

ных 39,7±6,4% (23) предохранялись от беременности.

Таким образом, использование эриксина для лечения ЦМВ-инфекции у женщин с ХВЗПО способствует улучшению состояния, повышению фертильности и благоприятно влияет на качество жизни женщин фертильного возраста. У 96,9% пациенток введение эриксина дало положительный эффект, не оказывая отрицательного воздействия на организм.

Эриксин оказывает выраженное клиническое действие, обусловленное его иммуномодулирующим и интерферонстимулирующим свойствами. Отсутствие побочных явлений позволяет считать препарат эффективным и безопасным средством лечения хронической латентной ЦМВ-инфекции. Предложенная схема введения эриксина обеспечивает элиминацию ЦМВ из крови и восстановление нарушенных

иммунологических показателей, что дает основание рекомендовать ее для применения в практическом здравоохранении.

Выводы

1. Всем женщинам фертильного возраста, страдающим ХВЗПО необходимо проводить тщательное гинекологическое обследование и наблюдение. Общее клинико-лабораторное обследование на наличие выраженности воспалительного процесса, бактериологическое исследование, УЗИ органов малого таза, иммунологические исследования: ПЦР исследование на наличие ДНК ЦМВ в крови и дополнительное исследование иммунограммы (CD_s CD₄ /CD₈).

2. Лечение проводить комплексное с эриксином по схеме сроком от 30 до 60 дней.

Литература

У

1. Аксененко В.А. Состояние репродуктивного здоровья и профилактика рецидивов у больных с воспалительными заболеваниями придатков матки. Автореф. дисс. д-ра мед. наук. - М. С. 2001. - 31 с.
2. Асатова М.М., Гафарова Д.Х., Ешимбетова Г.З. Невынашивание беременности. Пособие для врачей. - Ташкент. 2002. - 56 с.
3. Аюпова Ф.М., Курбанова Б.М. Особенности изменения некоторых показателей в сыворотке крови и влагалищного смыва у женщин с нарушением репродуктивной функции при некоторых TORCH-инфекциях. // Патология. 2003. № 1. С. 35-38.
4. Корсакова И.И., Пашанина Т.П., Елизаров В.В. и др. Основные параметры иммунного статуса у лиц с герпетической и цитомегаловирусной инфекциями. // Эпидем. и инф. бол. 2004. № 3. С. 32-34.
5. Краснополский В.И., Серова О.Ф., Туманова В.А. и др. Влияние инфекции на репродуктивную систему) женщин. // Рос вест, акуш.-гин. 2004. № 5. С. 26-29.
6. Кулаков В.И., Гуртовой Б.Л., Орджоникидзе Н.В. и др. Цитомегаловирусная инфекция в акушерстве. - М.: ГЭОТАР-Медицина. 2001. -32 с.
7. Матвеев В.А. Цитомегаловирусная инфекция как фактор иммуносупрессии для детей первого года жизни. // Эпидемиол. и инф. бол. 1998. № 6. С. 34-36.
8. Орджоникидзе Н.В., Тютюнник В.Л. Цитомегаловирусная инфекция и беременность. // Акуш. и гин. 2002. № 3. С. 59-63.
9. Парпиева Д.А., Мухитдинова Т.К., Асрапкулова Д.Б. и др. Особенности беременности у женщин с цитомегаловирусной инфекцией и принципы их патогенетического лечения. // Мед. журн. Узбекистана. 2002. № 4. С. 51-52.
10. Сидельникова В.М. Привычная потеря беременности. М., 2002. С. 156-166.
11. Тареева Т.Г., Малиновская В.В., Шугинин И.О. и др. Система иммунокоррекции при хронических инфекционно-воспалительных заболеваниях у беременных. // Рос. вест, акуш.-гин. 2004. № 5. С. 82-87.
12. Тютюнник В.Л. Эффективность подготовки и планирования беременности у женщин с инфекцией. // Акуш. и гин. 2004. №4. С. 33-37.

*Муминов С.О.,
Халилов У.С.,
Курбанов Д.Д.,
Курбанова М. Т.*

СОСТОЯНИЕ ИММУННОЙ И ИНТЕРФЕРОНОВОЙ СИСТЕМЫ У БОЛЬНЫХ С ХВЗПО И ЦМВ-ИНФЕКЦИЕЙ

ТашПМИ (кафедра Акушерства и гинекологии, с детской гинекологией)

Одной из наиболее распространенных и грозных вирусных инфекций, приводящих к серьезным осложнениям репродуктивного здоровья женщин, является цитомегаловирусная инфекция (ЦМВ-инфекция) [2, 6, 8]. Среди факторов так называемой физиологической иммунодепрессии, способствующих ее распространению и реактивации, основное место принадлежит беременности. Цитомегаловирус (ЦМВ) остается одной из наиболее частых причин внутриутробной и перинатальной инфекции, материнской и детской заболеваемости [3,7, 10, 11].

