ту «Поведение и общение» у родителей всех трех групп ниже, чем у педиатров. У детей с ЭНМТ оценка этого аспекта ниже, чем у детей с ОНМТ и НМТ.

При оценке средних значений по аспекту «Нервно-психическое развитие и физическое здоровье» у детей с ЭНМТ данный показатель был существенно ниже, чем у детей с ОНМТ и НМТ. Педиатры дали более субъективные ответы.

При оценке средних значений по аспекту «Способность оставаться одному» и родители, и педиатры дали одинаковые ответы. Также способность оставаться одному у детей с ЭНМТ ниже, чем у детей с ОНМТ и НМТ.

Аспект «Семейное окружение» по ответам родителей и педиатров оценен более высоко, чем другие аспекты. Это говорит о том, что родители недоношенных детей прилагают много усилий развитию и здоровью ребенка.

По оценке качества жизни от 1 до 10 баллов, КЖ детей с ЭНМТ ниже, чем у детей с ОНМТ и НМТ. Родители всех трех групп оценивают КЖ своих детей выше, чем педиатры.

Оценку по качеству ухода за ребенком давали врачи. Данный аспект включает следующие показатели: способность сосредотачиваться, уход за ребенком, психическое состояние матери. Аспект «способность сосредотачиваться» оказался выше у детей с НМТ. Матери детей с ЭНМТ более трепетно ухаживают за своими детьми, также уровень психического состояния у этих же матерей оказался значительно ниже, чем у матерей с детьми с ОНМТ и НМТ.

Заключение. Таким образом, проведенное исследование подтвердило, что на качество жизни детей с перинатальной патологией преимущественно влияют медико-биологические факторы, такие как возраст матери, различные заболевания матерей во время беременности, отягощенный акушерско-гинекологический анамнез, патология интранатального периода. Все дети, родившиеся с перинатальной патологией, имеют 2-ю и 3-ю группу здоровья, состоят на «Д» учете с диагнозами резидуальная энцефалопатия, синдром повышенной нервно-рефлекторной возбудимости, синдром двигательных расстройств, врожденный порок сердца, ретинопатия недоношенных, врожденные пороки сердца, тугоухость, детский церебральный паралич. Выявлено, что недоношенность существенно влияет на качество жизни детей.

Качество жизни недоношенных детей по оценкам родителей и педиатров

	ПиО		НПР и ФЗ		СОО		СО		Оценка КЖ, 1-10 баллов	
	Р	П	Р	П	Р	П	Р	П	Р	П
ЭНМТ	3,5	4,4	2,8	2,6	3,4	3,2	4,8	4,7	6,7	5,3
ОНМТ	4,4	4,6	4,0	4,0	3,9	3,7	4,8	4,7	8,8	7,5
НМТ	4,4	4,6	4,2	3,6	3,4	3,6	4,7	4,8	8,8	7,9

Литература

1. Альбицкий В.Ю. Новый подход к комплексной оценке состояния здоровья детей с использованием критерия качества жизни / В.Ю. Альбицкий, И.В. Винярская //Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2007. – № 5. – С. 16-17.

Albitsky V.Y. A new approach to the integrated assessment of the health of children using the criterion of the quality of life / V.Y. Albitsky, I.V. Vinyarskaya // Problems of social hygiene, health and medical history. – 2007. – № 5. – P. 16-17.

2. Баранов А.А. Методология изучения качества жизни в педиатрии / А.А. Баранов, В.Ю. Альбицкий, Г.А. Валиуллина //Союз педиатров России. – М., 2008. – 16 с.

Baranov A.A. The methodology of the study of quality of life in pediatrics / A.A. Baranov, V.Y. Albitsky, G.A. Valiullina // Union of pediatricians of Russia. – M., 2008. – 16 p.

3. Баранов А.А. Состояние здоровья детей в РФ / А.А. Баранов // Педиатрия. – 2012. – Т. 91, № 3. – С. 9-14.

Baranov A.A. The health of children in the Russian Federation / A.A. Baranov //Pediatrics. – 2012. – Vol. 91, № 3. – P. 9-14.

