

ТЕЗИСЫ XI СЪЕЗДА АКУШЕРОВ-ГИНЕКОЛОГОВ И НЕОНАТОЛОГОВ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ

28 октября 2022 г., Минск.

Научное электронное издание

Минск
«Профессиональные издания»
2022

НА ПЕРВУЮ

НА СЛЕДУЮЩУЮ

НА ПРЕДЫДУЩУЮ

К СОДЕРЖАНИЮ

<i>Аверин В.И., Кандратьева О.В., Черевко В.М., Севковский А.И.</i> ЭКСТРОФИЯ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ: ТАКТИКА НЕОНАТОЛОГА	13
<i>Арестова И.М., Жукова Н.П.</i> ИММУНОМОДУЛИРУЮЩАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ ПЕРСИСТИРУЮЩИХ ВИРУСНО-БАКТЕРИАЛЬНЫХ ИНФЕКЦИЯХ МОЧЕПОЛОВОГО ТРАКТА ЖЕНЩИНЫ	17
<i>Арестова И.М., Ковалёва А.В., Ковалёв Е.В.</i> ОСОБЕННОСТИ ПРЕКОНЦЕПТИВНОЙ И АНТЕНАТАЛЬНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ ВНУТРИУТРОБНОЙ ГЕРПЕТИЧЕСКОЙ ИНФЕКЦИИ	20
<i>Ахмедова М.Д., Исмаилова А.А., Ташпулатова Ш.А., Нуриллаев Р.Р.</i> ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ХРОНИЧЕСКОГО ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА D У БЕРЕМЕННЫХ	23
<i>Белуга М.В., Капора Т.Ч., Курлович И.В., Бурьяк Д.В., Тихоненко И.В., Зубовская Е.Т., Демидова Р.Н., Юркевич Т.Ю.</i> ОКАЗАНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ БЕРЕМЕННОЙ ПРИ КИСТОЗНО- АДЕНОМАТОЗНОМ ПОРОКЕ ПРАВОГО ЛЕГКОГО 1 ТИПА СО СМЕЩЕНИЕМ ОРГАНОВ СРЕДОСТЕНИЯ У ПЛОДА	26
<i>Белуга М.В., Курлович И.В., Бурьяк Д.В., Демидова Р.Н., Зубовская Е.Т., Юркевич Т.Ю., Капора Т.Ч., Пашкевич Л.Н.</i> МЕДИЦИНСКАЯ ПРОФИЛАКТИКА АНЕМИИ ТЯЖЕЛОЙ СТЕПЕНИ У ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ, ПЕРЕНЕСШИХ ВНУТРИУТРОБНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ГЕМОЛИТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ	28
<i>Болебусова М.В., Дядичкина О.В.</i> СОВРЕМЕННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ДИАГНОСТИКИ ОПУХОЛЕЙ И ОПУХОЛЕВИДНЫХ ОБРАЗОВАНИЙ ЯИЧНИКОВ У БЕРЕМЕННЫХ	32
<i>Валёк Л.В., Махлин А.М., Свирский А.А.</i> ХИРУРГИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ ВРОЖДЕННОГО ПОРОКА РАЗВИТИЯ – АТРЕЗИИ ПИЩЕВОДА.....	35
<i>Васильев С.А., Курлович И.В., Ващилина Т.П., Виктор С.А.</i> ВЛИЯНИЕ СРОКА ИНДУКЦИИ РОДОВ НА АКУШЕРСКИЕ И ПЕРИНАТАЛЬНЫЕ ИСХОДЫ У ЖЕНЩИН С ГЕСТАЦИОННЫМ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ	38
<i>Ващилина Т.П., Зеневич Е.В., Виктор С.А., Семенчук В.Л.</i> ВЗАИМОСВЯЗЬ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ЖЕНЩИН С ОЖИРЕНИЕМ, СТРАДАЮЩИХ БЕСПЛОДИЕМ, С ОСОБЕННОСТЯМИ ИХ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ.....	40

Литература

1. Анализ влияния герпетической инфекции на внутриутробное инфицирование плода и состояние фетоплацентарного комплекса [Текст] / Г.Р. Валеева [и др.] // Клинические и медико-организационные решения по сохранению репродуктивного здоровья семьи: сборник научных работ научнопрактической конференции Перинатального центра ГБУЗ СОКБ им. В.Д. Середавина. – Самара, 2017. – С. 49-56.
2. Арестова, И. М. Герпетическая инфекция в акушерстве и гинекологии : метод. пособие / И. М. Арестова, Н. И. Киселёва – Минск : Тирас-Н, 2016. – 40с.
3. Петров, Ю. А. Герпетическая инфекция во время беременности / Ю. А. Петров, А. Д. Купина, А. Е. Шаталов // Междунар. журн. приклад. и фундам. исследований. – 2020. – № 7. – С. 62–66.
4. Соснова, Е. А. Прегравидарная подготовка пациенток с вирусными инфекциями / Е. А. Соснова // Вопр. гинекологии, акушерства и перинатологии. – 2011. – Т. 10, № 5. – С. 72–80.

