

РОЛЬ ИНФЕКЦИЙ, ПЕРЕДАВАЕМЫХ ПОЛОВЫМ ПУТЁМ, В ФОРМИРОВАНИИ ПЕРИНАТАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИИ У НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ

И.И. Евсюкова

ГУ НИИ акушерства и гинекологии им. Д.О.Отта РАМН

В последние годы значительно возросла у лиц детородного возраста частота инфекций, передаваемых половым путем, в частности, хламидийной и уреаплазменной, активация которых во время беременности ведет к внутриутробному инфицированию плода. Несмотря на широкое применение макролидов для лечения беременных женщин частота инфицирования новорожденных хламидиями, по нашим данным, составляет 12–14%, уреаплазмами — 20,4%. Анализируя особенности клинического течения внутриутробных инфекций, вызванных этими возбудителями, мы установили, что ранние клинические симптомы заболевания проявляются прежде всего нарушениями со стороны сердечно-сосудистой системы: длительно сохраняющийся локальный цианоз и «мраморный» рисунок кожных покровов, указывающий на нарушение микроциркуляции, признаки перегрузки правых отделов сердца по данным ЭКГ, глухость сердечных тонов, наличие систолического шума в области сердца вследствие функционирования фетальных шунтов крови, признаки перегрузки правых отделов сердца по данным ЭКГ и снижение сократительной способности миокарда. Сохраняющийся вплоть до конца первой недели жизни ребенка перивентрикулярный отек мозговых структур также свидетельствует о нарушении мозговой гемодинамики и способствует появлению синдрома гипервозбудимости или угнетения функций ЦНС, на основании чего детям часто ставится диагноз нарушение мозгового кровообращения гипоксического генеза. У каждого пятого ребенка, инфицированного хламидиями, в раннем неонатальном периоде жизни наблюдается бессимптомное течение заболевания. Инфекция, не диагностированная в раннем неонатальном периоде, ведет к длительной персистенции хламидий, что, по нашим данным, нарушает становление системы иммунитета и лежит в основе развития аллергических заболеваний, а также хронической патологии со стороны ЦНС и других функциональных систем организма ребенка. В связи с этим особую значимость для ранней диагностики хламидийной и уреаплазменной инфекции приобретает выявление и обследование новорожденных, относящихся к группе высокого риска внутриутробного инфицирования. При этом важное место занимает оцен-

ка анамнеза матери, а именно: диагностированный ранее урогенитальный хламидиоз, наличие аутоиммунных заболеваний, хронических заболеваний органов дыхания, желудочно-кишечного тракта, мочевыделительной системы, а также указаний на хронический аднексит, внематочную беременность, воспалительные изменения после абортов или предыдущих родов, угрозу прерывания настоящей беременности, анемию, преждевременное излитие околоплодных вод, отслойку плаценты. Наличие у новорожденного ребенка стигм дизэмбриогенеза, задержки внутриутробного развития, симптомов гипоксии и замедленной постнатальной перестройки гемодинамики — все это в совокупности с данными анамнеза матери является основанием для проведения лабораторной диагностики инфекции и в случае выявления возбудителя — выбора адекватной этиотропной терапии. В последние годы увеличилась частота случаев бессимптомного течения внутриутробной хламидийной инфекции у новорожденных детей, что указывает на формирование ее персистирующей или латентной формы, диагностика которой и лечение значительно затруднены. Опираясь на клинический опыт и результаты наших научных исследований мы считаем, что для выявления хламидийной инфекции у новорожденных, относящихся к группе высокого риска внутриутробного заражения, необходимо использовать два метода лабораторной диагностики: метод полимеразной цепной реакции и выявление хламидий в культуре клеток. При этом материал для исследования должен включать не менее 4-х проб (моча, кровь, соскобы с задней стенки глотки, конъюнктивы нижнего века, вульвы). Лечение персистирующей формы инфекции следует начинать лишь после оценки интерферонового статуса ребенка. В случае увеличенной в 2–3 раза по сравнению с нормой продукции гамма-интерферона показано назначение Сумамеда по схеме 1–7–14. При отсутствии подобной реакции Сумамед назначается по данной схеме лишь после недельного курса виферона, который продолжается еще в течение 2–3 недель в сочетании с антиоксидантами. Подобная терапия приводит к полной эрадикации возбудителя, что подтверждается результатами контрольных исследований спустя 3 месяца после ее завершения.

СЕРОЛОГИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА СИФИЛИСА: ВОЗМОЖНОСТИ ПОВЫШЕНИЯ ИНФОРМАТИВНОСТИ

А.М. Иванов, Е.В. Ходосевич, И.Н. Теличко, С.В. Федосеева, Г.Д. Исмагулова

Российская Военно-медицинская академия, ГУЗ Городской кожно-венерологический диспансер, Санкт-Петербург

За последние годы уровень официально регистрируемой заболеваемости сифилисом по сравнению с серединой 90-х годов характеризовался некоторым сни-

жением. Тем не менее, динамика изменения темпов роста отдельных форм сифилиса, а также научные исследования позволяют прогнозировать очередной рост

заболеваемости. Особенную настороженность вызывает рост числа таких проблемных для серологической диагностики сифилиса состояний, как нейросифилис, серорезистентность после антибактериальной терапии, врожденная инфицированность *T. pallidum*.