4. Здоровье детей и подростков Республики Саха (Якутия): состояние, тенденции, перспективы: монография / под ред. Н.В. Саввиной. – М.: Литерра, 2015. – 512 с.

Child and adolescent health of the Republic of Sakha (Yakutia): status, trends, prospects: monograph / ed. N.V. Savvina. – M.: Literra, 2015. – 512 p.

5. Киселев С.Н. Динамика и особенности показателя рождаемости в дальневосточном федеральном округе / С.Н. Киселев // Дальневосточный медицинский журнал. – 2012. – №3. – С. 98-101.

Kiselev S.N. Dynamics and features of birth rate in Far Eastern Federal District / S.N. Kiselev //Far Eastern Medical Journal. – 2012. – №3. – P.98-101.

6. Основные показатели здоровья матери и ребенка РС (Я) за 2005-2009 гг.: Стат. сб. / ГБУ РС(Я) «ЯРМИАЦ». – Якутск, 2010. – 173 с.

The main indicators of maternal and child health of Sakha (Yakutia) for 2005-2009: Stat. Sat. Ministry of Health of the YaRMIAC, Yakutsk, 2010. – 173 p.

7. Основные показатели здоровья матери и ребенка РС (Я) за 2007-2011 гг.: Стат. сб. / ГБУ РС (Я) «ЯРМИАЦ». – Якутск, 2012.– 128 с.

Key indicators of maternal and child health of Sakha (Yakutia) for 2007-2011: Stat. Sat. / Ministry of Health of the YaRMIAC. – Yakutsk, 2012. – 128 p.

8. Основные показатели здоровья матери и ребенка Республики Саха (Якутия) за 2012-2013 гг.: Стат.сб. / МЗ РС(Я) ЯРМИАЦ. – Якутск, 2014.– 159 с.

Key indicators of maternal and child health of the Republic of Sakha (Yakutia) for 2012-2013: Stat.sb. / Ministry of Health of the YaRMIAC, Yakutsk, 2014. – 159 p.

9. Рахимова Н.Н. Особенности развития и состояние здоровья детей раннего и дошкольного возраста, перенесших перинатальное поражение центральной нервной системы: автореф. дис. ... канд.мед, наук / Н.Н. Рахимова. – Душанбе, 2009. – 24 с.

Rakhimova N.N. Features of development and the health of infants and preschool children with perinatal central nervous system: PhD thesis. / N.N. Rakhimova. – Dushanbe, 2009. – 24 p.

Т.Г. Дмитриева, Я.А. Мунхалова, В.Б. Егорова, А.О. Острелина

ЛАТЕНТНАЯ HBV-ИНФЕКЦИЯ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ В ЯКУТИИ

УДК 616.9:616.036.22

МИ СВФУ им. М. К. Аммосова: **ДМИТРИЕВА Татьяна Геннадьевна** – проф., dtg63@mail.ru, **МУНХАЛОВА Яна Афанасьевна** – зав. кафедрой, tokmacheva@mail.ru, **ЕГОРОВА Вера Борисовна** – доцент, veraborisovna@yandex.ru, **ОСТРЕЛИНА Анжелика Олеговна** – аспирант, angela198948@gmail.com.

Проведен сравнительный анализ клинико-лабораторных данных детей и подростков с HBsAg-негативным и HBsAg-позитивным хроническим гепатитом В (ХГВ). По результатам исследования не выявлено принципиальных различий в эпидемиологических, клинических и лабораторных данных у пациентов с латентной формой ХГВ, по сравнению с пациентами с манифестными формами заболевания. Установлено, что эти больные страдают хроническим поражением печени в не меньшей степени, чем HbsAg (+) пациенты. Введение в скрининг a-HBcor позволит активно выявлять этих пациентов и проводить полный комплекс лечебных и диспансерных мероприятий.

Ключевые слова: дети, подростки, HBV-инфекция, латентная форма.

In the present study we compared the clinical and laboratory data of children and adolescents with HBsAg-negative and HBsAg-positive chronic viral hepatitis (CVH). The study did not reveal fundamental differences in epidemiological, clinical laboratory data in patients with latent chronic hepatitis B, in comparison with the patients with manifest forms of the disease. It is found that these patients suffer from chronic liver disease not less than HbsAg (+) patients. Introduction of a-HBcor to the screening will allow actively identify these patients and to carry out a full range of medical and dispensary activities.

