детей на амбулаторном этапе и диагностика ВИЧ-инфекции у детей [1].

Диагностика ВИЧ-инфекции у детей на ранних стадиях вызывает затруднения, так как подобные симптомы могут наблюдаться при внутриутробной гипотрофии плода, инфицировании вирусами герпеса, гепатитов и другими возбудителями. Так же ранняя диагностика необходима для определения особенностей клинико-лабораторных проявлений ВИЧ-инфекции и динамики ее развития у детей первых 5 лет жизни.

Так как передача ВИЧ-инфекции ребенку от матери возможна как в период беременности и во время родов, так и после родов, в особенности при груд-

ном вскармливании, необходимость в соблюдении профилактики передачи ВИЧ от зараженной женщины ее ребенку в данные периоды в несколько раз снижает вероятность передачи инфекции [2].

Современная профилактика перинатального заражения ВИЧ состоит из нескольких этапов, которые проводятся в период беременности, родов и в период новорожденности. Соответственно при проведении всех этапов профилактики наблюдаются более эффективные результаты, если же один из этапов провести не удалось, например, из-за позднего выявления ВИЧ-инфекции у матери, то это не является поводом для отказа от следующего этапа профилактики.

### **Цель**

Проанализировать причины перинатальной передачи и клинико-лабораторные характеристики ВИЧ-инфекции у детей раннего возраста.

### **Материал и методы исследования**

Проведен анализ 13 медицинских карт и карт эпидемиологического расследования ВИЧ-инфицированных детей со средним возрастом 3,8 лет, 2015–2018 года рождения, состоящих на учете в областном консультативно-диспансерном кабинете ВИЧ/СПИД Гомельской областной инфекционной клинической больницы.

### **Результаты исследования и их обсуждения**

Исходя из полученных данных, было установлено, что у 12 (92 %) детей путь передачи инфекции — вертикальный, у 1 (8 %) ребенка путь передачи не был установлен (ИФА ВИЧ у матери отрицательный, у отца — положительный).

У 3 (25 %) ВИЧ-инфицированных матерей диагноз был установлен до беременности, у 4 (33,3 %) матерей — во время беременности, у 5 (41,7 %) женщин — после родов.

Антиретровирусная профилактика ВИЧ-инфекции у матери во время беременности проводилась у 3 (25 %) женщин, не проводилась у 9 (75 %) женщин, в том числе по причине отрицательного иммуноферментного анализа ВИЧ у 5 матерей. У 4 (33,3 %) ВИЧ-инфицированных матерей отмечалась низкая приверженность к антиретровирусной терапии, после родов они сообщали о сознательном отказе от ее приема.

У 5 (41,7 %) матерей родоразрешение было проведено естественным путем, в том числе у 2 из них с положительным ВИЧ-статусом в связи с неопределяемой вирусной нагрузкой, а путем кесарева сечения — у 7 (58,3 %) женщин, в том числе 6 из них с положительным ВИЧ-статусом.

Антиретровирусная профилактика ВИЧ-инфекции у детей была проведена в 6 (46,2 %) случаях, не была проведена в 7 (53,8 %) случаях.

После рождения 7 (53,9 %) детей находились на грудном вскармливании, на искусственном — 6 (46,1 %) детей.

Средний возраст на момент установления диагноза ВИЧ-инфекции у детей составил 1,2 года. Из исследуемой группы детей 5 (38,5 %) — женского пола, 8 (61,5 %) — мужского. В городе проживает 10 (77 %) детей, в сельской местности — 3 (23 %) детей.

У большей части детей при аттестации была диагностирована 1 и 2 клиническая стадия заболевания по классификации ВОЗ — по 30,8 % соответственно. В 3 клинической стадии заболевания при установлении диагноза было 3 (23,1 %) детей, у 2 (15,3 %) детей регистрировалась 4 (стадия СПИДа) клиническая стадия заболевания. По частоте встречаемости заболеваний, проявления которых характерны для ВИЧ-инфекции, на первом месте отмечалась лимфаденопатия — 9 (69,2 %) случаев, далее располагались орофарингеальный кандидоз и анемия по 5 (38,5 %) случаев, рецидивирующие бактериальные пневмонии и (или) пневмоцистная пневмония — 3 (23,1 %) случая. Немного реже встречались гепатоспленомегалия у 3 (23,1 %) детей, тромбоцитопения — у 2 (15,4 %), дерматит — в 1 (7,7 %) случае.

