

первые его месяцы, являются наиболее уязвимыми с точки зрения развития любого дисбактериоза кишечника, в т.ч. антибиотик-ассоциированного, а незрелость иммунной системы делает ребенка весьма чувствительным ко многим экзогенным факторам [3]. Имеющиеся в настоящее время экспресс-методы диагностики дисбактериоза дорогостоящи и недостаточно распространены, а главное, последствия его долго и трудно устраняются. Кроме того, такой неблагоприятный фон может отразиться на заживлении хирургической раны, привести к нарушению оптимальных сроков и порядка исполнения «Протокола», дополнительным вмешательством и т. д. Эти суждения основаны на результатах анализа архивных материалов челюстно-лицевого хирургического отделения Детской Краевой Клинической больницы Краснодарского края — 30 историй болезней детей, которым в 6–7 месяцев проводилась хейлопластика по поводу сквозного несращения, без назначения антибиотиков в послеоперационном периоде. В качестве контрольной группы взяты 25 историй детей с таким же диагнозом и с таким же вмешательством, в те же сроки. Различий в количестве послеоперационных осложнений (нагноение раны, отит, пневмония) не выявлено.

Выводы

Проанализировав архивные материалы за десять лет и мировые протоколы по послеоперационным отитам, пневмониям и нагноениям ран можно сделать вывод, что раннее вмешательство благоприятно эстетически, но его социальная цена обычно не рассматривается. В Протоколе Краснодарского диспансерного центра первое хирургическое вмешательство проводится в шесть месяцев, а временной промежуток используется для дохирургической коррекции. Применение антибиотиков профессионально обусловлено стремлением врачей снизить непосредственные профессиональные риски и не всегда клинически обосновано. Часто отсроченные ятрогенные заболевания проявляются острыми и хроническими отитами, нарушениями иммунного статуса со всеми долгосрочными последствиями.

ЛИТЕРАТУРА

1. Шульженко, В. И. Хирургические и ортодонтические мероприятия в комплексной реабилитации детей со сквозными несращением губы и неба / В. И. Шульженко, А. Ф. Верапатвелян. — СПб.: ООО «МЕДИ издательство», 2007. — 176 с.
2. Куличкова, В. Н. Комплексная реабилитация больных с врожденной расщелиной верхней губы и неба с учетом их возраста и видов восстановительного лечения: автореф. дис. ... канд. мед. наук. — Екатеринбург, 1999. — 19 с.
3. Бельмер, С. В. Антибиотик-ассоциированный дисбактериоз кишечника / С. В. Бельмер. — Ростов-на-Дону, 2004. — 5 с.

УДК 618.3-06:616.98:578.828 НIV

МАРКЕРЫ СОПУТСТВУЮЩИХ ИНФЕКЦИЙ У ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ БЕРЕМЕННЫХ

Громько Н. Л.

Научный руководитель: д. м. н., проф. Е. И. Барановская

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

Инфекция, вызываемая вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ), приводит к дезорганизации в клеточном и гуморальном звене иммунитета, что способствует возникновению сопутствующих и оппортунистических инфекций [1]. Одной из основных причин перинатальной заболеваемости и смертности является плацентарная недостаточность на фоне внутриутробной инфекции. Особенности функционирования иммунной системы матери во время беременности создают благоприятные условия для манифестации инфекции [2].

Цель

Изучить частоту и клиническое значение маркеров сопутствующих инфекций у ВИЧ-инфицированных беременных.

Материалы и методы

В исследование включены 3 группы женщин: 1 группа — ВИЧ-положительные беременные (72 человека), 2 группа — ВИЧ-негативные беременные (44 человека), 3 группа — ВИЧ-положительные небеременные (31 человек). В сыворотке периферической крови методом иммуноферментного анализа определено наличие IgM — к цитомегаловирусу (ЦМВ), к вирусу простого герпеса (ВПГ), IgM к вирусу гепатита С, IgG — к Chl. trachomatis. Наличие в крови вируса Эпштейн-Барр (ВЭБ) определено методом полимеразной цепной реакции. Для выявления микоуреаплазменной инфекции использовали бактериологический метод. Орофарингеальный кандидоз диагностировали бактериологическим методом по Голда. Клеточный иммунитет исследовали методом проточной цитофлуориметрии. Для статистической обработки полученных результатов использовали: описательную статистику с вычислением доли (P) и 95 % доверительного интервала доли (95 % ДИ), χ^2 — критерий и точный критерий Фишера, ROC-анализ (AUC; 95 % ДИ).

