

Выводы

1. Таким образом, по результатам проведенного нами анализа, было обнаружено, что с каждым годом идет тенденция к спаду заболевания туберкулезом, но в 2021 году было резкое увеличение количества больных туберкулезом.

2. В то время как ВИЧ-ассоциированный туберкулез имел тенденцию к снижению за 2016–2019 гг. Однако в 2020 году зарегистрировано резкое повышение заболеваемости ВИЧ-ассоциированным туберкулезом, который в последующем имел тенденцию к росту.

3. В процентном отношении на протяжении исследуемого периода процент ВИЧ-ассоциированного туберкулеза от числа всех случаев сохраняется в пределах 14%–16%.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Цыбикова, Э. Б. Эпидемиология туберкулеза, сочетанного с ВИЧ-инфекцией / Э. Б. Цыбикова, Т. П. Сабгайда // *Здравоохранение Российской Федерации*. – 2012. – № 6. – С. 7.
2. Зими́на, В. Н. Эпидемиология, течение и особенности лечения туберкулеза у больных вич-инфекцией / В. Н. Зими́на, А. В. Кравченко, И. Б. Викторова // *Медицина в Кузбассе*. – 2011. – № 3. – С. 6.
3. Бородулина, Е. А. Туберкулез легких у больных ВИЧ-инфекцией / Е. А. Бородулина, Е. С. Вдохушкина, А. Н. Инькова // *Врач*. – 2020. – № 1. – С. 37.
4. Проскура, Л. В. Сочетание туберкулеза и ВИЧ-инфекции / Л. В. Проскура // *Наука и здравоохранение*. – 2013. – № 1. – С. 59.
5. Бондаренко, В. Н. ВИЧ-ассоциированный туберкулез / В. Н. Бондаренко, Д. Ю. Рузанов // *Проблемы здоровья и экологии*. – 2008. – № 3. – С. 41.

УДК 616.831-036.112-004-036.17-053.2 (450)

А. Ю. Хватюк, В. Р. Домарад

Научный руководитель: д.м.н., проф. О. Н. Романова

Учреждение образования

Белорусский государственный медицинский университет»

г. Минск, Республика Беларусь

СЛУЧАЙ ПОДОСТРОГО СКЛЕРОЗИРУЮЩЕГО ПАНЭНЦЕФАЛИТА У РЕБЕНКА В РЕСПУБЛИКЕ БЕЛАРУСЬ

Введение

Подострый склерозирующий панэнцефалит (SSPE) является смертельно прогрессирующим дегенеративным заболеванием центральной нервной системы, которое обычно возникает через 5–10 лет после естественного заражения вирусом кори [1, 2]. Коревая инфекция в раннем возрасте является фактором риска SSPE. По данным немецких исследований детей в возрасте до 5 лет, частота встречаемости SSPE после перенесенной кори 1:1700, до года жизни 1:600.

Цель

Изучить особенности развития подострого склерозирующего панэнцефалита на примере клинического случая как позднего осложнения перенесенной коревой инфекции у ребенка на основании анамнеза, лабораторных и инструментальных методов исследования.

Материал и методы исследования

Анализ медицинской документации пациента 5 лет с диагнозом «Подострый склерозирующий панэнцефалит. Молниеносное течение с прогрессирующей энцефалопатией, двигательным регрессом, выраженными экстрапирамидными и пирамидными нарушениями в виде генерализованной дистонии, миоклониями, тетрапарезом».

Результаты исследования и их обсуждение

Мальчик 5 лет поступил в УЗ ГомОДКБ с жалобами на речевые нарушения (практически не разговаривает, остаточная речь растянута), инсомнию (спит около 1 часа в сутки), нарушение ходьбы (периодически заваливается вправо, походка атактическая «пьяная», ходит только с поддержкой), насильственные движения (левая нога выбрасывается вперед, рука – назад, правая рука согнута в локте, голова наклонена вправо), заторможенность, повышенная утомляемость, периодические эпизоды «зависания». Из анамнеза установлено, что в возрасте 8 месяцев ребенок перенес корь. Первые симптомы заболевания появились 28.06.2024 г. Во время пребывания в УЗ ГомОДКБ проводилось лечение ГКС (метилпреднизолон) и ВВИГ, однако эффекта не наблюдалось. При проведении МРТ ГМ билатерально в лобных, теменных, височных долях перивентрикулярно и кортико-субкортикально визуализируются множественные разновеликие очаги гиперинтенсивные на T2 и FLAIR не накапливающие контрастное вещество. В связи с отсутствием эффекта от проводимой терапии, необходимости уточнения диагноза и определения дальнейшей тактики ведения пациента было принято решения о переводе ребенка в ГУ РНПЦ НиНХ в неврологическое отделение № 4 (детское). Во время пребывания в неврологическом отделении № 4 появляется новая неврологическая симптоматика: постоянные гиперкинезы левых конечностей, которые усиливаются при беспокойстве и уменьшаются во сне, тремор, периодические поперхивания, слюнотечение, определяется патологический глабеллярный рефлекс Мейерсона, мышечный тонус в правой руке изменен по экстрапирамидному типу – ригидность, патологический рефлекс Бабинского справа. Проводимая терапия: ГКС (метилпреднизолон), леветирацетам, омепразол. На 3 сутки пребывания в ГУ РНПЦ НиНХ ребенок переводится в отделение анестезиологии и реанимации ввиду утяжеления состояния: 19.07.2024 г. – дистоническая поза, гиперкинезы в виде массивных взмахов левой ноги и руки, появилась необходимость в расширении противосудорожной терапии с добавлением клоназепама и баклофена; 24.07.2024 г. – ухудшение уровня сознания (по шкале FOUR 13 баллов – оглушение), не следит и не фиксирует взгляд, не глотает, патологический рефлекс Бабинского положительный с двух сторон, клонус стоп, субфебрильная лихорадка (до 37,8°C) купируется антипиретиками, начало специфической для ПСПЭ терапии (изопринозин, рибавирин, альтевир); на МРТ ГМ от 26.07.2024 г. отрицательная динамика (множественное полиморфное очаговое поражение вещества головного мозга); 29.07.2024 г. – изменение уровня сознания до сопора, глаза не открывает, взгляд направлен вправо, нистагм горизонтальный, мелкокоразмашистый, стойкий фебрилитет с подъемами температуры до 40°C обусловлен неврологическим статусом без лабораторных и инструментальных признаков наличия инфекционно-воспалительного процесса.