Keywords: children, adolescents, HBV-infection, latent form.

Введение. Среди регионов РФ Республика Саха (Якутия) относится к зонам с высоким уровнем заболеваемости вирусными гепатитами (ВГ) [2,6]. Основным маркером определения инфицированности населения является HBsAg. В течение последних лет было убедительно доказано существование HBsAg-негативной формы хронического гепатита В (ХГВ), что привело к возникновению концепции латентой ВГВ-инфекции, характеризующейся наличием вируса в организме при недетектируемом уровне HBsAg [2,5]. Вирус гепатита В может длительное время находиться в латентном («скрытом») состоянии в ткани печени, а в некоторых случаях и в крови HBsAg-отрицательных пациентов [1-4,6,7]. У детей, особенно первых лет жизни, в связи с иммунологической недостаточностью инфекционный процесс протекает в виде стертых, безжелтушных, субклинических форм [1,4]. Исследований, посвященных проблеме латентного гепатита, особенно у детей, в настоящее время мало, что делает данную работу актуальной.

Целью данного исследования было изучение клинико-лабораторной картины течения латентной HBV-инфекции у детей и подростков в Якутии.

Материалы и методы исследования. Проанализировано 153 амбулаторные карты больных детей с диагнозом ХГВ. Критериями отбора пациентов в исследуемую группу было: установление диагноза методами ИФА и ПЦР, наблюдение не менее чем в течение одного года, исследование основными лабораторными и инструментальными методами диагностики. Из 153 пациентов у 122 (79,6%) выделен HBsAg, у 31 (20,3%) – при наличии a-HBcor и DNA HBV не определялись HBsAg и a-HBsAg. Физическое развитие пациентов с ХГВ оценивалось по центильным таблицам, разработанным для РС(Я) и учитывающим этнические различия. Наблюдение за больными, кроме клинического обследования, включало оценку гемограммы, определение активности аланинаминотрансферазы (АЛТ), аспартатаминотрансферазы (АСТ), щелочной фосфатазы (ЩФ), гамма-глютамилтранспептидазы (ГГТП), оценку белково-синтетической функции печени, определение уровней общего и конъюгированного (прямого) билирубина, глюкозы, холестерина, триглицеридов, β-липопротеидов, протромбинового индекса (ПТИ); стандартные методы инструментального исследования (УЗИ).

Результаты и обсуждение. При анализе полового и возрастного состава больных ХГВ (HbsAg+ и HbsAg-) статистически значимых различий не было выявлено. Среди обследуемых преобладали подростки, по этнической принадлежности – лица якутской национальности. Среди пациентов с ХГВ (HbsAg+) было 86 детей якутов (70,4%), ХГВ (HbsAg-) – 22 ребенка (70,9%). У 24 русских пациентов (19,6%) выявлен HbsAg, ХВГВ (HbsAg-) был диагностирован у 8 пациентов (25,8%). У всех 7 пациентов, относящихся к коренным малочисленным народам Севера (КМНС) (эвены, эвенки, юкагиры, чукчи), имел место ХГВ (HbsAg+). Среди пациентов других национальностей ХГВ (HbsAg+) был выявлен у 5 детей (4%), ХГВ (HbsAg-) – у 1 ребенка (3,2%).

В связи с тем, что клиника ХГВ скудная, как правило, большинство пациентов жалоб активно, не предъявляли, но после подробного опроса 43 ребенка (35,2%) с ХГВ (HBsAg+) и 8 детей (25,8%) с ХГВ (HBsAg-) были выявлены следующие жалобы. Наиболее часто встречались жалобы, связанные с нарушением функции печени. Нарушение дезинтоксикационной функции проявлялось в снижении самочувствия и головных болях, синтетической – в носовых кровотечениях. Болевой синдром и диспепсический синдром, видимо, связаны с хроническими заболеваниями желудочно-кишечного тракта. У больных ХГВ заболевания ЖКТ встречались в 82,1% случаев, а патология билиарного тракта – в 30,3% случаев. Статистически значимых различий между пациентами с ХГВ (HBsAg+) и ХГВ (HBsAg-) по частоте и характеру жалоб не выявлено.