Ахмедова М.Д.¹, Исмаилова А.А.², Ташпулатова Ш.А.¹, Нуриллаев Р.Р.³

¹Ташкентская медицинская академия, г. Ташкент, Узбекистан

²Институт иммунологии и геномики человека АН РУз, г. Ташкент, Узбекистан

³Ургенчский филиал Ташкентской медицинской академии, г. Ташкент, Узбекистан

ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ХРОНИЧЕСКОГО ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА D У БЕРЕМЕННЫХ

Цель исследования. Изучение значения некоторых цитокинов у беременных с хроническим вирусным гепатитом D.

Материалы и методы исследования. С целью исследования изучено значение некоторых цитокинов (IL-6; IL-10; IFN-γ; ФНО-α) у 88 беременных в возрасте от 18 до 45 лет (в среднем 29,4±0,49 лет) (основная группа) находившихся на лечении с диагнозом хронический вирусный гепатит D (ХВГД) в 1-й городской инфекционной больнице города Ташкента в период с 2019 по 2021 годы. 10,2% (9) беременных на момент обращения в больницу находились в первом триместре беременности, 40,9% (36) – во втором триместре, а большинство – 48,9% (43) – в третьем триместре. 50 женщин в возрасте от 18 до 45 лет (в среднем 35,5±0,53 лет) (P<0,001) с ХВГД находившихся на лечении в клинике Республиканской специализированной НПЦ эпидемиологии, микробиологии, инфекционной и паразитарных болезней составили группу сравнения. Параметры региональной нормы для IL-6, IFN-γ, ФНО-α и IL-10 были определены у 10 небеременных здоровых женщин в возрасте 25–40 лет. Забор крови проведен натощак в 9 часов утра. Норма для IL-6 составила 1,55±0,17 пг/мл. Для ФНО-α уровень нормальных значений составил 9,7±1,1 пг/мл. Норма для IL-10 составляла 4,50±0,31 пг/мл. Норма для IFN-γ составляла 67,50±3,6 ЕД/мл.

Для статистического анализа использовали методы параметрической и непараметрической статистики, пакет статистических функций для Excel 2010, статистическую программу для ПК Statistica 10.

Результаты исследования. При изучении величины изучаемых цитокинов у женщин с хроническим вирусным гепатитом D установлено следующее: уровень ФНО-α в среднем составил 16,8±1,7 пг/мл. IL-10 – 36,81±1,6 пг/мл, IFN-γ – 89,9±3,4 пг/мл,

IL-6 – $1,705 \pm 0,82$ пг/мл. У беременных с ХВГД ФНО-α был $8,14 \pm 2,2$ пг/мл. IL-10 – $66,8 \pm 2,9$ пг/мл, IFN-γ – $75,8 \pm 2,6$ пг/мл, IL-6 – $22,2 \pm 1,2$ пг/мл.

У беременных основной группы хронический инфекционный процесс протекал в средней степени активности (48,9% – 13), 31,8% (28) – в минимальной активности и 19,3% (17) – с высокой активностью. У женщин с ХВГД группы сравнения этот показатель составил соответственно 30,0% (15) (OR-2,230; 95% CI – 1,069-4,651) ($P > 0,05$); 12,0% (6) (OR-3,422; 95% CI – 1,305-8,971) ($P > 0,05$) и 58,0% (29) (OR-5,768; 95% CI – 2,66-12,48).

При изучении количества цитокинов в соответствии с активностью хронического инфекционного процесса было установлено следующее. показатель ФНО-α у женщин группы сравнения составила $22,5 \pm 2,3$ пг/мл в группе с хроническим инфекционным процессом с высокой активностью, у больных со средней активностью – $16,7 \pm 0,9$ пг/мл, а у больных с минимальной активностью – $10,9 \pm 0,9$ пг/мл, отличие между группами было статистическим достоверным ($P < 0,05$). IL-6 у больных в группе сравнения соответственно составляет $2,6 \pm 1,3$ пг/мл; $1,9 \pm 1,1$ пг/мл и $0,66 \pm 0,08$ пг/мл, но разница между группами не была статистически значимой ($P > 0,05$). IFN-γ – соответственно; $77,3 \pm 2,3$ ЕД/мл; $83,9 \pm 3,4$ ЕД/мл; $92,2 \pm 3,1$ ЕД/мл значение показателя статистически значимо снижалось от минимальной активности до высокой активности ($P < 0,05$). IL-10 – составлял $39,7 \pm 1,7$; $36,5 \pm 1,1$ и $33,9 \pm 0,89$ пг/мл, разница между значениями этих показателей между группами не была взаимно достоверной ($P > 0,05$).

