

Практика показывает, что человек усваивает информацию быстрее, если обучение проходит интерактивно, когда он имеет возможность одновременно с получением информации принимать участие в обсуждении неясных моментов, задавать вопросы, тут же закреплять полученные знания, формировать навыки ответственного поведения за свою жизнь. Это позволяет вовлечь участников в процесс постижения сути предлагаемого лечения.

Существуют различные методы, сочетание которых позволяет достичь этого. К таким методам можно отнести: лекцию, чтение, использование аудио-визуальных средств, наглядных пособий, обсуждение и др.

Обучение строиться на уровне умственных возможностей данного контингента без интеллектуальных перегрузок.

Религиозный фактор подкрепляется такими доводами, как «бог дал, бог взял», «как бог даст» и т. д.

В работе с такой категорией консультируемых необходимо опираться на учение о единстве теории и практики, что предполагает подкрепление первой конкретными фактами тех ситуаций, которые существуют в области СПИДа сегодня. Необходимо подбирать убедительные примеры, иллюстрирующие научные понятия и законы. Это предупреждает стихийность в понимании проблемы лечения ВИЧ-инфекции, придает целеустремленность, сознательный и творческий характер.

Поэтому, приступая к работе по выработке приверженности ВААРТ у ВИЧ-инфицированных, необходимо продумать конкретный план действий в данном направлении, а также формы и методы работы.

Основным моментом служат полноценное общение и понимание трудностей, стоящих перед больным. Недостаточно просто отдать пациенту препараты, сказать как принимать и при этом снять с себя ответственность за дальнейшую судьбу человека.

Обучение, консультирование и поддержка, оказываемая по принципу «равный обучает равного», что широко практикуется в ИК-4, оказывает реальное благотворное влияние почти на всех пациентов и поэтому проводится в обязательном порядке.

Очень важным аспектом приверженности является понимание пациентом целей проводимой терапии.

Для ВИЧ-инфицированных пациентов высокая степень приверженности — это ключ к успеху лечения.

СПИД существует рядом с нами уже более 20 лет. Еще не одно десятилетие нам придется бороться с этой проблемой. Но, к настоящему моменту, — мы можем добиться изменения, и мы можем улучшить качество жизни и ее продление для людей, живущих с ВИЧ.

УДК 618.36-002.6-006.52+[618.33:612.017.1

**ПЕРСИСТЕНЦИЯ ВИРУСА ПАПИЛЛОМЫ ЧЕЛОВЕКА В ПЛАЦЕНТЕ
И НАПРЯЖЕННОСТЬ ПРОТИВОВИРУСНОГО ИММУНИТЕТА У ПЛОДА**

Кустова М. А., Барановская Е. И., Жаворонок С. В., Теслова О. А., Голубых Н. М.

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Учреждение образования

«Белорусский государственный медицинский университет»

г. Минск, Республика Беларусь

Введение

Внутриутробное инфицирование плода — важная проблема современного акушерства. Иммунная система плода, ее системные и локальные механизмы к моменту рож-

дения являются незрелыми, недостаточно эффективными и не имеющими опыта взаимодействия и организации многоуровневой защиты против патогенов. Кроме того, иммунная система новорожденного находится в состоянии непрерывного созревания, дифференцировки. Определение уровня продукции интерферонов (ИФН) дает важную информацию о потенциальной активности системы противовирусной защиты. При этом, формирование перинатальной патологии (инфицированность, гипоксия, гипотрофия) зависит от активности инфекционного процесса у матери и состояния собственной специфической и неспецифической резистентности плода [1].

Данные о влиянии папилломавирусной инфекции (ПВИ) на течение беременности и возможность инфицирования плода малочисленны и разноречивы. По данным некоторых авторов [2] частота передачи ДНК вируса папилломы человека (ВПЧ) от матери к плоду составляет 44,44 %, из них 60 % приходится на трансплацентарный путь. Персистенция ВПЧ в плаценте выявляется в 24,5 % случаев. В 10,2 % случаев установлено одновременное наличие ВПЧ в плаценте, у новорожденного и в генитальном тракте матери. Таким образом, плацентарная инфекция наблюдается в 23,3 % случаев, трансплацентарная передача в 12,2 % [3].

В настоящее время нет однозначных данных о частоте и факторах риска трансплацентарной передачи ВПЧ и влиянии ее на течение и исходы беременности.

Цель исследования

Оценить факторы риска персистенции ВПЧ в плаценте и показатели противовирусного иммунитета (содержание ИФН) в пуповинной крови плода.

Материалы и методы исследования

Обследовано 86 пациенток во время беременности и родов и их новорожденные дети. Материалом для исследования явились: соскобы поверхностного слоя эпителия шейки матки, соскобы с материнской и плодовой поверхностей плаценты, кровь из вены пуповины.