Результаты исследования

Средний возраст в группах составил $26,5 \pm 5,1$ лет, $24,7 \pm 3,2$ лет, $28,3 \pm 2,3$ лет. Группы ВИЧ-инфицированных женщин статистически значимо не отличались по стадиям заболевания и степени иммуносупрессии. Частота выявления маркеров сопутствующих инфекций представлена в таблице 1.

Угроза прерывания беременности у ВИЧ-инфицированных беременных встречается чаще при наличии маркеров хламидийной инфекции в сыворотке крови ($p = 0,015$). При сочетании ВИЧ-инфекции и хламидийной инфекции в периферической крови выявлено снижение Т-лимфоцитов (CD3+) менее 73 % (AUC = 0,71; 0,52–0,85; $p = 0,039$), уменьшение числа Т-хелперов (CD4+) менее 15 % (AUC = 0,70; 0,50–0,85; $p = 0,056$). При сочетании ВИЧ-инфекции и беременности имеет значение определение содержания цитотоксических лимфоцитов (CD8+) более 57 % (AUC = 0,70; 0,54–0,82; $p = 0,020$) и снижение иммунорегуляторного индекса (ИРИ) менее 0,68 (AUC = 0,70; 0,54–0,82; $p = 0,020$). В группе беременных без ВИЧ-инфекции при снижении естественных киллеров (CD3-CD16+56+) менее 7 % (AUC = 0,87; 0,68–0,97; $p = 0,007$) и Т-клеток с киллерной активностью (CD3+CD16+56+) менее 3 % (AUC = 0,80; 0,60–0,93; $p = 0,002$) чаще встречаются маркеры хламидийной инфекции. При этом в крови увеличивается число Т-лимфоцитов (CD3+) за счет популяции Т-хелперов (CD4+) более 50 % (AUC = 0,74; 0,54–0,89; $p = 0,037$).

Таблица 1 — Частота выявления маркеров, сопутствующих инфекции в исследуемых группах

| Маркеры инфекций | 1 группа N (P %; 95 % ДИ) n | 2 группа N (P %; 95 % ДИ) n | 3 группа N (P %; 95 % ДИ) n |
|-------------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|
| Маркеры хламидийной инфекции | 17 (34; 20–55) n = 49 | 2 (6; 1–21)* n = 34 | 14 (45; 25–76) n = 31 |
| Маркеры микоуреаплазменной инфекции | 9 (25; 11–47) n = 36 | 5 (19; 6–45) n = 26 | — |
| C. albicans в слизи из ротоглотки | 15 (52; 29–85) n = 29 | — | 12 (48; 25–84) n = 25 |
| Маркеры вируса простого герпеса | 3 (4; 1–13) n = 70 | 1 (2; 0–13) n = 44 | 1 (3; 0–18) n = 31 |
| Маркеры цитомегаловируса | 9 (13; 6–25) n = 69 | 3 (7; 1–20) n = 44 | 5 (16; 5–38) n = 31 |
| Маркеры вируса Эпштейн-Барр | 20 (61; 37–94) n = 33 | — | 14 (52; 28–87) n = 27 |
| Маркеры вируса гепатита С | 28 (47; 31–67) n = 60 | — | 18 (60; 36–95) n = 30 |

* Статистически значимые отличия от группы 1 ($\chi^2 = 7,9$; $p = 0,005$) и группы 3 ($\chi^2 = 11,4$; $p = 0,001$)

Микоуреаплазменная инфекция, выявляемая при беременности, вызывает угрозу прерывания беременности независимо от наличия ВИЧ-инфекции ($p = 0,039$ для 1 группы и $p = 0,033$ для 2 группы).