У больных основной группы наблюдались те же изменения, что и в группе сравнения: показатель ФНО-α была достоверно связана с активностью хронического инфекционного процесса ($P < 0,05$) и в группе с высокой активностью составила $10,4 \pm 2,1$ пг/мл, у больных с умеренной активностью – $7,2 \pm 1,8$ пг/мл и $4,1 \pm 0,7$ пг/мл у больных с минимальной активностью.

IL-6 соответственно составляет $23,3 \pm 1,5$; $21,9 \pm 1,3$; $19,8 \pm 0,91$, его значение снижалось по мере снижения активности, но разница между группами была недостоверна ($P > 0,05$). Величина IFN-γ также зависела от активности инфекционного процесса, как и в группе сравнения, и соответственно составлял $53,3 \pm 8,3$; $77,9 \pm 8,9$; $92,2 \pm 5,1$. Значение IL-10 также менялось в зависимости от активности инфекционного процесса, соответственно $39,7 \pm 1,7$; $36,5 \pm 1,1$; $33,9 \pm 0,89$.

При изучении активности хронического инфекционного процесса у беременных с СВГД в зависимости от триместра беременности установлено, что большинство беременных, обратившихся в стационар, находились в третьем (48,9%) и втором (40,9%) триместры. Лишь 10,2% пациенток обратились в I триместре беременности, причем хронический инфекционный процесс у этих женщин носил в основном минимальную (2,2%) и среднюю (8,0%) активность. У большинства женщин, обратившихся во II триместре беременности, хронический инфекционный процесс был минимально активным (21,6%), у 13,6% диагностирована средняя и у 5,7% – высокая активность. К третьему триместру частота хронического инфекционного процесса в высокой активности увеличилась и наблюдалась у 13,6% пациенток этой группы (OR-2,400; 95% CI – 0,755-7,6). Вероятность наличия хронического инфекционного процесса с высокой

активностью не была статистически значимо связана с триместром беременности ($P > 0,05$). 27,3% женщин в третьем триместре диагностировано хронический процесс умеренной активности и только у 8,0% – минимальной активности. Мы также изучили изменение цитокинов в зависимости от триместра беременности у больных основной группы. Было выявлено, что динамика цитокинов зависит от триместра беременности. ФНО- α в первом триместре составил $5,8 \pm 0,45$, в следующих триместрах значение начало статистически достоверно повышаться и соответственно составлял $7,4 \pm 0,86$ и $10,2 \pm 1,1$ пг/мл ($P < 0,001$).

IFN- γ наоборот в начале беременности он составлял $55,3 \pm 5,7$ ЕД/мл, а потом начал постепенно снижаться и во втором триместре его значение было $75,2 \pm 2,9$, а в третьем триместре стал $90,8 \pm 4,3$ ЕД/мл ($P < 0,001$).

Динамика IL-6 имел волнообразное изменение, то есть в первом триместре повышался в среднем до $21,9 \pm 1,3$ пг/мл, во втором триместре он резко снизился 1,3 раза ($16,4 \pm 0,76$ пг/мл), к третьему триместру вновь увеличилась в 1,7 раза ($27,3 \pm 1,1$) ($P < 0,001$).

Наибольшее значение IL-10 наблюдалось в первом триместре беременности ($87,2 \pm 2,3$), ко второму триместру показатель снижался в 1,4 раза ($63,4 \pm 1,6$), а в третьем триместре имел наименьшее значение ($29,3 \pm 1,1$) ($P < 0,001$).

При анализе исхода беременности у больных с ХВГД выявлено, что у большинства (86,4%) женщин беременность закончилась родами. Только у 12 (13,6%) женщин наблюдалось осложненная беременность (выкидыш – 2, неразвивающаяся беременность – 2, преждевременные роды – 8).

Выводы. Цитокиновый баланс у женщин с ХВГД показал преобладание цитокинов Th2-типа над Th1, т. е. продукция IL-10 была выше. Известно, что это свидетельствует о прогрессировании вирусной инфекции и глубоком поражении печени. Действительно, в группе сравнения вероятность развития хронического инфекционного процесса с высокой активностью было в 6 раз больше по сравнению с основной группой. Цитокиновый баланс у беременных с ХВГД зависел от триместра беременности.