Единая точка зрения относительно ведения беременности и родов у женщин с ЦМВ- инфекцией отсутствует. Сведения авторов о влиянии ЦМВ-инфекции на течение беременности, состояние

фетоплацентарного комплекса, развитие плода и новорожденного разноречивы [2, 5]. Доказано, что наибольшего успеха можно добиться, обследуя женщин до беременности, осуществляя коррекцию выявленных нарушений до наступления очередной беременности и проводя во время этой плановой

беременности адекватные патогенетически обоснованные профилактические и лечебные мероприятия [1,9, 10].

Однако успехи в лечении ЦМВ-инфекции очень сомнительны (особенно в перинатологии и раннем детском возрасте). Многие авторы отмечают недостаточную эффективность противцитомегаловирусных иммуноглобулинов, отсутствие эффекта от ацикловира и возможность парадоксального действия (ухудшение течения заболевания) интерферонов, интерлейкинов и иммунокорректоров [1, 4].

Профилактика ЦМВ-инфекции в достаточной мере не разработана. Перспективы применения антицитомегаловирусных вакцин у беременных женщин также неизвестны.

Цель исследования: Исследование клеточного и

гуморального иммунитета с ХВЗПО и ЦМВ-инфекцией.

Материал и методы: Показатели клеточного и гуморального иммунитета изучены у 65 женщин с ХВЗПО и ЦМВ-инфекцией до лечения. Контрольную группу составили 20 здоровых женщин в возрасте от 20 до 35 лет. Средний возраст женщин с ХВЗПО - 26,6 года, причем возраст 76,6±2,6% женщин колебался в пределах 20-35 лет, т.е. совпадал с периодом активной половой жизни.

Проводил исследование определением ДНК ЦМВ-инфекции в крови ПЦР методикой и титра антител к IgG методом ИФА.

Результаты исследования и их обсуждение: Как видно из табл. 1, до лечения у женщин с ЦМВ-инфекцией достоверно снижено общее количество лейкоцитов до 4,877±0,143*10% (P<0,05) при несущественном изменении лимфоцитов.

Таблица 1

Состояние иммунного статуса у женщин здоровых и больных с ЦМВ-инфекцией, % (M±t)

Показатель	Здоровые (n=20)	Больные с ЦМВ-инфекцией (n=65)
Лейкоциты, *10 ⁷ /л	5,900±0,388	4,877±0,143
Лимфоциты %	35,1±1,4	36,9±0,7
CD3%	58,7±1,8	58,4±1,5
CD4%	31,5±1,5	33,4±0,8
CD8%	20,3±0,9	27,5±0,7
CD 16%	16,6±0,9	23,9±0,4
CD72%	19,9±0,8	22,9±0,5
CD95%	23,9±1,2	29,0±0,8
CD4/CD8	1,55±0,05	1,20±0,06

При ЦМВ-инфекции обращает на себя внимание выраженное увеличение цитотоксических CD8 лимфоцитов до 27,5±0,7% (P<0,001) по сравнению с контролем. В связи с этим значительно снижен иммунорегуляторный индекс CD4/CD8 до 1,2±0,06 (P<0,001), хотя CD4 существенных изменений не претерпевает.

Кроме того, значительно возрастало содержание CD 16 (естественных киллеров) до

клеток (P<0,01).

Наши исследования также свидетельствуют о выраженном угнетении гуморального иммунитета у женщин с ЦМВ-инфекцией. Так, у них существенно снижены ФАН до 36,5±0,9% (P<0,001), а также уровень IgG до 1090,0±16,0 мг% (P<0,05) (табл. 2).

Стабильное повышение цитотоксических Т-лимфоцитов (CD8) и естественных киллеров (CD16) может быть обусловлено преобладанием Т-хелперного

Таблица 2

Содержание иммуноглобулинов и активность фагоцитов у женщин здоровых и больных с ЦМВ-инфекцией, M±t

Показатель	Здоровые (n=20)	Больные с ЦМВ-инфекцией (n=65)
IgA, мг%	201±14,0	176±5,0
IgM, мг%	123±5,0	119±4,0
IgG, мг%	1226±38,0	1090±16,0
ФАН, %	51,9±2,4	36,5±0,9

Как показывают результаты исследования, у женщин с ЦМВ-инфекцией определяется активация Т-клеточного цитотоксического компонента. Известно, что субпопуляция CD8 способна прямо цитотоксически действовать на клетки-мишени, влиять на лизис инфицированных ЦМВ клеток и индуцировать апоптоз. 23,9±0,4% (P<0,001) и CD95 клеток - до 29,0±0,8% (P<0,001), которые могут подвергаться апоптозу, и CD72

иммунного ответа у инфицированных женщин.

