

Материал и методы. В условиях лаборатории клеточных технологий проведено определение уровня интерлейкинов- 6, 8, 10, ФНО- α в цервикагинальном секрете у 95 женщин репродуктивного возраста двух групп. 1-я контрольная группа ($n=45$) – женщины с нормальными результатами цитологических мазков, 2-я исследуемая группа ($n=50$) – женщины с дисплазией шейки матки различной степени. Для исследования применялся метод ИФА (Вектор-БЕСТ, РФ). Для статистического анализа использовали пакет Statistica версия 6.1, регистрационный номер GS-35F-589). Статистически значимыми считались отличия при наименьшем уровне значимости $p < 0,05$.

Результаты и обсуждение. Уровень ИЛ-6 в контрольной группе составил $20,34 \pm 2,79$ пг/мл, в группе с дисплазией – $45,5 \pm 6,85$ пг/мл, ИЛ-8 – $70,88 \pm 7,34$ пг/мл и $145,9 \pm 13,1$ пг/мл соответственно. Различия уровней ИЛ-6, ИЛ-8 были статистически значимыми ($p < 0,001$). Повышенный уровень ИЛ-6, ИЛ-8 является признаком развивающегося дисбаланса цитокинов и указывает на наличие воспалительных изменений во влагалище. Данные изменения представляют собой важнейшие патогенетические механизмы нарушения пролиферативной фазы и формирования хронического воспаления, что в дальнейшем способствует трансформации цервикального эпителия. Хроническое воспаление создает благоприятные условия для внедрения вирусов, в том числе и ВПЧ. Значимых различий в группах по содержанию интерлейкина-10 и ФНО- α не получено. В контрольной группе уровень ИЛ-10 составил $7,38 \pm 0,9$ пг/мл, с дисплазией – $6,7 \pm 0,82$ пг/мл, ФНО- α – $19,4 \pm 1,16$ пг/мл и $15,4 \pm 0,77$ пг/мл соответственно. Причем, у ВПЧ+ пациенток уровень ФНО- α составил $16,6 \pm 1,5$ пг/мл, а у ВПЧ- пациенток – $14,8 \pm 0,96$ пг/мл. Известно, что уровень ФНО- α является показателем активности воспаления и коррелирует с тяжестью течения инфекционного процесса, и, следовательно, длительная персистенция вируса при цервикальных интраэпителиальных поражениях снижает возможность элиминации ВПЧ и тормозит процесс апоптоза. По данным проведенных ранее исследований показано, что ФНО- α ингибирует пролиферацию здоровых эпителиальных клеток шейки матки, а в случае инфицирования эпителия ВПЧ 16-го и 18-го типов тот же ФНО- α стимулирует пролиферацию пораженных клеток (Абрамовских О.С., 2012).

Таким образом, в результате определения интерлейкинов в цервикагинальном секрете установлено, что наиболее высокие значения ИЛ-6 и ИЛ-8 получены в группе с дисплазией шейки матки. Уровни же ИЛ-10 и ФНО- α были выше у женщин контрольной группы. Изучение цитокинового профиля у женщин с дисплазией шейки матки позволяет оценить состояние локального иммунитета слизистой влагалища и понять механизмы опухолевой трансформации цервикального эпителия.

Лукша И.В., Стояновская Е.В., Манкевич Р.Н.

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА КАМПИЛОБАКТЕРИОЗА У ДЕТЕЙ

Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск, РБ

Актуальность. Причиной 25% случаев диарей в мире является кампилобактер, в то время как на долю кампилобактериоза выпадает от 5 до 15% зарегистрированных эпизодов в год.

Цель: оценить клинические проявления кампилобактериоза у детей различного возраста.

Материалы и методы. Нами ретроспективно проанализировано 86 «медицинских карт стационарного пациента» детей с диагнозом кампилобактериоз, которые проходили лечение на базе ГДИКБ г. Минска в период с января 2023 г. по февраль 2024 г. Диагноз был подтвержден бактериологическим методом (2,3% случаев), ИХА (81,4%), ПЦР (14%), их комбинацией (2,3%).

Средний возраст обследуемых составил $25,081 \pm 20,5957$ месяцев ($Me = 12$), среди них было 28 мальчиков и 58 девочек. Дети были разделены на 3 группы в зависимости от возраста: группу 1 составили пациенты в возрасте до 12 месяцев (52 человека, 60,47%); группу 2 – дети от 13 до 48 месяцев (23 человека, 26,74%); группу 3 – старше 48 месяцев (11 человек, 12,79%). Статистический анализ был проведен с помощью пакета анализа MS Excel 2016 и SPSS Statistics.

