

Таблица 2 — Возраст детей с различной этиологией гепатитов

	Гепатит А	Гепатит В	Гепатит С	Токсический	Аутоиммунный	Реактивный	Невирусный	Лекарственный
0–3 года	8,82 % (n = 3)	18,5 % (n = 15)	2,12 % (n = 5)	33,3 % (n = 2)	—	60 % (n = 3)	8 % (n = 8)	—
4–6 лет	14,71 % (n = 5)	1,3 % (n = 16)	11,44 % (n = 27)	—	—	40 % (n = 2)	3 % (n = 3)	—
7–11 лет	23,53 % (n = 8)	7,4 % (n = 1)	30,93 % (n = 73)	—	100 % (n = 1)	—	5 % (n = 5)	100 % (n = 1)
12–18 лет	52,94 % (n = 18)	72,8 % (n = 59)	55,51 % (n = 131)	66,67 % (n = 4)	—	—	84 % (n = 84)	—

Выводы

Среди детей, госпитализированных с диагнозом «гепатит» мальчиков было 311 (68 %), девочек 153 (32 %). Гепатитами чаще болеют мальчики в возрасте от 12 до 18 лет. Гепатиты вирусной этиологии встречаются чаще у девочек (84,97 %), чем у мальчиков (71,06 %). Дети в возрасте 12–18 лет регистрировались чаще среди пациентов с гепатитом А (52,94 %, n = 18), гепатитом В (72,8 %, n = 59), гепатитом С (55,51 %, n = 131), а также гепатитами невирусной этиологии (84 %, n = 84).

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Чердниченко, Т. В. Вирусные гепатиты у детей первого года жизни / Т. В. Чердниченко, И. А. Московская // *Детские инфекции*. – 2003. – С. 11–14.
2. Курбанов, Б. Хронический вирусный гепатит у детей / Бексод Курбанов // *Общество и инновации*. – 2021. – № 1. – С. 1–9.
3. Вирусные гепатиты у детей / Холодок Л. Г. [и др.] : учебное пособие. – Благовещенск : Буквица, 2011. – 38 с.
4. Парентеральные вирусные гепатиты у детей / О. В. Шамшева [и др.] : учебное пособие. – Москва : РНИМУ им. Н.И. Пирогова, 2021. – 108 с.
5. Hepatitis. Symptoms and treatment [Electronic resource] / World Health Organization. – Режим доступа: <https://www.who.int/ru/healthtopics/hepatitis>. – Дата доступа: 30.10.2022.
6. Вольнец, Г. В. Современный взгляд на лечение хронического гепатита С у детей и подростков / Г. В. Вольнец, А. И. Хавкин // *Российский вестник перинатологии и педиатрии*. – 2019. – № 64. – С. 11–19.

УДК 616.98:578.828НIV]:618.3

*И. А. Радченко, М. О. Шелудько, С. Л. Бобков***Научный руководитель: ассистент Е. В. Анищенко****Учреждение образования****«Гомельский государственный медицинский университет»****г. Гомель, Республика Беларусь****АНАЛИЗ ТЕЧЕНИЯ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ
У ЖЕНЩИН ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ****Введение**

ВИЧ (вирус иммунодефицита человека) — это уникальная инфекция из-за своего ubicquitarного распространения, масштаба и глубины последствий [1].

ВИЧ-инфекция ранее ассоциировалась с асоциальной группой людей имеющих наркотическую зависимость, ведущие беспорядочные половые связи. На современном этапе ВИЧ инфекция распространена среди всех слоев общества и является чумой XXI века [1, 2].

На начало 2021 года в Республике Беларусь зарегистрировано 22855 людей, живущих с ВИЧ. Лидером по распространенности ВИЧ-инфекции (595 случаев на 100 тыс. населения) является Гомельская область, по данным на 01.01.2021 [2].

