

**ПРОГНОСТИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ ИММУНОЛОГИЧЕСКОЙ
НЕЭФФЕКТИВНОСТИ АНТИРЕТРОВИРУСНОЙ ТЕРАПИИ У ДЕТЕЙ**

Козорез Е. И.

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

Актуальность

У детей эффективность антиретровирусной терапии (АРТ) по снижению числа осложнений и смертности сравнима с эффективностью у взрослых [1–4]. Но проблемы, связанные с лечением ВИЧ-инфекции у детей имеют свои особенности: возможность развития лекарственной устойчивости, обусловленной профилактическим применением антиретровирусных препаратов; возрастные различия иммунологических маркеров (у детей важно не абсолютное число, а процентное содержание CD4–клеток); возрастные особенности фармакокинетики; трудность длительного сохранения приверженности терапии; нежелание детей и подростков принимать лекарства [1–4].

Цель

Изучить прогностические факторы иммунологической неэффективности антиретровирусной терапии у детей.

Материалы и методы

Оценка эффективности терапии была проведена у 26 детей, из них мальчиков — 13 (50 %), девочек — 13 (50 %), в том числе до 3 лет — 6 детей (23,1 %), 3–4 лет — 11 (42,3 %), 5–6 лет — 4 (15,4 %), 7–8 лет — 4 (15,4 %), 9–14 лет — 1 (3,8 %). Распределение по классификации CDC 1994 г. детей, принимающих АРТ: стадия А3 была у 1 (3,8 %) ребенка, стадия В2 — у 5 (19,2 %), В3 — у 9 (34,6 %), С2 — у 1 (3,8 %), С3 — у 10 (38,6 %). При назначении и определении эффективности АРТ были использованы утвержденные в 2005 г. клинические стандарты проведения АРТ у детей в Республике Беларусь [1]. Используются клинические, иммунологические и вирусологические критерии.

Результаты

Через 12–15 месяцев АРТ положительный иммунологический ответ наблюдался у 19 (73,1, 95 % ДИ 52,2–88,4) пациентов. Была исследована связь иммунологической неэффективности АРТ через 12–15 месяцев со следующими факторами: пол (мальчики, девочки), процент CD4+–лимфоцитов (менее и более 15 %) и ВН (менее и более 100 тыс. копий в мл) на момент начала лечения, стадия ВИЧ по классификации ВОЗ (4 и 1, 2, 3), процент CD4+–лимфоцитов (более и менее 15 %) и ВН (более и менее 500 копий в мл) через 3 месяца лечения, отрицательная и положительная динамика абсолютного количества лимфоцитов (таблица 1).

Таблица 1 — Связь различных факторов с иммунологической неэффективностью АРТ через 12–15 месяцев

Факторы		Без эффективности (n) / с эффективностью (n)	χ^2 ; p
Пол	Мальчики	5/9	1,19; 0,27
	Девочки	2/10	
Стадия ВИЧ по классификации ВОЗ	4 стадия ВОЗ	2/9	0,74; 0,38
	1, 2, 3 стадия ВОЗ	5/10	
% CD4–клеток более 15	Менее 15%	2/8	0,4; 0,52
	Более 15%	5/11	
CD4 через 3 месяца менее 15%	Более 15 %	2/5	0,001; 0,95
	Менее 15 %	3/8	
Уменьшение абс. содержания лимфоцитов	Увеличение абс. содержания лимфоцитов	5/4	5,74; 0,016
	Уменьшение абс. содержания лимфоцитов	2/15	
ВН более 100 тыс. коп/мл	ВН менее 100 тыс. коп/мл	1/5	1,5; 0,22
	ВН более 100 тыс. коп/мл	3/3	
ВН более 500 копий через 3 месяца	Менее 500 копий	7/2	0,28; 0,59
	Более 500 копий	1/0	

Была выявлена прямая коррелятивная связь динамики абсолютного количества лимфоцитов с иммунологической эффективностью ($r_s = 0,46$, $p = 0,02$). Наличие корреляции позволяет использовать показатель при отсутствии измерения CD4+–лимфоцитов.