У больных ХГВ в большинстве случаев отмечено дисгармоничное развитие по дефициту массы тела. Низкие показатели массы тела более чем у половины детей с диагнозом ХГВ свидетельствуют о наличии у них хронической интоксикации. Причем патологически низкий рост встречался в 2,2 раза реже, чем патологически низкая масса тела (табл. 1).

Статистически значимых различий между пациентами с ХГВ (HBsAg+) и ХГВ (HBsAg-) в распределении по центильным каналам для масса тела и роста не выявлено ($p>0,05$).

У 1,7% больных ХГВ (HBsAg+) и у 2,3% больных ХГВ (HBsAg-) были выявлены «внепеченочные знаки», к которым относят пальмарную эритему, телеангиоэктазии и расширение венозного рисунка на коже груди и живота. При объективном осмотре у больных с ХГВ достаточно часто встречалось увеличение печени – у 31 ребенка (20,3%). Спленомегалия встречалась гораздо реже – в 3,9% случаев (6 детей). Данные УЗИ пациентов с ХГВ несколько различаются в зависимости от наличия HbsAg. Гепатомегалия встречалась у больных с ХГВ (HBsAg+) в 27% случаев (33 ребенка), а при ХГВ (HBsAg-) – только в 12,9% случаев (4 детей). Однако гепатоспленомегалия встречалась одинаково часто: при ХГВ (HBsAg+) – 6,6% (8 детей), при ХГВ (HBsAg-) – 6,5% (2 детей). Несмотря на то, что гепатомегалия встречалась

Таблица 1

Масса тела и рост пациентов с ХГВ

Центили	ХГВ (n=153)							
	HbsAg + (n=122)				HbsAg - (n=31)			
	масса тела		рост		масса тела		рост	
	n	%	n	%	n	%	n	%
До 3	6	4,9	3	2,5	1	3,2	0	0
3-10	21	17,2	4	3,3	6	19,4	1	3,2
10-25	35	28,7	20	16,4	9	29	5	16,1
25-75	49	40,2	64	52,5	14	45,2	18	58,1
75-90	5	4,1	16	13,1	1	3,2	6	19,4
90-97	3	6,9	14	11,5	0	0	1	3,2
Больше 97	3	2,5	1	0,8	0	0	0	0

более чем у трети пациентов, изменение паренхимы печени отмечено не у всех. Неоднородная структура печени при ХГВ (HBsAg+) встречалась в 9% случаев (11 детей), при ХГВ (HBsAg-) – в 6,1% (5 детей), повышение ЭХО-плотности печени – в 11,5% (14 детей) и 6,5% (2 детей) соответственно (табл.2).

Таким образом, статистически значимые различия ($p<0,05$) отмечены только в частоте гепатомегалии.

Выраженность цитолитического синдрома оценивалась по уровням АЛТ и АСТ в сыворотке больного. У пациентов с ХГВ цитолитический синдром встречался почти у трети. Желтуха не является частым признаком при хронических гепатитах у детей. По лабораторным данным повышение уровня общего билирубина отмечено в 18,3% случаев (28 больных). Нарушение белково-синтетической функции печени, выраженное в снижении уровней альбумина в сыворотке крови больного, отмечено в 22,9% случаев. Однако снижение уровня альбумина было умеренным, не превышало 16,3% и в среднем составило 7,6% (табл. 3). Статистически значимых различий между пациентами с ХГВ (HBsAg+ и HBsAg-) не было выявлено ($p>0,05$).

В гемограмме пациентов с ХГВ наиболее часто были выявлены изменения уровня гемоглобина. Снижение уровня гемоглобина отмечено в 43,8% случаев (53 больных) среди пациентов с ХГВ (HBsAg+) и в 40% случаев (14 больных) – ХГВ (HBsAg-), снижение числа лейкоцитов – в 4,1% (5 больных) и 3,2% (1 больной), снижение числа тромбоцитов – 3,3% (3 больных) и 3,2% случаев (1 больной) соответственно (табл. 4).