Иммуноферментный анализ проводили для определения содержания в пуповинной крови интерферонов α - и γ -, С-реактивного белка (СРБ), используя наборы реагентов «Альфа-интерферон-ИФА-Бест», «Гамма-интерферон-ИФА-Бест» «СРБ-ИФА-Бест» (Вектор-Бест, РФ).

Для постановки полимеразной цепной реакции (ПЦР) использовались тест-системы «АмплиСенс® ВПЧ ВКР генотип FL» (АмплиСэнс, РФ) и «АмплиСенс® ВПЧ 6/11-Еph» с электрофоретическим учетом и Real-Time-PCR для выявления ДНК HPV 6, 11, 16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 52, 56, 58, 59, 66 генотипов.

Для статистической обработки качественных данных использовалось определение доли (Р, %) изучаемого признака и стандартной ошибки доли (sP, %). При межгрупповом и внутригрупповом сравнении по долям использованы критерии Фишера и χ^2 .

Для описания центральной тенденции рассчитаны среднее (М) и стандартное отклонение от среднего (σ) — для нормально распределенных величин, медиана (Me) и интерквартильный размах (25; 75 %) — для величин, распределение которых отличалось от нормального. При соответствии характера распределения нормальному закону сравнение между группами проводили методом Стьюдента (t). Для установления наличия различий в группах признаков, распределение которых отличалось от нормального, вычисляли критерий Манна-Уитни (Z). Для выявления корреляций количественных и качественных признаков, рассчитаны коэффициенты Спирмена (RS), Кендалла (τ).

Статистически значимым уровнем принимали $p \leq 0,05$. Статистическая обработка данных производилась при помощи программы «Statistica» 6.1.

Результаты и обсуждение

Исследовано 172 соскоба с материнской и плодовой поверхностей 86 плацент. Все образцы тестированы на присутствие ВПЧ методом ПЦР.

Генетический материал ВПЧ обнаружен в 22 (25,6 ± 4,7 %) плацентах. В зависимости от выявления ВПЧ в плаценте сформированы 2 группы: 1-я — без ВПЧ, 2-я — при обнаружении ВПЧ.

Среди пациенток, чьи плаценты были исследованы, в 1-й группе — 9 (16,4 ± 4,9 %), а во второй группе — 1 (4,6 ± 4,6 %) имели ВИЧ-позитивный статус. В 1 группе ПВИ во время беременности диагностирована у 42 (65,6 ± 5,9 %) пациенток, во 2 группе — у 15 (86,4 ± 7,49 %). Персистенция ВПЧ в плаценте значимо чаще ассоциировалась с клинической формой ПВИ у беременных ($p = 0,0025$), так в группе 1 — у 40 (62,5 ± 6,05 %) пациенток выявлен генитальный папилломатоз и/или дисплазия шейки матки, в группе 2 — у 21 (95,5 ± 4,6 %) пациентки. Фактором риска персистенции ВПЧ в плаценте явилась дисплазия шейки матки у беременных, данная патология выявлена у 12 (18,8 ± 4,9 %) пациенток 1 группы, и у 10 (45,5 ± 10,9 %) пациенток 2 группы, что значимо чаще ($\chi^2 = 4,8$, $p = 0,028$). Средний показатель вирусной нагрузки ВПЧ был выше во второй группе — $4,5 \pm 1,2 \log$ копии, однако он не различался значимо с таковым в группе 1 — $4,3 \pm 1,6 \log$ копии.

Средний срок беременности при родоразрешении значимо не различался и составил в 1-й группе — $Me = 39$ (38,5; 40), во 2-й группе — $Me = 40$ (38,75; 40) недель гестации. Статистически значимые различия выявлены по способу родоразрешения ($\chi^2 = 9,93$, $p = 0,0016$): так частота кесарева сечения в группе 1 составила $68,8 \pm 5,8 \%$, в группе 2 преобладали роды через естественные родовые пути — их доля составила $72,7 \pm 9,7 \%$. Вирус папилломы человека в плаценте был обнаружен в 6 случаях ($27,3 \pm 9,7 \%$) при родоразрешении пациенток путем операции кесарева сечения, из них в 3 ($50,0 \pm 22,4 \%$) случаях оперативное родоразрешение проводилось в плановом порядке при не излившихся околоплодных водах.

Выявлены различия по весу и росту новорожденных: так, средний вес детей в группе 1 был больше и составил $3529,6 \pm 445,4$ г, в группе 2 — $3333,8 \pm 298,7$ г ($t = 1,87$, $p = 0,06$), рост — $53,5 \pm 2,4$ см и $52,5 \pm 2,1$ см ($t = 1,8$, $p = 0,06$) соответственно, однако уровень значимости не достиг заданного значения.

