

УДК 616.831.9-002:[616.98:578.828НIV-052]

**КРИПТОКОККОВЫЙ МЕНИНГОЭНЦЕФАЛИТ
У ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ ПАЦИЕНТОВ**

Хоронеко М. И.

Научный руководитель: к.м.н., доцент Е. И. Козорез

**Учреждение образования
«Гомельский государственный медицинский университет»
г. Гомель, Республика Беларусь**

Введение

Криптококковый менингоэнцефалит (КМЭ) является оппортунистическим микозом. Заболеванию клинически выраженными формами криптококкоза подвержены люди с нарушениями в иммунной системе. Чаще всего это больные, получающие цитостатическую терапию, после трансплантации органов и тканей и т.д. Особое значение имеет развитие пандемии ВИЧ и увеличение числа больных в стадии СПИДа, так как криптококкоз относится к СПИД-индикаторным заболеваниям [1–4].

По состоянию на 1 января 2019 г. число людей, проживающих в Республике Беларусь с ВИЧ-положительным статусом достигло 20953 человек. Наиболее пострадавшим регионом при этом является Гомельская область, где насчитывается 7962 пациента с ВИЧ-инфекцией.

Цель

Оценка клинико-лабораторных особенностей криптококкового менингоэнцефалита у пациентов с ВИЧ-инфекцией.

Материал и методы исследования

Ретроспективно было прослежено течение КМЭ среди 16 пациентов, проходивших лечение в У «Гомельская областная инфекционная клиническая больница». Были проанализированы данные медицинских карт стационарного больного, медицинских карт амбулаторного больного, состоящих на диспансерном учете в консультативно-диспансерном отделении ВИЧ/СПИД.

На момент исследования у всех пациентов установлена IV клиническая стадия ВИЧ-инфекции по классификации ВОЗ.

Исследуемая группа пациентов составляла 16 человек: 5 (31,25 %) женщин и 11 (68,75 %) мужчин в возрастном интервале 17–57 лет (средний возраст у мужчин — 38 лет, у женщин — 34 года). У 7 (43,75 %) пациентов путь заражения был половой, у 4 (25 %) — парентеральный, у 2 (12,5 %) — вертикальный и у 3 (18,75 %) пациентов путь выявить не удалось.

Оценивались такие показатели как: возраст, пол, путь заражения, количество CD4-лимфоцитов, вирусная нагрузка, ликворограмма, клиническая симптоматика, наличие сопутствующих СПИД-индикаторных заболеваний. Для описания количественных признаков, не подчиняющихся закону нормального распределения, использовали следующие характеристики: медиана (Me), 25 и 75 перцентили (25–75 %).

Результаты исследования и их обсуждение

При поступлении в стационар у пациентов отмечались следующие жалобы: постоянная головная боль диффузного характера у 16 (100%), субфебрильная лихорадка у 14 (87,5 %), тошнота и рвота у 13 (81,25 %), ухудшение зрения отмечалось у 2 (12,5 %).

Изменения в спинномозговой жидкости были малохарактерны. Ликвор во всех случаях бесцветный, прозрачный, общий белок от 0,198 до 1,1 (0,37(0,34–0,56)) г/л, цитоз от 1/3 до 222/3 (44/3(9/3–81/3)) клеток/мкл, лимфоциты от 15 до 100 (92(82–100)) %,

глюкоза от 1,8 до 7,04 (2,2(1,8–2,4)) мМ/л, *S. neoformans* выявлен микроскопией во всех случаях, у 2 (12,5 %) пациентов в большом количестве.

У 3 (18,75 %) пациентов КМЭ сопровождался криптококковой пневмонией.

У 6 (37,5 %) пациентов наблюдалось несколько СПИД-индикаторных заболеваний: у 2 (12,5 %) пациентов КМЭ и токсоплазмоза головного мозга, у 1 (6,25 %) пациента КМЭ и туберкулеза легких, у 1 (6,25 %) пациента КМЭ и атипичный микобактериоз, криптококковая пневмония, КМЭ и токсоплазмоз у 1 (6,25 %) пациента.

В связи с развитием рецидивов КМЭ, 5 (31,25 %) пациентов были госпитализированы неоднократно: 3 (18,75 %) — 2 раза, 1 (6,25 %) — 4 раза, 1 (6,25 %) — 6 раз.

Содержание CD4-лимфоцитов варьировало от 9 до 257 (32(21–59)) клеток/мкл. Вирусная нагрузка от < 200 до 5100000 (163497(58976–835000)) копий в мл крови.

Антиретровирусную терапию до установления диагноза КМЭ принимали только 6 (37,5 %) пациентов, длительность приема составила в среднем 6,1 месяцев.

Исходы: из 16 пациентов умерло 7 (43,75 %), из них 1 (6,25 %) при первичном обращении, а 6 (37,5 %) при возникновении рецидивов.

Выводы

Основные жалобы больных с КМЭ — это диффузная головная боль, тошнота, рвота, субфебрильная температура.

У большинства пациентов в СМЖ было характерно увеличение белка до 0,56 г/л, появление небольшого лимфоцитарного цитоза и нормальный уровень глюкозы.

КМЭ выявляется чаще у пациентов с уровнем CD4-лимфоцитов менее 59 клеток в мкл, с уровнем вирусной нагрузки более 58976 копий в мл, не получающих антиретровирусную терапию.

КМЭ трудно поддается лечению и у большинства пациентов наблюдались рецидивы. Летальность составила 43,75 %.

ЛИТЕРАТУРА

1. Клинико-патогенетические особенности криптококкового менингоэнцефалита у больных ВИЧ-инфекцией / О. Е. Волкова [и др.] // Эпидемиология и инфекционные болезни. — 2014. — № 4. — С. 25–29.
2. Чарушина, И. П. Оппортунистические инвазивные микозы у ВИЧ-инфицированных пациентов / И. П. Чарушина // Пермский медицинский журнал. — 2015. — № 71–77.
3. Клинико-лабораторные особенности криптококкового менингоэнцефалита у пациентов с ВИЧ-негативным статусом / Е. Л. Панасюк [и др.] // Scientific Journal «ScienceRise». — 2015. — № 9/3. — С. 102–111.
4. Чарушина, И. П. Клинико-морфологическая характеристика криптококкоза при ВИЧ-инфекции / И. П. Чарушина, Н. В. Зотова // Журнал инфектологии. — 2012. — № 65–70.

УДК 616. 61

ДИНАМИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ЭПИДЕМИОЛОГО-ЭПИЗООТИЧЕСКИХ ОСОБЕННОСТЕЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ГЕМОРРАГИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКОЙ С ПОЧЕЧНЫМ СИНДРОМОМ НА ТЕРРИТОРИИ ПЕНЗЕНСКОЙ ОБЛАСТИ ЗА ПЕРИОД С 2002 ПО 2017 ГГ.

Цыплихин Н. О., Митрофанова Н. Н.

Научный руководитель: д.м.н., доцент В. Л. Мельников

**Федеральное государственное бюджетное
образовательное учреждение высшего образования
«Пензенский государственный университет»
г. Пенза, Российская Федерация**

Введение

Геморрагическая лихорадка с почечным синдромом (ГЛПС) — острое вирусное заболевание, специфическим проявлением которого является поражение почек с разви-