Заключение. Для ХГВ характерным является малосимптомное течение. В течение длительного времени пациенты не испытывают никаких проблем со здоровьем. Эта особенность клиники ХГВ, а также то, что дети и подростки не могут иметь большого стажа заболевания, объясняют скудные клинические данные, которые были выявлены в данном исследовании. В подавляющем большинстве случаев больные и их родители не подозревали о наличии хронического заболевания печени, и заболевание было выявлено случайно.

По результатам исследования не выявлено принципиальных различий в эпидемиологических, клинических и лабораторных данных у пациентов с латентной формой ХГВ, по сравнению с манифестными формами заболевания. Дети и подростки с ХГВ HbsAg (-) – это особая группа пациентов, которые нередко ускользают от внимания врачей, так как скрининг проводится только по HbsAg. Введение в скрининг a-HBcor позволило нам выявить данную группу пациентов, и наши исследования показывают, что эти больные страдают хроническим поражением печени в не меньшей степени, чем HbsAg (+) пациенты.

Таблица 2

Данные УЗИ пациентов с ХГВ

Показатель	ХГВ (n=153)			
	HbsAg + (n=122)		HbsAg - (n=31)	
	n	%	n	%
Гепатомегалия	33	27	4	12,9
Гепатоспленомегалия	8	6,6	2	6,5
Неоднородная эхоструктура	11	9	5	16,1
Повышение ЭХОплотности	14	11,5	2	6,5
Уплотнение стенки желчного пузыря	10	8,2	4	12,9
Усиление сосудистого рисунка	15	12,3	2	6,5

Таблица 3

Данные биохимического исследования крови больных ХГВ

Показатель	ХГВ (n=153)				p
	HbsAg + (n=122)		HbsAg - (n=31)		
	n	%	n	%	
АЛТ 1,5 N	5	4,1	2	6,5	>0,05
АЛТ более 2N	0	0	0	0	
АСТ 1,5 N	37	30,3	8	25,8	>0,05
АСТ более 2N	0	0	0	0	
Гипербилирубинемия	22	18,2	6	20,0	>0,05
ГГТП больше N	1	0,8	0	0	
Щелочная фосфатаза больше N	0	0	1	3,2	>0,05
Общий белок меньше N	24	19,7	6	19,4	>0,05
Альбумин меньше N	29	23,8	6	19,4	>0,05
Холестерин больше N	16	13,2	2	6,7	>0,05
β-липопротеиды	2	1,6	3	1	>0,05
Триглицериды	1	0,8	0	0	

Таблица 4

Данные клинического исследования крови больных ХГВ

Показатель	ХГВ (n=153)				p
	HbsAg + (n=122)		HbsAg - (n=31)		
	n	%	n	%	
Эритроциты меньше N	45	37,2	12	40	>0,05
Гемоглобин меньше N	53	43,8	14	46,7	>0,05
Лейкоциты меньше N	5	4,1	1	3,2	>0,05
Тромбоциты меньше N	4	3,3	1	3,2	>0,05

Литература

1. Диагностика и течение вирусных гепатитов у детей, инфицированных на первом году жизни / Л.Г. Горячева, М.А. Пономарева, Н.В. Рогозина [и др.] // Материалы конференции «Старые» и «новые» инфекции у детей в современных условиях». – СПб., 2011. – С.109-113.

Goryacheva L.G. Diagnosis and course of viral hepatitis in children infected in the first year of life / L.G. Goryacheva, M.A. Ponomareva, N.V. Rogozina [et al.] //Materials of the conference «Old» and «new» disease in children in modern conditions. – SPb., 2011. – P. 109-113.

2. Дмитриева Т.Г. Особенности эпидемиологии и течения хронических гепатитов у детей в республике Саха (Якутия) / Т.Г. Дмитриева // Российский педиатричкесий журнал. – 2015. – Т.18, №2. – С. 5-13.

Dmitrieva T.G. Features of the epidemiology and course of chronic hepatitis B in children in the Republic of Sakha (Yakutia)/ T.G. Dmitrieva // Russian pediatric magazine. – 2015. – V.18, №2. – P. 5-13.