Оценка новорожденных по шкале Апгар в группе 1 на 1-й мин составила 8 (8; 8) баллов, на 5 минуте — 9 (8; 9) баллов. В группе 2 соответствующая оценка на 1-й мин составила 8 (8; 8) баллов и на 5-й мин — 8,5 (8; 9) баллов. Статистически значимых различий при сравнении новорожденных обеих групп не выявлено.

Вирус папилломы человека чаще идентифицировался на плодовой поверхности плаценты ($45,5 \pm 10,9 \%$), в 5 ($22,7 \pm 9,1 \%$) случаях он обнаруживался как на одной, так и на другой поверхности. Одновременная персистенция 2-х генотипов встречалась в одном случае ($4,6 \pm 4,6 \%$), 3-х генотипов в 2 ($9,1 \pm 6,3 \%$) случаях, в остальных — по 1 ($86,4 \pm 7,5\%$). Частота обнаружения различных генотипов ВПЧ приведена в таблице 1.

Таблица 1 — Частота выделения различных генотипов вируса папилломы человека с материнской и плодовой поверхностей плацент

Генотипы	Материнская поверхность, (P ± sP, %)	Плодовая поверхность, (P ± sP, %)
16	23,1 ± 12,2	17,7 ± 9,5
56	23,1 ± 12,2	17,7 ± 9,5
31	15,4 ± 10,4	5,9 ± 5,9
39	15,4 ± 10,4	5,9 ± 5,9
33	0	11,8 ± 8,1
35	0	5,9 ± 5,9
45	0	5,9 ± 5,9
6	0	11,8 ± 8,1
58	15,4 ± 10,4	5,9 ± 5,9
51	7,7 ± 7,7	5,9 ± 5,9

Преvalентность генотипов ВПЧ при персистенции в плаценте и в генитальном тракте у беременных различна, что продемонстрировано на рисунке 1.

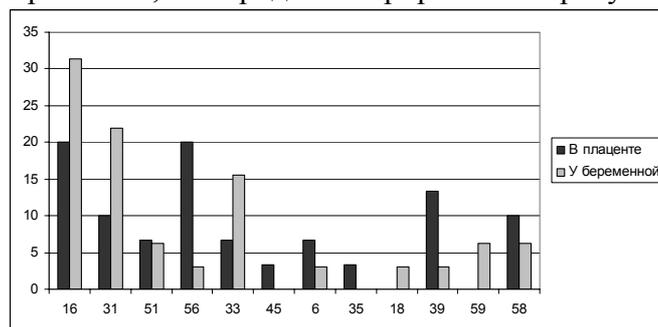


Рисунок 1 — Преvalентность генотипов ВПЧ при персистенции в плаценте и в генитальном тракте у беременных (%)

При этом лишь в $50,0 \pm 12,1$ % случаев генотипы ВПЧ, обнаруженные в плаценте и в половых путях беременной, совпадают.

Исследованы 77 образцов пуповинной крови на содержание α - и γ -ИФН, СРБ. В зависимости от обнаружения генетического материала ВПЧ в плаценте: группа 1–60 образцов при отсутствии ВПЧ, группа 2–17 образцов при наличии ВПЧ в плаценте (таблица 2).

Таблица 2 — Уровень α - и γ -ИФН, СРБ в пуповинной крови в зависимости от присутствия ВПЧ в плаценте, Ме (25; 75 %)

Маркер	Группа 1 (n = 60)	Группа 2 (n = 17)	Уровень значимости
α -интерферон, пг/мл	18,1 (17,8; 18,5)	18,6 (18,3; 31,7)	Z = 3,25, p = 0,0011
γ -интерферон, пг/мл	7,7 (7,5; 11,4)	25,7 (7,6; 33,5)	Z = 2,22, p = 0,026
СРБ, мг/л	0,126 (0,117; 0,142)	0,27 (0,127; 0,94)	Z = 3,54, p = 0,00041

Выявлены статистически значимые различия по содержанию α - и γ -ИФН, СРБ в пуповинной крови в зависимости от присутствия ВПЧ в плаценте. Содержание α - и γ -ИФН в пуповинной крови значимо выше при персистенции ВПЧ в плаценте. Наличие ВПЧ в плаценте сопровождается неспецифической воспалительной реакцией у плода и повышением уровня СРБ в пуповинной крови.

В обеих группах выявлены прямые корреляционные зависимости между содержанием α - и γ -ИФН ($R_{S1} = 0,56$, $p = 0,024$ и $R_{S2} = 0,37$, $p = 0,0038$), уровнем α -ИФН и СРБ ($R_{S1} = 0,65$, $p = 0,0044$ и $R_{S2} = 0,87$, $p < 0,001$) в пуповинной крови.