Женщины, живущие с ВИЧ, которые забеременели или заразились вирусом во время беременности, подвергаются риску как материнской, так и перинатальной заболеваемости и смертности, главным образом, если вирус плохо контролируется [3]. ВИЧ-инфекция может явиться причиной различных осложнений во время беременности и в послеродовом периоде. Кроме того, существует риск вертикальной передачи инфекции плоду во время беременности, родов и в послеродовой период при грудном вскармливании. Приблизительно в 60 % случаев передача ВИЧ-инфекции от матери ребенку проходит во время родов [4]. Необходимо проводить антиретровирусную терапию (АРТ), чтобы уменьшить последствия ВИЧ-инфекции во время беременности, а в идеале, начиная с консультирования до зачатия и планирования беременности, когда вирусная нагрузка минимальна [4, 5]. Считается доказанным, что для снижения риска вертикальной передачи ВИЧ-инфекции от матери ребенку должны быть проведены следующие мероприятия: профилактика антиретровирусными препаратами; родоразрешение путем операции кесарева сечения; консультирование по вопросам вскармливания детей грудного возраста. Родоразрешение путем операции кесарева сечения снижает риск передачи ВИЧ-инфекции от матери ребенку независимо от степени инфицированности и применения профилактического лечения. Однако необходимо всегда оценивать риск и пользу оперативного родоразрешения в интересах здоровья матери и ребенка [5]. ВИЧ-положительные женщины или пары, где один или оба партнера ВИЧ-инфицированы, и желающие забеременеть и иметь детей, должны получить полную и ясную информацию о существовании риска передачи инфекции неинфицированному партнеру во время незащищенного полового акта.

Цель

Проанализировать течение ВИЧ-инфекции во время беременности у пациентов с высокой и низкой вирусной нагрузкой.

Материалы и методы исследования

Ретроспективно проанализировано 32 истории болезни беременных пациенток с положительным ВИЧ-статусом, находящихся на стационарном лечении в акушерско-обсервационном отделении учреждения «Гомельская областная клиническая больница» в период с декабря 2021 года по сентябрь 2022 года. В ходе работы был проведен анализ возраста пациенток, структуры основного заболевания и сопутствующей патологии, применяемой антиретровирусной терапии, путей родоразрешения. В ходе исследования низкая вирусная нагрузка оценивалась как показатель менее 500 копий РНК вируса, высокая вирусная нагрузка — более 500 копий РНК вируса соответственно. АРТ проводилась согласно постановлению МЗ РБ № 59 от 28 июня 2018 г. Об утверждении клинического протокола «Профилактика передачи ВИЧ-инфекции от матери ребенку».

Статистическую обработку полученных данных проводили с помощью программного обеспечения «Statistica» 10.0 и «Microsoft Office Excel» 2016. Материал был обработан посредством методов описательной статистики. Исследуемые пациентки были разделены на две группы в зависимости от показателя вирусной нагрузки. В I (основную) группу вошло 17 пациенток с низкой вирусной нагрузкой; во II (контрольную) группу — 15 пациенток с высокой вирусной нагрузкой. Для оценки равномерности распределения применялся расчёт показателя Шапиро — Уилка. Определяли долю (р, %), медиану (Me), нижний (Q1) и верхний квартиль (Q3). Для сравнения качественных показателей (долей) использовали критерий χ^2 с поправкой Йейтса. Для выявления взаимосвязи количественных показателей вычисляли коэффициент ранговой корреляции Спирмена (r_s). Статистически значимыми считались различия при $p < 0,05$.

Результаты исследования и их обсуждение

В исследование были включены пациентки в возрасте от 19 до 40 лет, Ме составила 29 (Q1–26; Q3–34) лет. Средний возраст вступления в половую жизнь составил 19,4 (Q1–16; Q3–24) лет. В исследуемых группах общее число первородящих составило 11 (34,4 %) пациенток ($\chi^2 = 12,57$, $p < 0,001$), повторнородящих соответственно 21 (65,6 %) пациенток ($\chi^2 = 22,23$, $p < 0,001$).

