

Смерть от основного заболевания среди пациентов составила 22 (26,83 %) человека.

В 2017 г. количество пациентов, получавших химиотерапевтическое лечение, составило 68 человек, среди которых 33 с наличием диареи, 35 — с отсутствием.

Средний возраст пациентов составил 66–70 лет (20 (29,9 %) человек).

Наиболее часто встречаемая стадия заболевания среди пациентов с наличием диареи — 4 стадия (17 (52 %) человек), затем 3 стадия (9 (27 %) человек), 2 стадия (4 (12 %) человека), 1 стадия (3 (9 %) человека). Среди пациентов с отсутствием диареи — 3 стадия (19 (54,3 %) человек), также 1 стадия (6 (17,1 %) человек), 4 и 2 стадия (по 5 (14,3 %) человек).

Среднее количество курсов химиотерапии у пациентов с наличием диареи составило от 7 до 10 (25 (78 %) человек), от 11 до 15 (4 (12,4 %) человека), от 16 до 20 (2 (6,2 %) человека), более 20 (1 (3,4 %) человек). Среди пациентов с отсутствием диареи — 1 курс (23 (65,8 %) человека), 2 (11 (31,5 %) человек), 3 (1 (2,9 %) человек).

Смерть от основного заболевания среди пациентов составила 8 (11,8 %) человек.

В 2018 г. количество пациентов, получавших химиотерапевтическое лечение, составило 80 человек, среди которых 39 человек с наличием диареи и 41 — с отсутствием. Средний возраст пациентов составил 66–70 лет (21 (26,3 %) человек).

Наиболее часто встречаемая стадия заболевания среди пациентов с наличием диареи — 4 стадия (35 (89,7 %) человек), также пациенты с 3 стадией (3 (7,7 %) человека), 2 (1 (2,6 %) человек). Пациентов с 1 стадией выявлено не было. Среди пациентов с отсутствием диареи — 4 стадия (25 (61 %) человек), с 3 стадией (11 (26,8 %) человек), со 2 стадией (4 (9,8 %) человека) и 1 стадией (1 (2,4 %) человек).

Среднее количество курсов химиотерапии у пациентов с наличием диареи составило от 7 до 10 (33 (84,6 %) человека), также от 11 до 15 (5 (12,8 %) человек), от 15 до 20 (1 (2,6 %) человек). Среди пациентов с отсутствием диареи — 3 курса (20 (48,8 %) человек), 1 (12 (29,3 %) человек), 2 (9 (22 %) человек).

Смерть от основного заболевания среди пациентов составила 9 (11,25 %) человек.

Выводы

Средний возраст онкологических пациентов урологического профиля составил 55–75 лет, наиболее часто встречаемая стадия заболевания среди пациентов с наличием диареи — 4, с отсутствием — 3, среднее количество курсов химиотерапии среди пациентов с диареей составило от 7 до 10, с отсутствием 1 курс терапии. Процент смертности пациентов от основного заболевания в период с 2014 по 2018 гг резко снизился (2014 г. — 56,6 % по сравнению с 2018 г. — 11,25 %).

УДК 616.36-002-056.716

ВЕРТИКАЛЬНАЯ ПЕРЕДАЧА ГЕПАТИТА В

Гончарова Л. В., Суфранович В. В., Мартусевич В. А.

Научный руководитель: ассистент Е. И. Романова

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

По оценкам ВОЗ более трети населения планеты имеют какие-либо маркеры перенесенной или текущей HBV-инфекции. Более 350 млн человек живут с хроническим гепатитом В (ХГВ). Перинатальная трансмиссия HBV по данным разных авторов колеблется в пределах от 9 до 39 % новорожденных у матерей с высоким уровнем вирусемии. При вертикальном пути передачи у 80–90 % детей формируется ХГВ [1].

На частоту вертикальной передачи влияют различные факторы: во время родов — длительность и выраженность контакта новорожденного с цервикальным секретом и материнской кровью. Для новорожденного, у матери которого имеются положительные HBsAg и HBeAg, в отсутствие своевременной иммунопрофилактики риск развития ХГВ составляет 70–90 %. Для детей, рожденных от матерей с положительным HBsAg и отрицательным HBeAg риск вертикальной передачи от 10 до 40 % [2].

На данный момент нет единого мнения о том, влияет ли способ родоразрешения на частоту вертикальной передачи. Однако в последнее время появились работы, указывающие, что плановое кесарево сечение, проводимое до разрыва плодного пузыря, снижает риск передачи инфекции [1].

Своевременная активно-пассивная иммунизация, то есть сочетание вакцины и высокотитрованного иммуноглобулина против ГВ достаточно эффективно предотвращает передачу ГВ от матери новорожденному. Недавние исследования показали, что назначение противовирусных препаратов в третьем триместре беременности может повысить эффективность иммунопрофилактики новорожденных от матерей с высокой вирусной нагрузкой. Ряд препаратов из группы аналогов нуклеозидов (НА) могут применяться во время беременности. Из этих лекарственных средств следует отдавать предпочтение тенофовиру в связи с лучшим профилем резистентности и большим объемом данных по безопасности у беременных. Для профилактики перинатальной и внутриутробной передачи вируса тенофовир назначается в последнем триместре (после 30 недели) беременности у HBs-положительных женщин с высоким уровнем виремии (уровень ДНК HBV в сыворотке более 1 000 000 – 10 000 000 МЕ/мл). Если НА назначены только для профилактики перинатального заражения, их можно отменить через 3 месяца после родов [3].