Определение зависимости иммунологического ответа от степени соблюдения пациентом режима лечения определено у 26 пациентов. При соблюдении режима более 95 % (8 пациентов) иммунологический ответ был у 7 (87,5 %) пациентов. При соблюдении режима 95–70 % (14 пациентов) иммунологический ответ выявлен у 10 (71,4 %) пациентов. При соблюдении менее 70 % (4 пациента) прирост CD4+–лимфоцитов был у 2 (50 %) пациентов (рисунки 1).

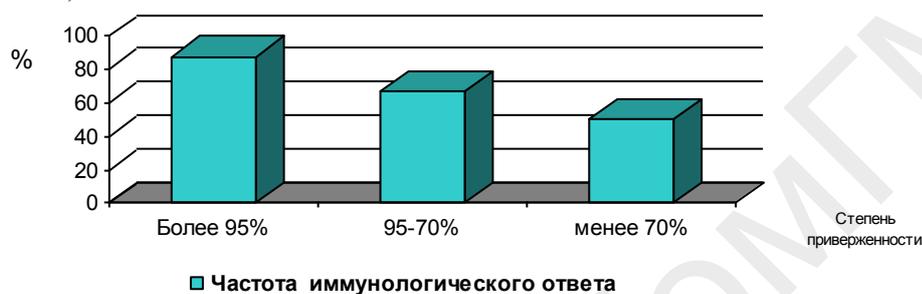


Рисунок 1 — Зависимость иммунологического ответа от приверженности терапии

Не было выявлено значимой зависимости приверженности АРТ (более 95 %) с иммунологической эффективностью ($\chi^2 = 1,22$, $p = 0,26$). При сравнении приверженности детей и взрослых выявлено, что приверженность детей лечению более 95 % значимо ниже, чем у взрослых ($p = 0,03$, $\chi^2 = 4,32$).

Таким образом, прямая коррелятивная связь динамики абсолютного числа лимфоцитов с иммунологической эффективностью позволяет использовать показатель для оценки иммунологической эффективности при отсутствии измерения CD4+–лимфоцитов ($p = 0,02$).

ЛИТЕРАТУРА

1. Клинический протокол лечения детей с ВИЧ / СПИДом: утв. М-вом здравоохранения Респ. Беларусь 13.05.05. — Минск: Белсэкс, 2005. — 77 с.
2. Рахманова, А. Г. ВИЧ-инфекция у детей / А. Г. Рахманова, Е. Е. Воронин, Ю. А. Фомин. — СПб.: Питер, 2003. — 448 с.
3. Лечение и помощь при ВИЧ/СПИДе: клинические протоколы для европейского региона ВОЗ [Electronic resource] / Ed. I. Eramova, S. Matic, M. Munz. — Phoenix Design Aid, Denmark, 2007. — Mode of access: <http://www.euro.who.int/aids>. — Date of access: 14.05.2008.
4. ВИЧ-инфекция клиника, диагностика, лечение / В. В. Покровский [и др.]; под общ. ред. В. В. Покровского. — М.: ГЭОТАР-МЕД, 2003. — 488 с.

УДК 618.2/3:616.523

МАРКЕРЫ ГЕРПЕСВИРУСНЫХ ИНФЕКЦИЙ В КРОВИ БЕРЕМЕННЫХ И ОСЛОЖНЕНИЯ ГЕСТАЦИОННОГО ПЕРИОДА

Корбут И. А., Барановская Е. И.

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Уровень перинатальных инфекций за последние 10 лет увеличился почти в 2 раза и составляет около 10 %, всех беременностей, что значительно влияет на частоту перинатальных потерь. Установлена статистически значимая связь внутриутробной инфекции различной этиологии (энтеровирусы, вирус простого герпеса, цитомегаловирус, вирус гриппа) с наличием в анамнезе матери хронических заболеваний (74,3 %), само-