В современной инфекционной иммунологии существуют несколько подходов к повышению информативности серологической диагностики. Во-первых, с развитием биотехнологии стало возможным получение искусственных аналогов микробных антигенов и их использование в диагностических препаратах. Во-вторых, дополнительного преимущества позволяют добиться методы раздельного выявления классов и подклассов специфических иммуноглобулинов при различных инфекционных заболеваниях. В третьих, отдельное внимание уделяется изменению трактовки результатов серологического тестирования в свете новейших достижений в фундаментальной иммунологии.

Комплексная реализация вышеперечисленных подходов позволила разработать модифицированный вариант иммуоферментного анализа, позволяющий выявлять в сыворотке крови и спинномозговой жидкости (СМЖ) специфические антитела IgG1, IgG3, IgG4 и IgM, направленные к антигенам возбудителя сифилиса с молекулярной массой 15, 17, 41 и 47 кД. Установлено, что при одновременном исследовании сыворотки крови и СМЖ у больных ранним нейросифилисом наблюдаются различия в спектре антител, направленных к основным липопротеинам возбудителя. При этом, в СМЖ определяются антитела преимущественно к антигену 17 кД, в то время как в сыворотке крови к двум и более липопротеинам ($p < 0,05$). При отсутствии у больных сифилисом специфического поражения ЦНС антитела к антигенам *T. pallidum* белковой природы в СМЖ не определяются ($p < 0,05$).

С помощью ИФА обнаружены существенные различия в иммунологической реактивности сыворотки крови у больных с активными формами сифилиса и пациентов с сохранившимися положительными серологическими реакциями после полноценного специфического лечения. Показано, что сохранение позитивности результатов ИФА в отдаленные после окончания лечения сроки преимущественно связано с антителами, специфичными антигенам 17 и 47 кД и только подкласса IgG1. В то время как при активном сифилисе в исследуемых образцах присутствуют антитела как минимум к трем трепонемным антигенам.

Возможность верификации врожденной инфицированности возбудителем сифилиса большинством исследователей ассоциируется с необходимостью детекции специфических иммуноглобулинов класса М. На практике при выявлении антител класса М могут возникать сложности, связанные с конкуренцией в серологических реакциях данных иммуноглобулинов с антителами класса G (IgG). Для исключения подобных явлений на предварительном этапе исследуемые сыворотки крови истощают от иммуноглобулинов G. Все из предложенных на сегодняшний день методов удаления IgG не могут быть адаптированы для практического использования в связи с крайней методической сложностью, трудоемкостью и дороговизной. Перечисленные трудности могут быть устранены путем внедрения в практику методов обнаружения IgM-антител, направленных к липополисахаридным антигенам *T. pallidum*, и отражающих наличие Т-независимого иммунного ответа. Предлагается модификация метода РИФабс.-IgM, предполагающая исследование сывороток крови с предварительно истощенной фракцией IgG. Для удаления иммуноглобулинов из сыворотки крови используется рекомбинантный аналог Fc-рецептора стрептококка группы G.

ЭТАПЫ ПРОФИЛАКТИКИ ИППП В САНКТ-ПЕТЕРБУРГЕ

В.Ю. Дудко, И.А. Багрецова

ГУЗ Городской кожно-венерологический диспансер, Санкт-Петербург

Социальные и экономические перемены в обществе повлияли на поведенческие факторы, способствующие росту заболеваемости ИППП. Появление социальных групп — работников секс-услуг, сексуальных меньшинств, нарко- и токсикоманов, низкая информированность населения об ИППП — все это стало отправной точкой в подъеме заболеваемости.

В связи с этим стала очевидной актуальность проведения профилактических мероприятий, направленных на изменение поведения и мотивации населения (в частности, подростков) к возможности инфицирования ИППП.

При проведении профилактических мероприятий мы учитывали контингент, с которым работали. Проводили социологические исследования как среди больных ИППП, так и среди групп риска — потенциальных пациентов.

Профилактическая работа проводилась врачами разных специальностей, но ключевой фигурой являлся дерматовенеролог. Учитывалось, что успех превентивных мер возможен только при участии всех заинтересованных сторон: молодежных групп (волонтеры), родителей, педагогов, представителей социальных служб, средств массовой информации.

Профилактическая работа подразделялась на первичную, вторичную и третичную.

Первичная — включала в себя осуществление теоретических программ, направленных на изменение модели поведения в группах риска для предотвращения заражения ИППП. Сюда включалась медико-санитарная пропаганда социального здоровья и информирование на страницах периодической печати в СМИ, в школах, других учебных заведениях, а также — в лечебных