

им ранее объективной реальности. Таким образом, возникает новый мир – мир, сформированный современными технологиями.

Социальные сети значительно расширяют возможности для обмена информацией, общения, поиска работы, досуга, помогают людям самореализовываться, так как в киберпространстве отсутствуют жесткие ограничения, которые существуют в реальном общении. В связи с этим людям, испытывающим трудности при реальном общении, проще излагать свои мысли. За счёт социальных сетей общественная жизнь человека постепенно начинает перемещаться в виртуальную реальность, иногда с заменой реальной жизни. А так как Интернет представляет собой аналог настоящего мира, то и большую часть жизни человек может проводить в условиях виртуальной реальности. Из этого следует, что особенности социализации в современном мире все больше и больше зависят от влияния симуляционных образований, которые искажают настоящие социальные связи и отношения. Живое общение легко заменяется переписками в социальных сетях, в результате чего непосредственный контакт между людьми, развивающий эмоциональную сферу, замещается механическим взаимодействием, создающим лишь иллюзию общения.

Таким образом, именно коммуникативное пространство социальных сетей становится важнейшим механизмом социализации в современном обществе, что и определяет ее как киберсоциализацию. В социальных сетях собеседники позволяют испытывать различные чувства и настроения, обогащая, тем самым, жизненный опыт человека, раздвигая границы его мировидения. Попав в новую коммуникационную среду, человек начинает воспринимать новые нормы и ценности. Однако негативная сторона длительного пребывания в сети проявляется в том, что пользователи сетей очень часто отстраняются от реального общения, которое необходимо для развития полноценной личности.

Литература:

1. Плешаков, В.А. Киберсоциализация как инновационный социально-педагогический феномен / В.А.Плешаков // Владимир «Sir_DIONIS» Плешаков [Электронный ресурс]. – Режим доступа - http://sirdionis.ucoz.ru/load/prezentacija_po_teme_kibersocializacija/1-1-0-1. - Дата доступа: 05.01.2015
2. Топюк, А.В. Влияние социальных сетей на формирование морально-нравственные, духовные и коммуникативные качества молодежи / А.В. Топюк, Ю. В. Бадалян // Вестник магистратуры. – 2012. – №5. – С. 35 - 38.

КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНАЯ ДИАГНОСТИКА И ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАЗЛИЧНЫХ ФОРМ КЛЕЩЕВОГО ЭНЦЕФАЛИТА

Шуст М.Р., Ботько С.А.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра инфекционных болезней

Научный руководитель – асс. Бабаева И.В.

Актуальность. В Республике Беларусь отмечается рост заболеваемости клещевым энцефалитом (КЭ). Заболевание наиболее распространено в юго-западных (Брестская область) и западных (Гродненская область) регионах [1].

Цель – представить клинико-лабораторную характеристику и эпидемиологические особенности различных форм клещевого энцефалита.

Материалы и методы. Материалом для исследования стали «Медицинские карты стационарного пациента» формы №003/у – 08 Гродненской областной инфекционной клинической больницы за 2013-2014 год. Диагноз КЭ установлен на основании клинических данных, эпидемиологического анамнеза, специфической лабораторной диагностики (ИФА, ПЦР). Использовались системы для ИФА: Вектор - Бест (Россия,) и Biomeriko (Франция), для ПЦР – Амплисенс (Россия).

Результаты исследования и выводы. Всего обследовано пациентов 50, среди них женщин – 23 (46%), мужчин – 27 (54%). Средний возраст составил 46,4 года. Самому старшему пациенту было 78 лет, младшему – 2 года 8 месяцев. Всего детей – 3 (6%). В 50% случаев пациенты отрицали факт присасывания клеща, 6 % (3 пациента) отмечали неоднократные укусы. У 7 (14%) пациентов имел место алиментарный путь инфицирования (употребление термически необработанного козьего молока). Клинические формы распределились следующим образом: общеинфекционная форма средней степени тяжести – 17 (34%), менингеальная форма, средней степени тяжести – 14 (28%), менингеальная форма, тяжелое течение – 4 (8%), менингоэнцефалитическая форма, тяжелое течение – 13 (26%), менингоэнцефалитическая форма, средней степени тяжести – 2 (4%), энцефалитическая форма – 1 (2%), менингоэнцефалополирадикулоневритическая, тяжелое течение – 1 (2%). В 5 случаях имело место сочетание клещевого энцефалита (КЭ) с клещевым боррелиозом Лайма (10%), у одной пациентки (2%) отмечалось сочетание КЭ с анаплазмозом.

Специфическая лабораторная диагностика проводилась методом ИФА (наличие Ig M и Ig G к вирусу КЭ в крови на момент поступления в стационар) и методом ПЦР (исследовался ликвор пациентов). Методом ИФА Ig M выявлены у 47 пациентов (94%), не выявлены у 3 пациентов. Ig G обнаружены только у 3 (6%) пациентов, которые в анамнезе указали на неоднократные укусы клещей. Методом ПЦР обследовано 19 человек, у которых материалом для исследования стал ликвор. Положительный результат имел место лишь у 1 пациентки, у которой была одновременно с РНК возбудителя КЭ выявлена РНК возбудителя анаплазмоза.

Заключение. Определение антител класса Ig M к вирусу КЭ в сыворотке крови в острую фазу болезни имеет важное диагностическое и дифференциальное значение, в отличие от выявления РНК методом ПЦР в острую фазу болезни. Полагаем, что заключение о значении метода ПЦР является предварительным, в связи с чем планируется оценка диагностической ценности данного метода с применением тест-систем другого производителя.

Литература:

1. Цыркунов В.М, Лиопо Т.В, Лукашик С.П, Богуцкий М.И., Корзан А.И./ Клещевые инфекции в Беларуси. Клещевой энцефалит, клещевой боррелиоз.// Учебно-методическое пособие для студентов лечебного, педиатрического, медико-психологического, медико-диагностического факультетов и врачей, Гродно, 2009 г.