Среди исследуемых группах 14 (43,7 %) пациенток имели в анамнезе сочетанную гинекологическую патологию ($\chi^2 = 10,57$, $p < 0,001$), урогенитальные инфекции были выявлены у 16 (50 %) пациенток ($\chi^2 = 15,23$, $p < 0,002$) соответственно. Из всех исследуемых пациенток I и II группы у 15 (46,9 %) пациенток была выставлена ВИЧ-инфекция 1 клиническая стадия ($\chi^2 = 47,35$, $p < 0,001$), у 9 (28,1 %) пациенток — ВИЧ-инфекция 2 клиническая стадия ($\chi^2 = 76,39$, $p < 0,002$), у 4 (12,5 %) пациенток — ВИЧ-инфекция 3 клинической стадии ($\chi^2 = 80,39$, $p < 0,001$), у 4 (12,5 %) пациенток соответственно ВИЧ-инфекция 4 клинической стадии ($\chi^2 = 80,39$, $p < 0,001$). В I группе наблюдалось 15 (46,9%) пациенток с высокой вирусной нагрузкой ($\chi^2 = 14,23$, $p < 0,002$), а II группе 17 (53,1 %) пациенток с низкой вирусной нагрузкой соответственно ($\chi^2 = 16,23$, $p < 0,001$). Всем ВИЧ-инфицированным беременным разъясняли необходимость профилактической АРТ с целью снижения перинатального инфицирования. Из всех пациенток I и II группы 19 (59,4 %) женщин принимали АРТ с целью профилактики передачи ВИЧ-инфекции от матери ребенку ($\chi^2 = 27,17$, $p < 0,001$), остальные 13 (40,6 %) — отказались от приема АРТ ($\chi^2 = 41,78$, $p < 0,001$). Пациенткам была предложена стерилизация во время проведения операции кесарева сечения. Из I и II группы 17 (63 %) пациенток отказалось от стерилизации ($\chi^2 = 0,39$, $p = 0,53$), только 10 (37 %) пациенток согласились соответственно ($\chi^2 = 41,78$, $p < 0,001$). В течение беременности наблюдалась корреляция увеличения частоты заболеваемости анемией, гестационным пиелонефритом, преэклампсией, кольпитом, генерализованной лимфаденопатией, орофарингиальным кандидозом, острыми респираторными вирусными инфекциями (ОРВИ) ($r_s = 0,39$, $p = 0,007$). Способ родоразрешения пациенток определялся исходя из акушерско-гинекологического анамнеза и показателей вирусной нагрузки. Из I и II группы 27 (84,4 %) пациенток родоразрешались путем операции кесарева сечения ($\chi^2 = 22,23$, $p < 0,001$), остальные 5 (15,6 %) пациенток родоразрешались через естественные родовые пути ($\chi^2 = 2,48$, $p = 0,096$). Частота кесарева сечения превалировала над родами через естественные родовые пути в связи с возрастанием вирусной нагрузки ($r_s = 0,45$, $p = 0,001$). Всем новорожденным с целью профилактики развития и передачи ВИЧ-инфекции проводилась АРТ. В послеродовом периоде все 32 (100 %) пациентки отказались от грудного вскармливания.

Выводы

1. Анализируя течение беременности наблюдалась корреляция увеличение частоты встречаемости заболеваемости анемией, гестационным пиелонефритом, преэклампсией, кольпитом, генерализованной лимфаденопатии, кандидозным орофарингитом, ОРВИ ($r_s = 0,39$, $p = 0,007$).

2. В ходе исследования было установлено, что частота кесарева сечения напрямую коррелирует с увеличением вирусной нагрузки, наличием сопутствующей акушерской и соматической патологией ($r_s = 0,45$, $p = 0,001$).

3. Средний возраст ВИЧ-инфицированных женщин составил Ме 29 (Q1–26; Q3–34) лет ($p < 0,005$).