Выводы

Персистенция ВПЧ в плаценте значимо чаще ассоциируется с клинической формой ПВИ у беременных ($p = 0,0025$). Фактором риска является дисплазия шейки матки, данная патология выявлена у $18,8 \pm 4,9$ % пациенток без персистенции ВПЧ в плаценте, и у $45,5 \pm 10,9$ % пациенток с персистенцией ВПЧ, что значимо чаще ($\chi^2 = 4,8$, $p = 0,028$).

Более высокая частота родов через естественные родовые пути ($72,7 \pm 9,7$ % против $31,2 \pm 5,8$ %) у пациенток с выявленной персистенцией ВПЧ в плаценте ($\chi^2 = 9,93$, $p = 0,0016$), может свидетельствовать об интранатальном инфицировании. Обнаружение генетического материала ВПЧ в плацентах, после планового оперативного родоразрешения предполагает возможность антенатального поражения.

Персистенция ВПЧ в плаценте сопровождается активацией специфического звена иммунитета у плода и более высоким содержанием интерферонов α - и γ - в пуповинной крови (Z = 3,25 $p = 0,0011$ и Z = 2,22 $p = 0,026$ соответственно), а так же неспецифической воспалительной реакцией и более высоким уровнем С-реактивного белка (Z = 3,54 $p = 0,00041$).

ЛИТЕРАТУРА

1. Дискоординация системного воспаления при внутриутробной инфекции / П. В. Буданов [и др.] // Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. — 2009. — № 2. — С. 61–68.
2. Zuo, Z. Association of cervical cytology and HPV DNA status during pregnancy with placental abnormalities and preterm birth / Z. Zuo, S. Goel, J.E. Carther // Am J Clin Pathol. — 2011. — Vol. 136(2).
3. Transplacental transmission of human papillomavirus / R. L. Rombaldi [et al.] // Virol. J. — 2008. — Vol. 5.

УДК 616.36 - 004-07

ИЗУЧЕНИЕ ОСНОВНЫХ ЛАБОРАТОРНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ У ПАЦИЕНТОВ С ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ АЛИМЕНТАРНО-ТОКСИЧЕСКОГО ГЕНЕЗА

Кучук Э. Н.

Учреждение здравоохранения
«3-я городская клиническая больница им. Е. В. Клумова»
г. Минск, Республика Беларусь

Введение

В настоящее время в мире заболеваемость циррозом печени составляет около 20–40 больных на 100 тыс. населения, и этот показатель неуклонно растет. Цирроз печени характеризуется необратимыми изменениями в печени с нарушением нормальной архитектоники органа — избыточным развитием соединительной ткани и перестройкой ее структуры с формированием ложных долек [3, 4, 5]. Этиологические факторы цирротического процесса индуцируют разрушение клеток печени, выход их содержимого в интерстиций, в том числе различных гидролитических ферментов, что в свою очередь дополнительно потенцирует воспалительные, иммунопатологические и свободнорадикальные реакции. При этом развивающиеся клинические проявления не являются маркерами действия какого-либо определенного этиологического фактора. Массивное поражение клеток печени приводит к развитию печеночной недостаточности.

У пациентов с циррозами печени могут регистрироваться разнообразные симптомы, которые зависят от стадии заболевания и активности процесса. Примерно у 20 % больных цирроз протекает латентно или под маской другого гастроэнтерологического заболевания. В 20 % случаев циррозы печени обнаруживаются на аутопсии. По мнению Е. М. Тареева, злоупотребление алкоголем является источником цирроза печени в 50 % случаев. У большинства пациентов с алкогольным циррозом печени нет алкогольного гепатита, который предшествует циррозу и вызывает данное заболевание печени. Известно, что женщины предрасположены к алкогольному циррозу в большей степени, что может быть это связано с меньшей активностью алкогольдегидрогеназы у женщин, чем у мужчин.

Различают ряд клинико-лабораторных печеночных синдромов, характерных для циррозов: синдром цитолиза с увеличением в крови уровня аланинаминотрансферазы (АЛТ), аспартатаминотрансферазы (АСТ); синдром холестаза с повышением уровня ферментов гамма-глутаминтранспептидазы (γ -ГТП) и щелочной фосфатазы (ЩФ), а также уровня билирубина, преимущественно, за счет связанного; синдром печеночно-клеточной недостаточности со снижением уровня общего белка в крови, преимущественно, за счет уменьшения количества альбумина, фибриногена и протромбина и др. [1, 2].

Цель исследования

Изучить и проанализировать особенности разворачивания некоторых биохимических и лабораторных синдромов поражения печени у пациентов с циррозом этого органа алиментарно-токсического генеза в стадии декомпенсации и наличием печеночной недостаточности. Для достижения данной цели были установлены следующие задачи: изучить и проанализировать показатели общего (уровень гемоглобина) и биохимического (уровень общего билирубина, белка, АЛТ, АСТ, ЩФ и γ -ГТП) анализов крови.