3. Ивашкин В.Т. Скрытая инфекция вирусом гепатита В / В.Т. Ивашкин, Е.Н. Герман, М.В. Маевская // Рос. журн. гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. – 2008. – №2. – С. 4–6.

Ivashkin V.T. Latent infection with hepatitis B virus / V.T. Ivashkin, E.N. German, M.V. Maevskaya // Rus. Zh. Gastroenterology, Hepatology, Coloproctology. – 2008. – № 2. – P.4-6.

4. Исаков В.А. Стратегия лечения хронического гепатита В / В.А.Исаков // Клиническая гастроэнтерология и Гепатология. – 2013. – №3. – С. 112-114.

Isakov V.A. Strategy for the treatment of chronic hepatitis B / V.A. Isakov // Clinical Gastroenterology and Hepatology. – 2013. – P. 112-114.

5. Семенов А.В., Распространенность латентного (HBs-негативного) хронического гепатита В среди пациентов кабинетов ин-

фекционных заболеваний поликлиник Санкт-Петербурга / А.В. Семенов, С.С. Вашукова // Журн. микробиол. эпидемиологии, иммунологии. – 2011. – № 3. – С. 90 – 94.

Semenov A.V. Prevalence of latent (HBs-negative) chronic hepatitis B among patients of infectious diseases' cabinets of St. Petersburg clinics/ A.V. Semenov, S.S. Vashukova // Journal of microbiology. epidemiology, immunology. – 2011. – № 3. – P. 90-94.

6. Слепцова С.С. Особенности течения хронических вирусных гепатитов в Якутии / С.С. Слепцова, Н.Н. Тихонова, В.К. Самсонова //Инфекционные болезни. – 2011. – №9. – С.343.

Sleptsova S.S. The course of chronic viral hepatitis in Yakutia / S.S. Sleptsova, N.N. Tikhonova, V.K. Samsonova // Infectious diseases. – 2011. – №9. - P.343.

7. A comparison of clinical and virological characteristics of 1686 cases of HBeAg-negative and HBeAg-positive chronic hepatitis B / C.G. Yang, Y.C. Yu, J.J. Chen [et al.] // Zhonghua Nei Ke Za Zhi. – 2005. – V.44, № 9. – P. 648-651.

О.Н. Иванова, А.С. Гольдерова, Н.А. Данилов

ЦИТОМЕГАЛОВИРУСНАЯ ИНФЕКЦИЯ У ДЕТЕЙ

УДК 616.345-008.87-053

Статья посвящена актуальной проблеме современной медицины – изучению цитомегаловирусной инфекции. Была обследована группа детей в возрасте от 2 до 5 лет, часто болеющих ОРВИ с субфебрилитетом неясного генеза с положительными ИФА и ПЦР на цитомегаловирус (ЦМВ). Выявлено, что у детей с ЦМВ отмечены снижение содержания естественных киллеров (CD16+), Т-хелперов (CD4+), цитотоксических Т-лимфоцитов (CD8+), повышение – IgM, IgG и ЦИК.

Ключевые слова: иммунитет, вирус, антитело, иммуноглобулин, герпес, заболевание, цитомегаловирус.

The article is devoted to an actual problem of modern medicine - the study of cytomegalovirus infection. A group of children aged 2 to 5 years, often suffering from SARS with low-grade fever of unknown genesis with positive ELISA and PCR for cytomegalovirus (CMV) was examined. It was found that in children with CMB reduction of natural killer cells (CD16 +), T-helper cells (CD4 +), cytotoxic T lymphocytes (CD8 +), increase of IgM, IgG, and the CEC were marked.

Keywords: immunity, virus, antibody, immunoglobulin, herpes, disease, cytomegalovirus.

Введение. Цитомегаловирусная инфекция – это заболевание, возбудителем которого является цитомегаловирус (ЦМВ) – вирус из подсемейства герпесвирусов. Распространенность цитомегаловирусной инфекции крайне высока. Однажды проникнув в организм, цитомегаловирусная инфекция не покидает его – чаще всего она существует в латентном виде и проявляется только при снижении иммунитета.

