

настроение) выявлены у 25% родильниц, все они из основной группы. У 12% родильниц эмоциональные нарушения отличалась минимальной выраженностью (контрольная группа).

Выводы.

1. Пациентки, беременность у которых наступила в школьном возрасте, должны быть с момента взятия на учет отнесены к группе высокого психоэмоционального риска, консультироваться совместно с мужем (родителями) у психотерапевта.

2. При ведении данного контингента беременных необходимо соблюдение преемственности оказания акушерской гинекологической помощи и психоэмоциональной поддержки. Оптимальным является как можно более ранняя явка беременной в женскую консультацию, совместное наблюдение акушером гинекологом и психотерапевтом, совместно с партнером обязательное посещение занятий в школе молодой матери.

3. Необходима дородовая госпитализация не менее чем за 1-2 недели до предполагаемого срока родов.

Литература

1. Герасимович Г.И. Акушерство: учебное пособие для студентов учреждений, обеспечивающих получение высшего медицинского образования. / Г.И. Герасимович. – Мн.: Беларусь, 2004. - С. 669-725.

2. Уолен С. Рационально-эмотивная психотерапия / С. Уолен, Р.Д. Гусепп, Р. Уэсслер: пер. с англ. М.: Институт Гуманитарных Знаний, 1997. - 257 с.

ТЕНДЕНЦИИ РАСПРОСТРАНЕНИЯ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ СРЕДИ ЖЕНЩИН И РОЖДЕННЫХ ИМИ ДЕТЕЙ

Кашевник Т.И.

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

Актуальность. В настоящее время одной из важнейших медико-социальных проблем, актуальных для Республики Беларусь, является ВИЧ-инфекция. Наметившийся рост гетеросексуального компонента в передаче ВИЧ, изменение соотношения мужчин и женщин среди вновь выявленных случаев, вовлечение в эпидпроцесс женщин активного репродуктивного возраста (17-30 лет) ведет к увеличению числа беременностей и родов у ВИЧ-инфицированных женщин [1].

Количество ВИЧ-инфицированных в РБ продолжает расти. По состоянию на 01.01.2013 года в Республике Беларусь зарегистрировано 14178 случаев ВИЧ-инфекции. Подавляющее большинство больных - молодые люди в возрасте от 15 до 30 лет. За период с 1987 по 01.01.2013 г. в Беларуси ВИЧ-инфицированными матерями рождено 2012 детей, диагноз ВИЧ-инфекции подтвержден у 214 из них. Проблема профилактики передачи ВИЧ от матери ребенку стоит наиболее остро, так как 90-95% детей инфицируется вертикальным путем [3]. Без профилактических мероприятий риск передачи ВИЧ-инфекции во время беременности, родов и грудного вскармливания достигает 35-40% [4], профилактические мероприятия снижают риск перинатальной трансмиссии ВИЧ до 2% [2, 5, 6].

Цель исследования. Установить основные эпидемиологические особенности ВИЧ-инфекции у ВИЧ-инфицированных женщин Гродненского региона и рожденных ими детей; оценить эффективность проведения профилактики вертикальной передачи ВИЧ от матери ребенку.

Методы исследования. Ретроспективный анализ медицинской документации ВИЧ-позитивных женщин и рожденных ими детей, проживающих в Гродненской области.

Результаты и обсуждение. За период с 1996 по 01.05.13 года в Гродненской области у 85 ВИЧ-инфицированных женщин зарегистрировано 112 беременностей, из них повторно беременных было 21 (24,7%). Среди беременных сохранено 86 беременностей у 75 женщин или 76,8%, прервано на ранних сроках 26 (23,2%) беременностей. За время наблюдения ВИЧ-позитивными матерями рождено 88 детей.

По возрастным группам ВИЧ-позитивные беременные распределились: до 20 лет – 12 (14,1%) женщин, 21-25 лет – 40 (47,1%), 26-30 лет – 21 (24,7%), 31 и старше – 12 (14,1%). Средний возраст ВИЧ-инфицированных беременных составил $24,2 \pm 4,32$ лет. Семейный статус: замужем были 48 женщин (56,5%), не замужем – 37 (43,5%). Инфицирование половым путем произошло у 69 (81,2%) женщин, в результате употребления парентеральных наркотиков – 16 (18,8%).

ВИЧ-инфекция диагностирована до беременности у 32 женщин (37,6%), впервые во время беременности у 46 женщин

(54,1%), при обследовании после родов – у 7 (8,3%).