При снижении числа CD4+ клеток менее 20 % у ВИЧ-инфицированных беременных появляются маркеры ВПГ в крови ($AUC = 0,88; 0,77-0,95; p = 0,001$), при снижении CD3+ лимфоцитов менее 1200 кл/мкл ($AUC = 0,72; 0,53-0,86; p = 0,033$) выявляются маркеры ЦМВ инфекции. У женщин с наличием маркеров ЦМВ инфекции в сыворотке крови статистически значимо чаще диагностирована угроза прерывания беременности ($p = 0,026$), послеродовые осложнения ($p = 0,003$), перинатальная энцефалопатия новорожденных ($p < 0,001$), внутриутробное инфицирование плода ($p = 0,023$).

У ВИЧ-инфицированных небеременных женщин увеличение числа цитотоксических лимфоцитов (CD8+) более 42 % ($AUC = 0,78; 0,58-0,92; p = 0,003$) и снижение ИРИ менее 0,22 ($AUC = 0,73; 0,53-0,88; p = 0,020$) сопряжено с появлением маркеров ВЭБ в сыворотке крови. При сочетании с беременностью имеет значение снижение CD4+ клеток менее 21 % ($AUC = 0,85; 0,56-0,98; p = 0,001$) и общего числа лейкоцитов периферической крови менее $5,7 \times 10^9/\text{л}$ ($AUC = 0,83; 0,56-0,97; p = 0,002$).

У ВИЧ-инфицированных женщин при наличии маркеров ВГС в периферической крови чаще возникает угроза прерывания беременности ($p = 0,025$), фетоплацентарная недостаточность ($p = 0,042$), перинатальная энцефалопатия новорожденных ($p = 0,006$).

Оппортунистические инфекции изменяют экспрессию активационных маркеров лимфоцитов. ВПГ усиливает экспрессию маркеров поздней активации (CD3+HLA-DR+) лимфоцитов ($AUC = 0,92; 0,82-0,97; p = 0,001$) у ВИЧ-инфицированных беременных, ЦМВ — у ВИЧ-инфицированных небеременных ($AUC = 0,72; 0,53-0,86; p = 0,059$). Орофарингеальный кандидоз у ВИЧ-инфицированных беременных способствует усилению экспрессии маркеров апоптоза Т-лимфоцитов (CD3+CD95+) в периферической крови ($AUC = 0,82; 0,54-0,96; p = 0,019$).

Выводы

Сопутствующие и оппортунистические инфекции у ВИЧ-инфицированных беременных, проявляющиеся на фоне сочетанного иммуносупрессивного действия гестации и ВИЧ-инфекции, оказывают негативное влияние на течение беременности, послеродового периода и состояние новорожденного. Появление маркеров ВГС, ЦМВ, ВЭБ, орофарингеального кандидоза связаны с наличием ВИЧ-инфекции у беременных. Микоуреаплазменная инфекция осложняет беременность независимо от ВИЧ-статуса женщины.

ЛИТЕРАТУРА

1. Дранник, Г. Н. Клиническая иммунология и аллергология / Г. Н. Дранник. — М.: МИА, 2003. — 604 с.
2. Кулаков, В. И. Плацентарная недостаточность и инфекция / В. И. Кулаков, Н. В. Орджоникидзе, В. Л. Тюпюнник. — М., 2004. — 494 с.

УДК 618.31-616-089.8

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ НАРУШЕННОЙ ЭКТОПИЧЕСКОЙ БЕРЕМЕННОСТИ

Гукайло О. С.

Научный руководитель: к. м. н., доцент В. Б. Белуга

Учреждение образования

«Гродненский государственный медицинский университет»

г. Гродно, Республика Беларусь

Проблема эктопической беременности актуальна для медицинской общественности. Этому факту можно дать следующее объяснение: постоянно растет распространенность воспалительных заболеваний внутренних половых органов; увеличивается число