Однако при первичном заражении может возникнуть острое инфекционное заболевание. Часто заражение происходит еще в период новорожденности и раннем детстве, особенно часто это встречается в развивающихся странах, где распространенность цитомегаловирусной инфекции среди молодых людей значительно выше, чем в развитых странах.

Наиболее опасна внутриутробная форма цитомегаловирусной инфекции, которая характерна для детей, матери которых во время беременности перенесли первичную цитомегаловирусную инфекцию. Врожденная цитомегаловирусная инфекция часто приводит к задержке развития, а также многочисленным неблагоприятным последствиям, в том числе задержке умственного развития и тугоухости.

Вирус попадает в кровь здорового человека и вызывает выраженный иммунный ответ, который заключается в образовании антител – специфических защитных белков иммуноглобулинов М (Anti - CMV - IgM). Где именно хранится вирус, неизвестно, предполагается его наличие во многих органах и тканях [1-4].

Цель исследования: изучить особенности иммунитета у детей с цитомегаловирусной инфекцией.

Материалы и методы исследования. Была обследована группа детей (n=20) в возрасте от 2 до 5 лет с субфебрилитетом неясного генеза и проявлениями герпеса на губах с положительными ИФА (Anti - CMV - IgG и Anti - CMV - IgM) и ПЦР на ЦМВ (таблица). Также была обследована группа здоровых детей (n=20), сравниваемые группы детей сопоставимы по возрасту.

Показатели иммунного статуса у детей с цитомегаловирусной инфекцией и здоровых детей, M±m

Показатель	Дети с ЦМВ (n = 20)	Здоровые дети (n = 20)
CD3+	21,2 ± 1,03	27,2±1,04
CD4+	18,9 ± 0,5*	28,3±0,6
CD8+	16,9 ± 0,8*	24,1±2.5
CD16+	11,1 ± 1,2*	22,0±1,01
ИРИ	0,7 ± 0,6	1,08±0,02
IgA	1,6 ± 0,1*	2,9±0,6
IgG	18,2 ± 0,7	17,1±0,09
IgM	5,2 ± 0,08*	2,2±0,09
CD25+	13,9 ± 1,2*	24,6±0,7
ЦИК	186,2 ± 1,5<0,05*	70±0,07

*p < 0,05 между нормативами и полученными показателями в каждой группе.

Всем детям проведено обследование иммунного статуса (CD3+,CD4+, CD8+, CD16+, CD22+, IgA, IgG, IgM, IgE) на базе РБ №1-НЦМ РС(Я). Сравнение средних величин проводили однофакторным дисперсионным анализом с помощью Т-критерия Стьюдента для оценки равенства средних F-критерия Фишера. Связь между параметрами оценивали с помощью коэффициентов линейной и ранговой корреляции.

Результаты и обсуждение. У всех детей с субфебрилитетом неясного генеза и проявлениями герпеса на губах с положительным ИФА на ЦМВ отмечались головная боль, рецидивы ОРВИ, ангин, фарингитов, повышенная потливость, утомляемость, раздражительность. Важным методом диагностики ЦМВ инфекции является ПЦР. Материалами для исследования служат слюна или рото- и носоглоточная слизь, соскоб эпителиальных клеток урогенитального тракта, кровь, спинномозговая жидкость, секрет простаты, моча. В данном исследовании изучена ПЦР мочи в группе обследованных детей, и у всех она была положительной. Помимо серологических методов обследования, ПЦР и клинических проявлений цитомегаловирусной инфекции, обязательно определение показателей иммунного статуса.

В результате исследования отмечены снижение естественных киллеров (CD16+), Т-хелперов (CD4+), цитоток-

МИ СВФУ им. М.К. Аммосова: **ИВАНОВА Ольга Николаевна** – д.м.н., проф., olgadoctor@list.ru, **ДАНИЛОВ Николай Андреевич** – студент, bugager75@gmail.ru; **ГОЛЬДЕРОВА Айталина Семеновна** – д.м.н., гл.н.с.-руковод. отдела ЯНЦ КМП, hoto68@mail.ru.