Цель

На клиническом примере показать эффективность перинатальной профилактики тенофовиrom гепатита В у HBs-положительных беременных с высоким уровнем виремии.

Материал и методы исследования

Проанализирована эффективность проведенной перинатальной профилактики ХГВ у беременных женщин за период с 2015 по 2020 г., рассмотрен клинический пример.

Результаты исследования и их обсуждение

За период с 2015 по 2020 г. в консультативный кабинет ГОИКБ обратились семь беременных женщин с диагнозом хронический гепатит В. У 4 из них ХГВ выявлен при обследовании по беременности, 3 — ранее находились на диспансерном учете у врача-инфекциониста. При комплексном дообследовании (определение спектра маркеров с учетом маркеров репликации, определение уровня виремии (количество ДНК ВГВ), у некоторых — определение стадии фиброза), 3 женщинам была показана перинатальная противовирусная профилактика. Назначен препарат тенофовир в дозе 0,3 г. С 30 недели беременности до 3-х месяцев после рождения ребенка. У всех женщин, получающих противовирусную профилактику родились здоровые дети.

Клинический пример: Пациент К., 2010 г.р., ребенок от первой беременности, наблюдался в ГОИКБ с диагнозом хронический гепатит В в исходе врожденного, с высокой биохимической активностью и высокой вирусной нагрузкой (ДНК HBV более 100 000 000 МЕ/мл) с положительными маркерами репликации (HBsAg, HBeAg, анти-HBcor Ig M). Из анамнеза выяснилось, что во время беременности у матери был выявлен HBsAg, в консультативный кабинет не обращалась. При первом обращении в ГОИКБ (после выявления ХГВ у ребенка) при дообследовании матери были выявлены маркеры репликации (HBeAg, анти-HBcor Ig M) и высокая вирусная нагрузка (более 100 000 000 МЕ/мл). В течение 36 недель мать получала ламивудин в дозе 0,2 г, который был отменен в связи с развитием резистентности и отсутствием вирусологического

ответа. Пациент К., 2015 г.р., ребенок от второй беременности этой же пациентки. Учитывая сохранение маркеров репликации и высокой вирусной нагрузки, а так же наличие у ребенка от первой беременности врожденного гепатита В, матери с 30 недели беременности до 3-х месяцев после родов назначен тенофовир в дозе 0,3 г. ежедневно. Ребенок вакцинирован согласно национальному календарю прививок по ускоренной схеме (0–1–2–12 мес.). На момент рождения HBsAg не выявлен, при обследовании в 6 мес., в 12 месяцев и в 18 мес. HBsAg отрицательный, ДНК HBV не определяется. Ребенок здоров, снят с учета.

Выводы

Обязательно определение серологического статуса всех беременных женщин вне зависимости от предшествующего прививочного анамнеза.

Высокая вирусная нагрузка у матери является главным фактором, увеличивающим риск вертикальной передачи HBV-инфекции.

При наличии HBsAg и маркеров репликации (HBe Ag и анти-HBc_{ori} Ig M), а также высокой вирусной нагрузки (уровень вiremии выше 1 000 000–10 000 000 МЕ/мл) показана профилактика НА из категории В по классификации FDA (оптимально тенофовир в дозе 0,3 ежедневно с 30 недели беременности до 3-х месяцев после родов).

Женщинам с высокой вирусной нагрузкой необходимо решение вопроса о проведении планового кесарева сечения для снижения риска перинатального инфицирования.

Детям, рожденным от HBsAg-позитивных матерей, должна проводиться активно-пассивная иммунизация по ускоренной схеме (0–1–2–12 мес.).

ЛИТЕРАТУРА

1. Белопольская, М. А. Вертикальная передача гепатита В: опасности реальные и мнимые / М. А. Белопольская // Журнал инфектологии. — 2015. — Т. 7, № 1. — С. 18–25.
2. Ott, J. J. The risk of perinatal hepatitis B virus transmission: hepatitis B e antigen prevalence estimates for all world region / J. J. Ott, G. A. Stevens, S. T. Wiersma // BMC Infectious Diseases. — 2012. — № 12. — P. 131.
3. Данилов, Д. Е. Метод лечения хронического вирусного гепатита В / Д. Е. Данилов, И. А. Карпов // Инструкция по применению. Видаль специалист. РБ. — 2016. — С. 225–236.

УДК 616.711-002-002.5

КЛИНИЧЕСКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ТУБЕРКУЛЕЗНОГО СПОНДИЛИТА

Демидович П. С., Дудкина Я. Ю., Шпудейко А. Д.

Научный руководитель: ассистент Ж. Е. Сверж

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

В эпидемиологической ситуации по туберкулезу в Гомельской области в последние 3 года отмечается положительная динамика. Показатель заболеваемости снизился с 35,9 в 2017 г. до 26,5 в 2019 г. При этом в структуре заболеваемости возрастает количество внелегочного туберкулеза, особенно за счет костно-суставных форм. Показатель заболеваемости внелегочными формами туберкулеза вырос с 3,4 в 2017 г. до 3,84 соответственно. Туберкулезный спондилит (ТС) — это клинико-рентгенологическая форма туберкулеза, характерным признаком которой является первичное разрушение тел позвонков с последующей деформацией. ТС в структуре костно-суставного туберкулеза занимает первое место, составляя от 45,2 до 82,4 % [1]. Распространенные и осложненные формы ТС встречаются у 70 % взрослых. Это ведет к росту инвалидности, которая