Среднее абсолютного числа CD4-клеток и процента на момент выявления диагноза составил 2068 (31,5 %) клеток в мкл, вирусной нагрузки —  $7,9 \times 10^5$  копий/мл. У 4 (30,8 %) пациентов была диагностирована выраженная иммуносупрессия.

Все дети после установления диагноза начали принимать антиретровирусную терапию. В 3 (23,1 %) случаях дети начали получать ее в возрасте до 6 месяцев от момента рождения, в 6 (46,25 %) случаях — через 1 год с момента рождения, в 1 (7,7 %) случае — через 2 года, в 3 (23,1 %) — через 3 года с момента рождения. Основной схемой антиретровирусной терапии первого ряда у детей была «абакавир + ламивудин + калетра». В связи с часто развивающимися побочными эффектами со стороны желудочно-кишечного тракта в 30 % была проведена смена на препарат «абакавир + ламивудин + невирапин» [3]. У 1 (7,7 %) пациента схема антиретровирусной терапии была изменена, в связи с формированием резистентности вируса.

Иммунологическая эффективность терапии по показателям CD4-клеток отмечалась у 12 (92,3 %) детей, а вирусологическая эффективность по показателям вирусной нагрузки — у 6 (46,2 %) детей. Среднее число прироста процента CD4-клеток составило 4,6 % клеток в мкл.

#### **Выводы**

Таким образом отсутствие профилактики передачи ВИЧ от матери ребенку приводит к инфицированию. В данном исследовании было обнаружено, что антиретровирусная профилактика отсутствовала в связи с тем, что у одной группы детей заражение мам ВИЧ-инфекцией происходило в острую стадию с отрицательным ИФА ВИЧ, но высокой вирусной нагрузкой, а у второй группы детей мамы вели асоциальный образ жизни с отсутствием приверженности к антиретровирусной терапии и (или) отказом от нее.

Позднее выявление диагноза, старше 1 года, ведет к прогрессии ВИЧ у детей. Так, около 40 % детей на момент выявления диагноза ВИЧ находились в 3,4 стадии по классификации ВОЗ, у 30,8 % была выраженная иммуносупрессия. Антиретровирусная терапия у детей с ВИЧ при соблюдении преемственности обуславливает отсутствие иммуносупрессии, ведет к сдерживанию ВИЧ-инфекции, позволяет улучшить качество жизни таких пациентов. Однако терапия у детей имеет сложности, в связи с побочными эффектами, неприятным вкусом, пожизненным ежедневным использованием, зависимостью приема от желания мамы, что приводит к низкой вирусологической эффективности у детей — 46,2 %.

#### **ЛИТЕРАТУРА**

1. Бузуева, Д. З. Особенности ведения детей раннего возраста, рожденных от матерей с ВИЧ-инфекцией / Д. З. Бузуева, К. И. Журавлева, Е. А. Чуйкова // Вестник совета молодых ученых и специалистов Челябинской области. — 2017. — Т. 2, Вып. 4 (19). — С. 13–18.
2. Инфекционные болезни: национальное руководство / под ред. Н. Д. Ющука, Ю. Я. Венгерова. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2018. — 1056 с.
3. Клинический протокол «Профилактика передачи ВИЧ-инфекции от матери ребенку»: постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 28.06.2018 № 59.

**УДК 616.24-002-07-093/-098:615.281**

### **МИКРОБИОЛОГИЧЕСКИЙ МОНИТОРИНГ КАК ОСНОВА ЭФФЕКТИВНОЙ АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ГОСПИТАЛЬНОЙ ПНЕВМОНИИ**

**Нагла М. Ю. Макеев И. Г.**

**Научный руководитель: к.м.н., доцент Т. В. Лызикова**

**Учреждение образования**

**«Гомельский государственный медицинский университет»**

**г. Гомель, Республика Беларусь**

#### **Введение**

В настоящее время в США, по оценкам Центров контроля и профилактики заболеваний, около 1,7 млн случаев внутрибольничных инфекций, вызванных всеми