На диспансерном учете в связи с беременностью находились 78 (91,8%) женщин, не наблюдались – 7 (8,2%). Полный курс антиретровирусной профилактики (АРП) получали 68 (79,1%) пар (мать-дитя), экстренную профилактику в родах – 4 (4,6%). У 14 (16,3%) женщин по ряду причин (несвоевременная диагностика ВИЧ-инфекции из-за поздней явки беременной в женскую консультацию, диагностика после родов, низкий комплаенс и др.) АРП не проводилась. Кесаревым сечением родоразрешены 46 (53,5%) женщин, у 42 (91,3%) из них дети не были инфицированы. Из 88 рожденных ВИЧ-инфицированными женщинами детей (ВИЧ-экспонированных) при последующем обследовании ВИЧ-инфекция выявлена у 10 (11,36%), из них только в 2 случаях проводилась АРП перинатальной трансмиссии ВИЧ. Большинство ВИЧ-экспонированных детей – 46 (52,27%) воспитываются в полных семьях. Под опекой родственников находится 4 (4,5%) детей, на государственном обеспечении – 6 (6,7%) детей.

Выводы. Приведенные результаты исследования показывают, что большинство ВИЧ-инфицированных женщин заражаются ВИЧ половым путем, диагноз в большинстве случаев верифицируется впервые при постановке на диспансерный учет по беременности. Среди ВИЧ-позитивных беременных преобладают женщины в возрасте от 20 до 30 лет. Большинство беременностей у ВИЧ-инфицированных женщин сохраняется.

Профилактика вертикальной трансмиссии ВИЧ у родивших женщин проводилась в 83,7% случаев, из них полная профилактика – в 79,6%, превалирующий путь родоразрешения – кесарево сечение.

Среди детей, рожденных ВИЧ-инфицированными матерями, преобладает группа «здоровых». В 8 из 10 случаев врожденной ВИЧ-инфекции не проводилась профилактика вертикальной трансмиссии ВИЧ в связи с установлением ВИЧ-статуса матери после родов или отсутствием диспансерного наблюдения по беременности. При проведении профилактических мероприятий реализация вертикального пути передачи ВИЧ составила 2,8%.

Литература

1. Мелешко, Л.А. Эпидситуация по ВИЧ/СПИДу в Республике Беларусь / Л.А. Мелешко, С.В. Сергеенко // Медицинские знания. – 2006. – № 5. – С. 6-8.
2. Садовникова, В.Н. Организационно-методические вопросы профилактики передачи ВИЧ-инфекции от матери ребенку / В.Н. Садовникова [и др.] // Эпидемиология. Вакцинопрофилактика. – 2008. – № 1. – С. 18-27.
3. Садовникова, В.Н. Эпидемиологические особенности ВИЧ-инфекции у беременных женщин и рожденных ими детей / В.Н. Садовникова [и др.] // Эпидемиология инфекционных болезней.-2010.- № 1. - С. 8-13.
4. Foster, C.J. Preventing mother-to-child transmission of HIV-1 / C.J. Foster, E.G.H. Lyall // Paediatrics and Child Health. – 2007. – Vol. 17, Is. 4. – P. 126-131.
5. Kowalska, A. Effect of antiretroviral therapy on pregnancy outcome in HIV-1 positive women / A. Kowalska [et al.] // Med Wieku Rozwoj. – 2003. – Vol. 7 (4 Pt 1). – P. 459-468.
6. Lehtovirta, P. Pregnancy outcome among HIV-infected women in the Helsinki metropolitan area / P. Lehtovirta [et al.] // Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica. - 2005. – Vol. 84, Is. 10. - P. 945.

ПСИХОСОМАТИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА И ЮНГИАНСКИЕ АРХЕТИПЫ

Каяло И.В.

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

В связи с современными тенденциями в медицине и психологии все большую актуальность приобретает юнгианская теория архетипов, в которых обобщен эмоциональный и познавательный опыт, представленный, как правило, в мифологических символах. Целью данной статьи является исследование взаимосвязи психосоматической медицины и архетипической модели и понятия коллективного бессознательного, разработанных К. Г. Юнгом. В соответствии с целью работы были поставлены следующие задачи: выявить причины возникновения понятия коллективного бессознательного, проследить его актуализацию в мифах, определить понятие архетипа и выявить взаимосвязь психосоматики с теорией Юнга.

Психосоматическая медицина в современном понимании является методом лечения и наукой о взаимоотношениях психических и соматических процессов, которые тесно связывают человека с окружающей средой.

Она возникла в 20-е годы ХХІ столетия как реакция на механическую ограниченность классической естественнонаучной