Результаты и их обсуждение. Среди заболевших большинство составили девочки (67,44% против 32,56%, $p < 0,05$). Все пациенты перенесли заболевание в средней степени тяжести. Дети госпитализировались в среднем на 3 – 5 сутки от начала заболевания: в группе 1 – на $3,67 \pm 1,96$ день ($Me = 3$); в группе 2 – на $4,22 \pm 3,017$ ($Me = 3$); в группе 3 – на $4,82 \pm 2,17$ ($Me = 4$). Верификация диагноза кампилобактериоз проведена: в группе 1 – на $5,42 \pm 2,26$ сутки от начала госпитализации ($Me = 5$); в группе 2 – на $5,04 \pm 3,19$ сутки ($Me = 4$); в группе 3 – на $7 \pm 2,42$ сутки, $Me = 6$, ($p < 0,05$).

У пациентов с кампилобактериозом отмечались лихорадка, дневные и ночные боли в животе без четкой локализации и зависимости от приема пищи, акта дефекации или времени суток, однократная рвота, диарея. Достоверных отличий по клинической симптоматике у детей различных групп не выявлено ($p > 0,05$).

На момент поступления у всех пациентов имела место диарея, преимущественно колит (у 76,16% пациентов выявлен гемоколит). Длительность диареи составила: в группе 1 – $5,04 \pm 1,7$ дней, $Me = 5$; в группе 2 – $5,6 \pm 2,4$, $Me = 5,5$; в группе 3 – $4,8 \pm 1,8$ дня ($Me = 4,5$) с максимальной частотой диареи: в группе 1 – $8,38 \pm 4,04$ раза в сутки, $Me = 7$; в группе 2 – $6,27$, $Me = 5,5$; в группе 3 – $12 \pm 7,45$, $Me = 10$. Проявления гемоколита встречались в 82,22% случаев в группе 1, в 82,61% в группе 2 и 63,64% в группе 3.

Выводы. Кампилобактериоз чаще встречается у девочек, проявляется преимущественно гемоколитом, сопро-

вождающимся фебрильной лихорадкой, частыми болями в животе. Наиболее выраженная клиническая картина характерна для детей старше 48 месяцев.

Любезнова О.Н., Бондаренко А.Л., Загидуллин Р.И.

КЛИНИКО-ИММУНОГЕНЕТИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ОЧАГОВЫХ ФОРМ КЛЕЩЕВОГО ЭНЦЕФАЛИТА

ФГБОУ ВО Кировский ГМУ Минздрава России, г. Киров, Россия

Цель данного исследования - изучение клинико-иммуногенетических особенностей очаговых форм клещевого энцефалита. В 2020-2023 гг. под нашим наблюдением находилось 65 пациентов с клещевым энцефалитом (КЭ) в возрасте от 18 до 84 лет, которые находились на стационарном лечении в районных больницах Кировской области и в Кировской инфекционной клинической больнице. Мужчины составили 64,6%. Средний возраст пациентов $51,2 \pm 22,7$ год. Диагноз КЭ был поставлен на основании данных эпиданамнеза (факт присасывания клеща, употребление некипяченого молока), клинической картины (наличие синдромов интоксикации, менингеального и очаговой неврологической симптоматики) и результатов серологического исследования (выявление IgM, IgG к вирусу клещевого энцефалита). У 27 пациентов с очаговыми формами КЭ были определены HLA-гены II класса (DRB1, DQA1 и DQB1). Исследование проводилось методом ПЦР с набором отечественных сиквенса-специфических праймеров (НПФ «ДНК-Технология», Москва). Для HLA-генов DRB1 группа сравнения включала 1528 практически здоровых индивидов той же популяции населения, для HLA-генов DQA1 и DQB1 – 133 человека.

В 2020-2023 годах в клинической структуре КЭ в Кировской области преобладали очаговые формы заболевания (42,0%). Лихорадочная форма отмечена у 36,0%, менингеальная – у 22,0%. Выделены следующие варианты очаговых форм КЭ: полиоэнцефалитический – 37,0%, энцефалитический – 29,6%, полиомиелитический – 7,4%, а также смешанные варианты – 26,0%. Полиоэнцефалитическая форма характеризовалась поражением ядер черепно-мозговых нервов (ЧМН). У трети пациентов наблюдалось поражение VII пары ЧМН. Поражение III, IV, VI пар ЧМН проявлялось глазодвигательными нарушениями у 29,7% пациентов. Наиболее тяжелые поражения развивались при вовлечении в процесс ядер IX, X, XII пар ЧМН (37,0%) и проявлялись бульбарным синдромом (афония, дисфагия, дизартрия, ограничение подвижности языка). О поражении мозжечка (18,5%) свидетельствовало затруднении выполнения координационных проб, наличии горизонтального нистагма. При развитии энцефалитической формы (29,7%) регистрировалось поражение белого вещества головного мозга в виде развития центральных парезов (18,5%), судорожного синдрома (3,7%), галлюцинаций (3,7%), эпилептических припадков (3,7%). Летальный исход развивался в 3% случаев.

