

следованных биологических образцов позволило подтвердить ранее полученные данные о доминирующих генотипах E (n = 74, 43,3 %) и F (n = 29, 17,1 %) и преобладании моно-генотипного варианта хламидийной инфекции над микст-генотипным (74,6 и 25,4 % соответственно). Микст-генотипная инфекция может служить благоприятной средой для образования и распространения в популяции рекомбинантных форм *C. trachomatis*, а также инициировать развитие более тяжелой формы инфекционного процесса. При сравнении генотипического пейзажа у мужчин и женщин достоверных различий не обнаружено, однако установлено, что у женщин первое и второе место по распространенности заняли генотипы E (n = 32, 40,5 %) и G (n = 18, 22,8 %), а у мужчин E (n = 42, 46,7 %) и F (n = 15, 16,7 %).

Изучение распределения генотипов *C. trachomatis* имеет значение для его эпидемиологии, а также для установления взаимосвязи патогенетических особенностей течения урогенитальной хламидийной инфекции с генотипом возбудителя. Кроме того, полученные данные могут в дальнейшем использоваться для разработки диагностических систем и препаратов для терапии, учитывающих спектр наиболее распространенных генотипов возбудителя.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Chlamydia trachomatis* isolated from cervicovaginal samples in Sapporo, Japan, reveals the circulation of genetically diverse strains / J. Thapa [et al.] // BMC Infect. Dis. — 2020. — Vol. 20. — doi: 10.1186/s12879-020-4780-y.
2. Рубаник, Л. В. Метод генотипирования *Chlamydia trachomatis*: инструкция по применению № 007-0619: утв. М-м здравоохранения Республики Беларусь 20.06.2019 / Л. В. Рубаник, Н. Н. Полещук, Ю. М. Капустина. — Минск, 2019. — 12 с.
3. *Chlamydia trachomatis* genotypes among men who have sex with men in Australia / J. Twin [et al.] // Sex Transm. Dis. — 2011. — Vol. 38, № 4. — P. 279–285.
4. Литовченко, О. А. Генотипирование *Chlamydia trachomatis* на основе полиморфизма главного белка наружной мембраны и транслоцированного актин-рекрутирующего фосфопротеина / О. А. Литовченко // Иммунология и аллергология: наука и практика. — 2012. — № 3. — С. 66–68.
5. Характеристика генотипического пейзажа изолятов *Chlamydia trachomatis*, выделенных у жителей города Минска / Ю. М. Капустина [и др.] // Современные проблемы инфекционной патологии человека: сб. науч. тр. / М-во здравоохран. Респ. Беларусь. РНПЦ эпидемиологии и микробиологии; под ред. В. А. Горбунова. — Минск: Строй Медиа Проект, 2019. — Вып. 12. — С. 95–99.
6. Serovar D and E of serogroup B induce highest serological responses in urogenital *Chlamydia trachomatis* infections / S. P. Verweij [et al.] // BMC Infect. Dis. — 2014. — Vol. 14. — doi: 10.1186/1471-2334-14-3.
7. Хворик, Д. Ф. Новые подходы к диагностике урогенитального хламидиоза / Д. Ф. Хворик // Журнал ГрГМУ. — 2008. — № 85. — С. 70–73.

УДК 616.831.9-002-071/-074:[616.98:578.828НIV]

КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ КРИПТОКОККОВОГО МЕНИНГОЭНЦЕФАЛИТА У ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ

Козорез Е. И., Тумаш О. Л., Анищенко Е. В.

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

Введение

В последние десятилетия инвазивные микозы стали занимать особое место среди всей инфекционной патологии. Одной из часто встречающихся форм является криптококковая инфекция, вызываемая *Cryptococcus neoformans*. Важнейшим фактором риска возникновения этого заболевания является ВИЧ-инфекция.

Вероятность развития микоза у ВИЧ-инфицированных пациентов определяется степенью выраженности иммунодефицита. При снижении CD4-лимфоцитов менее 200 клеток в мкл частота заболевания составляет от 4 до 30 %. Особенностью заболевания является тяжесть клинических проявлений и очень высокая летальность.