4. В сравниваемых группах всего 19 (59,4 %) пациенток принимали АРТ с целью профилактики передачи ВИЧ-инфекции от матери ребенку ($\chi^2 = 27,17$, $p < 0,001$), что свидетельствует о недостаточно высокой приверженности к лечению при ВИЧ-инфекции на первичном звене оказания медицинской помощи, недостаточной информированности о возможных рисках передачи и развития ВИЧ-инфекции у ребенка.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Chilaka, V. N. HIV in pregnancy - An update. / V. N. Chilaka, J. C. Konje // Eur. J. Obstet. Gynecol. Reprod. Biol. – 2021. – Vol. 256. – P. 484–491. doi: 10.1016/j.ejogrb.2020.11.034
2. Голобородько Н. В. Доступ к диагностическим средствам для выявления и мониторинга ВИЧ-инфекции в Республике Беларусь в 2020-2021 годах / Н. В. Голобородько, И. Е. Статкевич, И. Н. Ластовка // Минск : БОО «Позитивное движение», 2022. – 49 с.
3. Черствая, Е. В. Отягощенный акушерский анамнез: исходы беременностей и родов / Е. В. Черствая, А. С. Пумпур // Устойчивое развитие науки и образования. – 2018. – № 3. – С. 223–229.
4. Cervený L. HIV in pregnancy: Mother-to-child transmission, pharmacotherapy, and toxicity / L. Cervený, P. Murthi, F. Staud // Biochim Biophys Acta Mol Basis Dis. – 2021. – Vol. 1867, № 10: 166206. doi: 10.1016/j.bbadis.2021.166206
5. Risk factors during pregnancy and birth-related complications in HIV-positive versus HIV-negative women in Denmark, 2002-2014 / M. Orbaek [et al.] // HIV Med. – 2020. – Vol. 21, № 2. – P. 84-95. doi: 10.1111/hiv.12798

УДК 615.33.035

Е. А. Соболев, М. А. Беляк, А. М. Морозов

Научный руководитель: к.м.н., доцент А. М. Морозов

«Тверской государственный медицинский университет»

г. Тверь, Российская Федерация

ИССЛЕДОВАНИЯ СВОЙСТВ АНТИСЕПТИЧЕСКИХ ПРЕПАРАТОВ В РАМКАХ ЭКСПЕРЕМЕНТА

Введение

Изучение микробиологии и появление первых антисептиков привело к резкому скачку в области лечения ран и снижению процента инфицирования области хирургического вмешательства. В настоящее время в хирургической практике достигнуты значительные успехи в создании новых методов обработки раневой поверхности, что позволяет значительно снизить риски инфицирования и уменьшить длительность послеоперационной реабилитации больных. Однако увеличение антибиотикорезистентности возбудителей инфекционных заболеваний является причиной поиска альтернативных методов профилактики попадания патогенной и условно-патогенной микрофлоры в область хирургического вмешательства [1, 3, 4]. Одним из таких возможных вариантов является использование комбинации антисептиков, в результате возможного расширения их спектра воздействия на большинство грамположительных и грамотрицательных бактерий, а также и микроскопических грибов. По данной причине масштабы применения антисептиков во всех клинических областях непрерывно растут [2].

Эффективность и безопасность антимикробных препаратов являются основным критерием для их применения в лечении инфекций области хирургического вмешательства. Противомикробные препараты по своей природе способны угнетать рост или размножение патогенных микроорганизмов, однако показано, что после применения антимикробных лекарственных средств, в том числе и антибиотиков, общее количество микроорганизмов в области раны может превышать по содержанию бактерий или грибов выше нормальных значений. Интерес к антисептикам остается высоким из-за распространения полирезистентных микроорганизмов, устойчивых к нескольким классам антибиотиков, и из-за сравнительно высокой степени сенсibilизации к локально применяемым антибиотикам [4].

В настоящее время среди различных средств обеспечения эпидемиологической безопасности на территории лечебных учреждений большое значение в хирургической практике отводится использованию именно кожных антисептиков [5, 6].