КЭ является иммуногенетически обусловленным заболеванием. Предрасположенность к развитию очаговой формы КЭ достоверно выше у лиц, у которых определяются гены

DRB1*1 ($\chi^2=12,7$; $p<0,01$; RR=4,2), DRB1*4 ($\chi^2=9,6$; $p<0,01$; RR=4,1), DRB1*7 ($\chi^2=12,3$; $p<0,01$; RR=4,1) и особенно DRB1*16 ($\chi^2=8,6$; $p<0,01$; RR=6,3), при обнаружении которого риск развития очаговой формы КЭ повышается в 6,3 раза. Ген DQB1*602-8 обладает превентивным действием по отношению к развитию очаговой формы КЭ ($\chi^2=5,5$; $p<0,05$; RR=0,2). Наличие трёхлокусного гаплотипа DRB1*16-DQA1*0102-DQB1*502 ($\chi^2=10,9$; $p<0,01$) увеличивает риск развития очаговой формы КЭ в 17,7 раза.

Таким образом, очаговые формы являются наиболее тяжелыми в клинике КЭ. Установлена связь между развитием очаговых форм с генами HLA II класса, которые можно использовать в качестве иммуногенетических показателей предрасположенности к их развитию. Носителям данных специфичностей необходимо рекомендовать вакцинацию против КЭ.

Лютин Я.В.¹, Дронина А.М.¹, Гудкова Е.И.¹, Каткова А.А.², Семеновых З.Г.³

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ВЫЯВЛЕНИЯ ПАТОГЕННЫХ ЛЕПТОСПИР В БИОЛОГИЧЕСКОМ МАТЕРИАЛЕ С ПОМОЩЬЮ МЕТОДОВ ПОЛИМЕРАЗНОЙ ЦЕПНОЙ РЕАКЦИИ И РЕАКЦИИ МИКРОАГГЛЮТИНАЦИИ

¹Научно-исследовательский институт гигиены, токсикологии, эпидемиологии, вирусологии и микробиологии государственного учреждения «Республиканский центр гигиены, эпидемиологии и общественного здоровья», г. Минск, Республика Беларусь;

²ГУ «Гомельский областной центр гигиены, эпидемиологии и общественного здоровья», г. Гомель, Республика Беларусь;

³УЗ «Могилевский областной центр гигиены, эпидемиологии и общественного здоровья», г. Могилев, Республика Беларусь

Лептоспироз — это всемирный спирохетозный зооноз, глобальная заболеваемость которым растет и, вероятно, его эпидемический потенциал недооценивается. Сложность диагностики лептоспироза заключается в том, что заболевание часто проявляется как неспецифическое лихорадочное явление и имеет четкую зависимость от фаз течения болезни. Диагноз подтверждается ПЦР либо бактериологическим посевом крови и спинномозговой жидкости во время первой фазы (первая неделя болезни) и серологическими исследованиями – реакцией микроагглютинации (РМА), ИФА, РНГА - во время второй фазы (вторая неделя и до нескольких месяцев).

Цель работы проанализировать результаты выявления *Leptospira interrogans* в биологическом материале с помощью методов ПЦР и РМА.

Выполнены параллельные исследования 251 пробы биологического материала из Гомельской и Могилевской областей Республики Беларусь: 132 клинических образца от пациентов с симптомами, не исключающими заболевание лептоспирозом и 119 проб от животных. Тестом для выявления специфических антител являлась РМА с живыми культурами лептоспир. В качестве антигена использовали микроорганизмы 8-ми серогрупп *Leptospira interrogans*. Для выявления ДНК патогенных лептоспир

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ
УЧРЕЖДЕНИЕ ОБРАЗОВАНИЯ «ГОМЕЛЬСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»
НАУЧНОЕ ОБЩЕСТВО ИНФЕКЦИОНИСТОВ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ
МЕЖДУНАРОДНАЯ ОБЩЕСТВЕННАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ
«ЕВРО-АЗИАТСКОЕ ОБЩЕСТВО ПО ИНФЕКЦИОННЫМ БОЛЕЗНЯМ»
ГОСУДАРСТВЕННОЕ ПРЕДПРИЯТИЕ «БЕЛЭКСПО»
ООО «МАЙС ПАРТНЕР»

ВТОРОЙ ГОМЕЛЬСКИЙ
МЕЖДУНАРОДНЫЙ КОНГРЕСС
**ИНФЕКЦИОННЫЕ БОЛЕЗНИ,
МИКРОБИОЛОГИЯ
И ИММУНОЛОГИЯ**



НАУЧНОЕ
ОБЩЕСТВО
ИНФЕКЦИОНИСТОВ
РЕСПУБЛИКИ
БЕЛАРУСЬ



12-13 сентября 2024 года
Гомель
БЕЛАРУСЬ