За время госпитализации проведены дополнительные исследования и получены следующие результаты:

- на ЭЭГ выявлялись периодические вспышки билатерально синхронных высокоамплитудных медленных дельта волн с интервалом между ними от 2 до 7 секунд, что характерно для SSPE и можно считать патогномоничным симптомом;
- в ликворе обнаружены АТ (Ig G) к вирусу кори свыше 5 МЕ/мл, что выше, чем в сыворотке крови (2.85 МЕ/мл).

Выводы

Подострый склерозирующий панэнцефалит (SSPE) – редкое прогрессирующее заболевание, представляющее собой медленную нейроинфекцию, вызванную вирусом кори [1]. Когда охват вакцинацией от кори недостаточный и не поддерживается уровень, необходимый для популяционного иммунитета (>95%), группы риска по заболе-

ваемости корью, в частности, дети до года, могут заболеть коревым панэнцефалитом после перенесенной коревой инфекции [3]. Введение вакцинопрофилактики кори в национальные календари разных стран, и в том числе РБ, привело к существенному снижению заболеваемости этой инфекцией и значительно сократило число случаев коревого панэнцефалита. Смертельный исход SSPE подчеркивает важность вакцинации против кори не только для профилактики кори, но и для предотвращения тяжелых неврологических последствий, которые могут возникнуть.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. A Re-emergence of Subacute Sclerosing Panencephalitis in the United Kingdom / H. Campbell [et al.] // *Pediatric Infect Dis J.* – 2023. – Vol 42(1). – P. 82–84. DOI: 10.1097/INF.0000000000003744.
2. Gans, H. Measles: clinical manifestations, diagnosis, treatment and prevention / H. Gans, Y. Maldonado // [El. resurse]. – Available at: <https://www.uptodate.com/contents/measles-clinical-manifestations-diagnosis-treatment-and-prevention>. Accessed 14 Mar. 2023.
3. Griffin D.E. Measles virus and the nervous system / D.E. Griffin // *Handb Clin Neurol.* – 2014. – Vol. 123. – P. 577-590. DOI: 10.1016/B978-0-444-53488-0.00027-4.

УДК 616.98:578.825.13]-071/-078-053.4

А. В. Чуянкова

Научный руководитель: к.м.н., доцент О. Л. Тумаиш

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ИНФЕКЦИОННОГО МОНОНУКЛЕОЗА У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Введение

Инфекционный мононуклеоз (ИМ) – полиэтиологическое вирусное заболевание, которое характеризуется лихорадкой, поражением миндалин, выраженным поражением лимфоидной ткани, гепатолиенальным синдромом и наличием реактивных лимфоцитов (атипичных мононуклеаров) в периферической крови. [1, 2]. По современным представлениям ИМ можно рассматривать как заболевание, ассоциированное с рядом вирусов семейства *Herpesviridae*. В большинстве случаев (50–70%) этиологию ИМ связывают с вирусом Эпштейна – Барр (EBV, ВЭБ) и цитомегаловирусом (CMV, ЦМВ) – до 25 %. У некоторых пациентов встречается микст-инфекция – EBV + CMV [2].

В клинической практике заболевание классифицируют по типу, форме тяжести и течению заболевания. Различают типичную и атипичную формы ИМ. К атипичной относят стертую, бессимптомную и висцеральную формы. Типичные формы ИМ характеризуются клиническим полиморфизмом и по форме тяжести делятся на легкие, среднетяжелые и тяжелые [2, 3, 4].

Проявление клинических синдромов ИМ зависит от возраста пациентов, что отражается на выраженности клинических проявлений. Основными клиническими симптомами заболевания считаются лихорадка, лимфаденопатия, поражением носо- и ротоглотки, при которых наблюдаются заложенность носа, «храпящее» дыхание и синдром тонзиллита и гепатолиенальный синдром. У детей раннего возраста ИМ протекает, как правило, в бессимптомной форме. При наличии клинической манифестации симптомы ИМ максимально выражены уже на 2–3-е сутки болезни и сохраняются до 14 дней [3].

Цель

Выявить клинико-лабораторные особенности течения ИМ ВЭБ этиологии у детей раннего возраста.