

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ХАРКІВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ**



ЗБІРНИК ТЕЗ

**міжвузівської конференції молодих вчених та
студентів**

МЕДИЦИНА ТРЕТЬОГО ТИСЯЧОЛІТТЯ

(Харків – 16-17 січня 2017 р.)

Харків - 2017

матери ребенку составляет от 15 до 45 %, в среднем 30 %. Передача возбудителя инфекции осуществляется: во время беременности (риск 15 %), в период родов (75 %), в послеродовой период в случае грудного вскармливания (10 %). При применении антиретровирусной терапии (АРТ) у беременной, роженицы, родильницы и новорожденного риск инфицирования снижается до 1 % и ниже.

В Украине уровень охвата профилактическим антиретровирусным лечением женщин, у которых во время беременности было выявлено инфицирование ВИЧ, увеличился с 9 % в 1999 г. до 95,0 % в 2015 г., вследствие чего риск передачи ВИЧ от матери ребенку снизился с 27,8 % в 2001 г. до 3,91 % в 2013 г. В группе наркозависимых беременных уровень передачи ВИЧ новорожденным достигает 6,9 %.

Профилактика по предотвращению передачи ВИЧ вертикальным путем должна проводиться во время беременности, родов, в послеродовой период. Основная стратегия профилактики инфицирования ВИЧ детей от их матерей в Украине включает трехкомпонентную АРТ всем беременным женщинам, инфицированным ВИЧ, независимо от количества CD4 или клинической стадии ВИЧ-инфекции в качестве профилактики только во время беременности, но и в дальнейшем на протяжении всей жизни как дополнительный метод предупреждения распространения ВИЧ, а также в качестве лечения заболевания. В родовом периоде методом выбора родоразрешения является оперативное вмешательство – бескровное кесарево сечение. В послеродовом периоде ребенок получает искусственное вскармливание, а время естественного вскармливания резко ограничивается, также рекомендуется избегать применения смешанного вскармливания. Вследствие высокого риска инфицирования новорожденного в клинические рекомендации включена медикаментозная профилактика ВИЧ-инфекции у новорожденных.

Вывод: Таким образом, необходим комплексный подход к профилактике передачи ВИЧ-инфекции от матери к ребенку на всем протяжении беременности, родов и постнатальном периоде, что позволит значительно снизить риск инфицирования новорожденного. Существующие в Украине программы профилактики передачи ВИЧ от матери ребенку показали свою эффективность.

Ипполитов Д.А.

**ВЛИЯНИЕ ИММУНОФЕНОТИПА ТУБЕРКУЛЕЗНОЙ
ГРАНУЛЕМЫ НА ЕЕ МОРФОЛОГИЧЕСКОЕ СТРОЕНИЕ У ВИЧ+ И
ВИЧ- ПАЦИЕНТОВ**

**Харьковский национальный медицинский университет,
кафедра фтизиатрии и пульмонологии, г. Харьков, Украина**

Научный руководитель: д.м.н., проф. Шевченко О.С.

По состоянию на 2013 год не менее одной трети из 34 миллионов ВИЧ+ инфицированы туберкулезом при этом именно туберкулез и его осложнения являются основной причиной смерти среди данной группы пациентов, что

делает исследование особенностей течения данной сочетанной патологии одним из приоритетных направлений в области фтизиатрии и иммунологии.

Целью данного исследования является выявление зависимости морфологического строения туберкулезной гранулемы от ее иммунологического фенотипа в случаях ВИЧ- и ВИЧ-ассоциированного туберкулеза.

Для проведения анализа были отобраны результаты (MedicalExpress July/Aug 2014) гистологического и иммуногистохимического (уровни CD4 – Т-хелперов, CD8 – Т-киллеров, CD68 – макрофагов, CD20 – В-лимфоцитов) исследований двух групп пациентов больных туберкулезом. Первая группа численностью 23 человека была представлена ВИЧ+ пациентами причиной смерти которых явился миллиарный туберкулез. Количество CD4-лимфоцитов в группе находилось ниже уровня 200 ед./мкл. Средний возраст составлял 36,0 лет, соотношение количества мужчин/женщин 77% и 23% соответственно. Согласно результатам иммуногистохимического исследования гранул в первой группе распределение клеточного состава выглядело следующим образом:

CD68 >> CD4 >> CD8 >> CD20. По результатам гистологического (секционный материал) исследования установлено преобладание гнойно-некротического воспаления и в меньшей степени стертого гранулематозного воспаления и изменений по типу неспецифического воспаления. Вторая контрольная группа численностью 15 человек была представлена ВИЧ-пациентами с распространенными формами туберкулеза и уровнем CD4-лимфоцитов выше 600 ед./мкл. Средний возраст составил 33.5 лет, соотношение мужчин/женщин 67% и 33% соответственно. Количественное отношение клеточного состава по результатам иммуногистохимического исследования следующее: CD4 >> CD8 >> CD68 >> CD20. Гистологически (биопсийный, секционный материал) преобладало типичное гранулематозное воспаление со значительным количеством клеток Пирогова-Лангханса.

В процессе обработки предоставленных результатов было обнаружено следующее. В первой группе на фоне значительно сниженного количества CD4 клеток, уменьшения показателя соотношения CD4/CD8 и преобладания макрофагов в составе очага туберкулезного воспаления мы наблюдаем плохо сформированные гранулемы с выраженной склонностью к диссеминированию микобактерий в прилежащую паренхиму, что обусловлено ВИЧ-опосредованной дискоординацией иммунного ответа, в том числе непосредственным поражением CD68 – макрофагов, приводящим к нарушению их переваривающей и антигенпрезентирующей функций.

Во второй группе с нормальным общим числом CD4 клеток, нормальным соотношением уровня CD4/CD8, сохраненной функциональной активностью альвеолярных макрофагов мы наблюдали хорошо сформированные гранулемы, без тенденции к распространению микобактерий.

В результате проведенного сравнительного анализа нами было установлено наличие зависимости морфологического строения гранулемы от