Нами также изучен интерфероновый статус у 65 женщин с ХВЗПО и ЦМВ-инфекцией

до лечения.

Как показали наши исследования (табл. 3), у женщин с ЦМВ-инфекцией по сравнению с аналогичным показателем в контрольной группе имеет место выраженное увеличение сывороточного (до

9.62±2,3 ед/мл; P<0.001) и спонтанного (до 3,2±0,3 ед/мл; P<0,05) ИФН. Также отмечено снижение альфа- (до 15,5±3.5 ед/мл: P<0.001) и гамма- (до 7,8±1.0 ед/мл: P<0,001) ИФН.

ТаблицаJ

Состояние интерферонового статуса у женщин здоровых и больных с ЦМВ-инфекцией, М±т

ИФН, ед/мл	Здоровые (n=20)	Больные с ЦМ В-инфекцией (n=65)
Сывороточный	1,9±0,25	9,6±2,3
Альфа-	472±41	15,5±3,5
Гамма-	182±13	7,8±1,0
Спонтанный	1,7±0,05	3,2±0.3

Таким образом, согласно результатам наших исследований, на фоне повышения сывороточного ИФН происходит активация вирусной инфекции. Снижение альфа- и гамма-ИФН указывает на уменьшение функциональной активности клеток. Низкий уровень гамма- ИФН объясняет снижение функциональной активности фагоцитов и Т-клеточного звена иммунитета. Эти нарушения, обуславливающие глубокие изменения иммунитета на всех его уровнях, приводят к выраженному иммунодефицитному состоянию, способствуя персистенции инфекции и хроническому течению клинического процесса. Безусловно, лечение женщин с ЦМВ-инфекцией в первую очередь должно включать препараты,

целенаправленно действующие на многие звенья иммунной системы, что обеспечит возможность эффективного действия противовирусных препаратов.

Выводы

1 .Снижение альфа- и гамма-ИФН указывает на уменьшение функциональной активности клеток. Низкий уровень гамма-ИФН объясняет снижение функциональной активности фагоцитов и Т-клеточного звена иммунитета.

2.Лечение женщин с ЦМВ-инфекцией в первую очередь должно включать препараты, целенаправленно действующие на многие звенья иммунной системы, что обеспечит возможность эффективного действия противовирусных препаратов.

Литература

1. Аксененко В.А. Состояние репродуктивного здоровья и профилактика рецидивов у больных с воспалительными заболеваниями придатков матки. Автореф. дис.... д-ра мед. наук. - М. С. 2001. - 31 с.
2. Аюпова Ф.М., Курбанова Б.М. Особенности изменения некоторых показателей в сыворотке крови и влагалищного смыва у женщин с нарушением репродуктивной функции при некоторых TORCH-инфекциях. // Патология. 2003. № 1. С. 35-38.
3. Белов В.Г., Молочникова Е.А. Цитомегаловирусная инфекция новорожденных. // Ультразвуковая диагностика. 1997. № 4. С. 6-7.
4. Воронцова Ю.Н., Володин Н.Н., Дегтярев Д.Н. и др. Сравнительный анализ клинических и лабораторных характеристик врожденной цитомегаловирусной инфекции у недоношенных детей. // Рос. вести, перинатол. и педиатр. 2004. № 2. С. 60-65.
5. Евтушенко И.Д., Потапова Г.В., Радионченко А.А. и др. Особенности системного иммунитета при привычном невынашивании беременности у женщин с острой формой цитомегаловирусной инфекции. // Бюл. СО РАМН. 1996. №4. С. 80-82.
6. Краснопольский В.И., Серова О.Ф., Туманова В.А. и др. Влияние инфекции на репродуктивную систему женщин. // Рос вести, акуш.-гин. 2004. № 5. С. 26-29.
7. Ожегов А.М., Мальцев С.В., Мякишева Л.С. Клинико-иммунологическая характеристика активной цитомегаловирусной и сочетанной с ней инфекции у детей первого года жизни. // Педиатрия. 2001. № ЕС. 26-31.
8. Серов В.Н., Манухин И.Б., Кузьмин В.Н. Цитомегаловирусная инфекция в патологии беременности и плода. // Акуш. и гин. 1997. № 3. С. 16-19.
9. Тютюнник В.Е. Эффективность подготовки и планирования беременности у женщин с инфекцией. // Акуш. и гин. 2004. № 4. С. 33-37.
10. Gaytant M.A., Steegers E.A., Semmekrot B. A. et al. Congenital cytomegalovirus infection: review of the epidemiology and outcome. // Obstet. Gynecol. Surv. 2002. 57. P. 245-256.
11. Malinger G., Lev D., Zahalka N. et al. Fetal cytomegalovirus infection of the brain. N. the spectrum of sonographic findings. // Amer. J. Neuroradiol. 2003. 24. P. 28-32.