

стью клинических симптомов, стёртостью клинического течения этих инфекций, недооценкой клинической значимости указанных возбудителей. Различия в выявляемости генетического материала ВПЧ свидетельствуют о целесообразности проведения диагностических мероприятий в отношении расширенной панели генотипов ВПЧ с доказанной онкогенной активностью. Из всех герпесвирусов в настоящем исследовании существенно чаще выявлялся генетический материал ВГЧ-6, что следует учитывать при определении перечня выявляемых возбудителей ИППП.

Демидик С.Н.¹, Алексо Е.Н.¹, Захаревич Д.В.²,
Станкевич Н.С.³

ИММУНОДИАГНОСТИКА ЛАТЕНТНОЙ ТУБЕРКУЛЕЗНОЙ ИНФЕКЦИИ У ПАЦИЕНТОВ ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ

Учреждение образования «Гродненский
государственный медицинский университет»¹,
учреждение здравоохранения «Гродненский
областной клинический центр «Фтизиатрия»»²,
учреждение здравоохранения «Городская
клиническая больница № 3 г. Гродно»³, Гродно,
Республика Беларусь

Диагностика латентной туберкулезной инфекции (ЛТБИ) играет важную роль в элиминации туберкулеза. Пациенты психоневрологического профиля имеют повышенный риск развития туберкулеза вследствие комплекса причин: особенностей их жизни (низкая материальная обеспеченность, несбалансированное питание, отсутствие бытового комфорта, длительное пребывание в закрытых учреждениях, особенности социального окружения и т. д.), длительного приема терапии. Риск развития туберкулеза среди данной категории пациентов в 1,5 раза превышает общий в популяции.

Цель исследования. Оценить распространенности ЛТБИ у пациентов психоневрологического профиля, находящихся в доме-интернате.

Материал и методы исследования. Обследование 327 пациентов психоневрологического дома-интерната. Все пациенты имели психическое заболевание и группу инвалидности. Средний возраст обследованных составил $54,3 \pm 14,2$ года. В группе преобладали мужчины — 205 (62,7%). Все пациенты были жителями сельской местности.

После исключения активного туберкулеза для диагностики ЛТБИ всем 327 пациентам исходно проведена кожная проба Манту с 2 ТЕ. После оценки ее результатов были отобраны пациенты для постановки Диаскинтеста (ДТ).

Результаты исследования. Установлено, что отрицательная кожная реакция наблюдалась у 222 (67,9%) человек, сомнительная — у 4 (1,2%), слабopоложительная и положительная средней интенсивности (папула 5–14 мм) — у 84 (25,7%), выраженная положительная реакция (папула 15–20 мм у взрослых) — у 17 (5,2%) пациентов. Гиперергическая реакция на пробу Манту не отмечалась в данной группе. Таким образом, показатель инфицированности среди пациентов психоневрологического дома-интерната составил 30,9%.

Для проведения второго этапа исследования отобраны 17 инфицированных человек с выраженной положительной реакцией на пробу Манту. Им проведена постановка ДТ на предплечье другой руки. Установлено, что у 7 (41,2%)

пациентов была отрицательная ответная реакция на ДТ, сомнительная реакция выявлена в 3 (17,6%) случаях. Отмечено, что положительная гиперергическая реакция на ДТ была у 7 (41,2%). Всем пациентам с положительной гиперергической реакцией на ДТ выставлен диагноз: ЛТБИ. Инфицирование МБТ с гиперергическим ДТ и в течение одного года рекомендовано наблюдение у фтизиатра. Врачом-фтизиатром был назначен курс лечения ЛТБИ изониазидом в дозе 5 мг/кг в день и рифампицином 10 мг/кг в день сроком на 3 месяца и терапия сопровождения — витамины группы В.

Выводы. Диагностика ЛТБИ является актуальным вопросом современной фтизиатрии. Пациенты с психическими заболеваниями, проживающие в социальных домах, относятся к группе повышенного риска развития ЛТБИ. Установлено, что среди пациентов психоневрологического дома-интерната показатель инфицированности составил 30,9%. ДТ является тестом выбора для диагностики ЛТБИ у взрослых пациентов с психическим заболеванием. Положительный результат ДТ является показанием для углубленного обследования и назначения терапии ЛТБИ и динамического наблюдения у врача-фтизиатра.

Демчило А.П.

СОВРЕМЕННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ НСV-ИНФЕКЦИИ У ДЕТЕЙ

УО «Гомельский государственный медицинский
университет», г. Гомель, РБ

Инфекция, вызванная вирусом гепатита С (НСV-инфекция) у детей может протекать в двух вариантах: острый вирусный гепатит С (ОВГС) и хронический вирусный гепатит С (ХВГС). Доминирующим путем заражения детей младшего возраста является перинатальное инфицирование. Подростки могут инфицироваться вследствие рискованного поведения (татуировки, потребление наркотических веществ внутривенно, незащищенный секс). Дети любого возраста могут инфицироваться вследствие неудовлетворительной профилактики инфекций в медицинских учреждениях.

ОВГС у детей характеризуется легким течением у большинства пациентов (тяжелое течение может быть у иммуносупрессивных детей). В 90–95% случаев заболевание протекает в безжелтушной, субклинической и инаппарантной формах. Выражен цитолитический синдром (АлАТ повышена более чем в 10 раз), виремия чаще высокая (ВН более 1000000 МЕ/мл). Очень высокий риск хронизации — более 80%.

ХВГС у детей характеризуется длительным доброкачественным бессимптомным течением. В биохимическом анализе — волнообразная неярко выраженная ферментемия (нормальные значения АлАТ чередуются с минимальной активностью). Может быть незначительная гепатомегалия. Уровень виремии различный, редко коррелирует с биохимической активностью. Фиброз печени прогрессирует медленно и коррелирует с возрастом пациента и длительностью инфекции.

В Обновленных рекомендациях по лечению подростков и детей с хронической НCV-инфекцией (ВОЗ, 2022 г.) обоснованы настоятельные рекомендации по лечению подростков (12–17 лет) и детей старшего возраста (6–11 лет) (весом не менее 35 кг) и условные рекомендации по лечению детей младшего возраста (3–5 лет) с назначени-

ем трех пангенотипных комбинаций препаратов прямого противовирусного действия (ПППД): софосбувир/даклатасвир (SOF/DCV), софосбувир/велпатасвир (SOF/VEL), глекапревир/пибрентасвир (G/P). Режим SOF/DCV является наиболее широкодоступной из схем ПППД с пангенотипной активностью.

Всего за 2019 – 2025г в Гомельской области пролечено 20 детей: 2 ребенка с диагнозом ОВГС и 18 детей с диагнозом ХВГС. У 9 детей с ХВГС имеется указание на наличие ХВГС у матери. У 19 детей лечение было первичным; у 1 ребенка лечение ПППД было после неудачи лечения в 2015г по схеме ПЕГ-ИФН + рибавирин.

Характеристика пациентов: распределение по полу – 10 девочек и 10 мальчиков. Возраст на момент лечения от 5 до 17 лет (Me $\pm$ ИКР 13,5 $\pm$ 3,5 лет). Генотип 1 – 12 детей, генотип 3 – 7 детей, генотип 2 – 1 ребенок. Вирусная нагрузка была различной: от 100 МЕ/мл до 8559340 МЕ/мл и не зависела от биохимической активности и фиброза печени. Изменения в биохимическом анализе отсутствовали у 8 детей, минимальное повышение АлАТ было у 10 детей. У большинства детей с ХВГС фиброз отсутствовал – 12 случаев, фиброз 1 ст имелся у 5 детей, фиброз 2 ст – у 1 ребенка.

19 детей получали лечение по схеме софосбувир 400мг + даклатасвир 60мг 12 нед. 1 ребенок в возрасте 5 лет получал софосбувир 200мг + даклатасвир 30мг 12 недель. У всех детей зафиксирован устойчивый вирусологический ответ. Побочных явлений во время лечения не было.

**Джанахмедова Ш.Н., Садыхова Н.Р.,
Бенделизаде Г.С.**

ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ГЕЛЬМИНТОЗОВ И ЛЕЙШМАНИОЗА

*НИИ медицинской профилактики им. В.Ю. Ахундова,
Баку, Азербайджан*

Введение: Иммунология гельминтозов и протозойных инфекций – в частности, лейшманиоза – представляет собой одно из ключевых и интенсивно развивающихся направлений современной паразитологии. Изучение механизмов формирования иммунного ответа при данных заболеваниях позволяет обосновывать новые подходы к диагностике и терапии паразитарных инвазий.