Цель

Изучить клинико-лабораторные особенности криптококкового менингоэнцефалита у ВИЧ-инфицированных пациентов Гомельской области.

Материал и методы исследования

В исследование было включено 16 пациентов, проходивших лечение в учреждении «Гомельская областная инфекционная клиническая больница», из них 10 (62,5 %) мужчин, 6 (37,5 %) женщин в возрасте от 18 до 58 лет (медиана возраста — 39 лет). У всех пациентов была установлена IV стадия ВИЧ-инфекции (по классификации ВОЗ 2012 г.). Из эпидемиологического анамнеза было выяснено, что 10 (62,5 %) пациентов являлись наркорпотребителями, вследствие чего заражение произошло парентеральным путем, 5 (31,25 %) инфицировались при гетеросексуальных контактах, 1 (6,25 %) — вертикальным путем. Антиретровирусную терапию получали только 2 (12,5 %) пациента.

Результаты исследования и их обсуждение

При поступлении доминирующей жалобой являлась постоянная головная боль диффузного характера (у 69 % пациентов), интенсивность которых постепенно нарастала. Длительность головной боли до поступления в стационар варьировала от нескольких дней до месяцев, в среднем 20–25 дней. Лихорадочная реакция была непостоянна, наблюдалась только у половины пациентов. Рвоту отмечали 38% пациентов, тошноту только 31 %. Четверть пациентов предъявляла жалобы на слабость, а 19 % на головокружение. При первичном осмотре 13 % пациентов жаловались на нарушения зрения.

Менингеальные симптомы были выявлены только у 19 % пациентов, у 31,25 % они были сомнительны, у остальных пациентов — отсутствовали. У 25 % обнаружена очаговая симптоматика.

Уровень CD4-лимфоцитов был в пределах от 0 до 257 клеток в мкл (медиана 83 клетки в мкл). Вирусная нагрузка у всех пациентов была выше определяемого уровня (от 2571 до 49 млн копий в 1 мкл).

Изменения спинномозговой жидкости (СМЖ): повышение уровня белка наблюдалось у 62,5 % пациентов, снижение уровня глюкозы — у 68,75 % пациентов. У 62,5 % пациентов отмечался лимфоцитарный или смешанный плеоцитоз в пределах от 13 до 413 кл/мкл, у 18,75 % отмечался нейтрофильный плеоцитоз в пределах от 14 до 17 кл/мкл, у 18,75 % — плеоцитоз отсутствовал.

Летальный исход в течение 12 месяцев наблюдения наступил у 7(43,75%) пациентов.

Заключение

Клинические проявления криптококкового менингоэнцефалита неспецифичны и сходны с таковыми при заболеваниях другой этиологии. Наиболее часто встречающимися проявлениями криптококкового менингоэнцефалита является длительная головная боль и лихорадка. Менингеальные знаки регистрируются только у каждого пятого пациента.

Факторами риска возникновения инвазивных микозов у ВИЧ-инфицированных пациентов являются выраженный иммунодефицит и отсутствие антиретровирусной терапии.

Для назначения своевременной и адекватной антимикотической терапии, диагностика криптококкоза у ВИЧ-инфицированных больных при наличии жалоб и выраженного иммунодефицита, даже при отсутствии менингеальных знаков, должна обязательно включать люмбальную пункцию с микологическим исследованием.

ЛИТЕРАТУРА

1. Избранные лекции по ВИЧ-инфекции / В. В. Покровский [и др.]; под общ. ред. В. В. Покровского. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. — 516 с.
2. Хоффман, К. ВИЧ 2014/15 / К. Хоффман, Ю. К. Рокштро. — М.: Medizin Fokus, 2015. — 942 с.
3. Чарушина, И. П. Клинико-морфологическая характеристика криптококкоза при ВИЧ-инфекции / И. П. Чарушина, Н. В. Зотова // Журнал инфектологии. — 2012. — Т. 4, № 4. — С. 65–70.
4. Клинико-патогенетические особенности криптококкового менингоэнцефалита у больных ВИЧ-инфекцией / О. Е. Волкова [и др.] // Эпидемиология и инфекционные болезни. — 2012. — Т. 19, № 4. — С. 25–29.