Цель: Анализировать особенности иммунного ответа при гельминтозах и лейшманиозе, а также выявить возрастные особенности распространенности аскаридоза и трихоцефалеза на основе серологических данных.

Материалы и методы: В рамках проведенного исследования были проведены серологические обследования на аскаридоз и трихоцефалез у 328 человек, распределенных по восьми возрастным группам. Иммунологические аспекты оценивались с позиции специфического гуморального и клеточного ответа, с акцентом на роли иммуноглобулинов и Т-хелперных субпопуляций.

Результаты: Паразиты, такие как гельминты и *Leishmania*, обладают способностью к длительному выживанию в организме хозяина за счет разнообразных механизмов иммуномодуляции. Характер иммунного ответа при гельминтозах тесно связан с морфологическими и биологическими особенностями паразитов – включая сложность антигенной структуры, размеры и цикличность развития. Иммунитет при гельминтозах, как правило, слабый, нестойкий и кратковременный. Некоторые антигены гельминтов имеют структурное сходство с антигенами хозяина, что мо-

жет блокировать иммунный ответ и повышать риск аутоиммунных процессов. В специфическом иммунном ответе участвуют преимущественно четыре класса иммуноглобулинов – IgG, IgM, IgE и IgA. На ранней стадии преобладает IgM, позже он заменяется IgG. Повышенный уровень IgE считается характерным для гельминтозов и играет важную роль в воспалительной реакции. Предполагается, что IgE ограничивает миграцию личинок в слизистых оболочках и коже. Участие IgA преимущественно связано с мукозальной защитой. При лейшманиозе тип иммунного ответа определяет клиническую форму заболевания. Эффективную защиту обеспечивает Th1-тип ответа (с участием IFN- γ и IL-12), активирующий макрофаги и способствующий уничтожению внутриклеточных форм *Leishmania*. Напротив, при преобладании Th2-ответа (IL-4, IL-10) создаются условия для хронического течения и распространения инфекции. Таким образом, характер иммунной реакции имеет ключевое значение в патогенезе лейшманиоза. Результаты серологического обследования показали, что наивысшая частота заражения аскаридозом и трихоцефалезом наблюдалась в возрастных группах 4–7 лет (25,4% и 13,6% соответственно) и 8–11 лет (26,4% и 13,2% соответственно).

Выводы и заключение: Полученные данные свидетельствуют о значительной распространенности гельминтозов среди детей дошкольного и младшего школьного возраста, что, вероятно, связано с недостаточной сформированностью гигиенических навыков и частым контактом с загрязненной окружающей средой. Иммунологическая реакция при гельминтозах и лейшманиозе не только отражает патогенетические особенности, но и определяет клиническое течение. Серологические методы диагностики позволяют выявлять уязвимые возрастные группы, что важно для планирования лечебно-диагностических мероприятий. Углубленные иммунологические исследования открывают новые перспективы в борьбе с паразитарными инфекциями.

Домашенко О.Н., Гридасов В.А. КЛИНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ НЕЙРОБОРРЕЛИОЗА

г. Донецк, ДНР, Россия

При наблюдающемся росте заболеваемости иксодовым клещевым боррелиозом (ИКБ) в Донбассе в последнее десятилетие отмечены случаи хронической формы заболевания, в том числе с поражением нервной системы. Хронические формы нейроборрелиоза нами выявлены у 15 больных (8 мужчин и 7 женщин) в возрасте 26–64 лет. Длительность заболевания была от 6 месяцев до 30 лет. Лишь у 1 больной инфицирование произошло на Дальнем Востоке России, у остальных – на территории Донбасса. Неврологом установлены диагнозы: энцефаломиелит (4), радикулонейропатия (3), хроническая энцефалопатия в сочетании с невритом слухового нерва (1), возникшем в остром периоде ИКБ, прогрессирующая энцефалопатия (3), вялый парапареза (2). 2 пациентки после острого периода ИКБ наблюдались инфекционистом и неврологом в связи с затяжным течением менингоэнцефалита с последующим развитием неврита лицевого нерва и хроническим рецидивирующим поражением кожи в виде вторичных эритем (1), а также неврита вестибулокохлеарного нерва в сочетании с симпатoadrenalовыми пароксизмами (1). Прогрессирующее течение нейроборрелиоза наблюдалось у 3-х больных, у остальных было рецидивирующим. Общеинфекционные симптомы харак-