

помогает обеспечить должный уровень биологической безопасности персонала, проводящего исследования на туберкулез.

Результативность метода 7,9 % положительных результатов против 3,3 % при микроскопии по Цилю-Нильсену демонстрирует его большую эффективность.

Метод позволяет быстро (за 2 ч) выявить ДНК *M. tuberculosis* в биологическом материале, а также установить наличие лекарственной устойчивости микобактерии к рифампицину. Чувствительность метода Xpert MTB/RIF при определении лекарственной устойчивости к рифампицину составила 88,8 % в сравнении с бактериологическим методом.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Николенко, Е. Н.* Эффективность применения Xpert MTB/RIF теста для диагностики МЛУ-ТБ / Е. Н. Николенко, О. М. Залуцкая, В. В. Станишевская // Мультирезистентный туберкулез: клинико-эпидемиологические особенности и тактика лечения: материалы международной научно-практической конференции «Внедрение новых подходов в борьбе с М/ШЛУ-ТБ в Беларуси» (г. Минск, 13–14 ноября 2014 г.) / ред. кол.: Г. Л. Гуревич [и др.]. — Минск, 2014. — С. 87–90.

2. *Залуцкая, О. М.* Руководство по лабораторной диагностике туберкулеза / О. М. Залуцкая, Е. Р. Сагалыч, Л. К. Суркова. — Минск, 2013. — 135 с.

3. Guidelines for the programmatic management of drug-resistant tuberculosis. Geneva: World Health Organization, 2008 (WHO/HTM/TB/2008.402).

УДК 616.933.192.1:616.831]:616.98:578.828Н1V

ТОКСОПЛАЗМОЗ ГОЛОВНОГО МОЗГА У ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ ПАЦИЕНТОВ

Шрэйтэр Д. В., Тимошенко Т. В.

Научный руководитель: к.м.н., доцент *А. П. Демчило*

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Токсоплазмоз — широко распространенная зоонозная паразитарная инфекция, вызываемая *Toxoplasma gondii*, характеризуется полиморфизмом клинических проявлений и значительной вариабельностью течения процесса: от здорового, бессимптомного носительства до тяжелых, летальных форм болезни. Данное заболевание является одной из частых причин гибели больных ВИЧ-инфекцией. Токсоплазмоз чаще всего возникает у таких пациентов на фоне тяжелого иммунодефицита [1, 2]. Проведенные клинические и экспериментальные исследования у ВИЧ-инфицированных пациентов свидетельствуют о том, что сопутствующий токсоплазмоз потенцирует индуцированные ВИЧ нарушения деятельности иммунной системы, отягощая тем самым течение СПИДа. Фактором риска развития токсоплазмоза у таких пациентов является количество CD4-лимфоцитов менее 100 клеток/мкл [3, 4]. Дефект клеточной иммунной системы у больных с ВИЧ-инфекцией приводит к снижению сопротивления по отношению к внутриклеточным токсоплазмам, в результате происходит реактивация латентной инфекции и генерализация процесса [1]. Как правило, у ВИЧ-инфицированных пациентов регистрируют церебральную форму заболевания [1, 2]. ЦНС является наиболее чувствительной к реактивации токсоплазменных цист по сравнению с другими тканями. Реактивация возбудителя ведет к многоочаговому некротическому воспалительному процессу — образованию абсцессов. Токсоплазменный энцефалит является наиболее распространенной оппортунистической инфекцией ЦНС у больных СПИДом и без специфической терапии приводит к летальному исходу. При нейроинфекции, вызванной токсоплазмозом, летальность выше, чем от других возбудителей оппортунистических заболеваний [1, 2].

Цель

Изучить клиническую картину и особенности данных МРТ ВИЧ-инфицированных больных с токсоплазмозом головного мозга.

Материал и методы исследования

В ходе исследования были изучены 4 истории болезни ВИЧ-инфицированных пациентов с подтвержденным диагнозом токсоплазмоза головного мозга, проходивших лечение в 3-м отделении учреждения «Гомельская областная инфекционная клиническая больница» в 2015 г.

Результаты исследования и их обсуждение

Среди пациентов была 1 женщина и трое мужчин в возрасте от 34 до 48 лет. Длительность ВИЧ-инфекции у данных пациентов составляла более 10 лет. У 3 пациентов причиной инфицирования являлось инъекционное употребление наркотических препаратов, у 1 пациента имелся половой путь инфицирования. Диагноз токсоплазмоза установлен на основании результатов магнитно-резонансного сканирования головного мозга и подтвержден обнаружением IgG к токсоплазмам в сыворотке крови с помощью ИФА.

При поступлении пациенты предъявляли жалобы на слабость, головную боль, сонливость, плохую память, нарушение координации движений. При обследовании выявлялись выраженные нарушения когнитивной функции, моторная афазия — расстройство продукции речи в связи с поражением головного мозга при сохранении артикуляционного аппарата, гемипарезы, поражение сенсорной системы, атаксия — нарушение согласованности движений различных мышц при условии отсутствия мышечной слабости, движения были неловкими, неточными, нарушалась их преемственность и последовательность, равновесие при стоянии и ходьбе. Характерна также дисметрия — нарушение координации движений вследствие утраты чувства расстояния, соразмерности и точности двигательных актов. Движения больных размашистые, увеличиваются в объеме, недостаточно точны, появляются промахивания, нарушается почерк. Данные клинические симптомы являются проявлением множественных поражений мозга.

С помощью МРТ в различных областях головного мозга (в левой височно-теменной области свода черепа, в левой ножке мозга, в белом веществе мозга на уровне заднего рога левого бокового желудочка, на уровне базальных ядер, правой гемисфере мозжечка, слева в таламусе) определяли наличие разновеликих полостных образований неправильной формы с гетерогенным содержимым диаметром от 7 до 43 мм. Большинство из них имели перифокальный отек. Контуры очагов неровные, но достаточно четкие. После внутривенного контрастирования имеется выраженное накопление контрастного вещества по капсуле образований. Вследствие больших размеров образований у 1 пациента имелось смещение срединных структур, компрессия желудочков головного мозга. В заключении был выставлен диагноз: двум пациентам — токсоплазмоз головного мозга, одному пациенту — абсцедирующий токсоплазмозный энцефалит с поражением правой гемисферы мозжечка, и одному пациенту — токсоплазменное поражение базальных структур головного мозга, токсоплазменный абсцесс в таламусе слева.

Всем пациентам была назначена альтернативная схема лечения токсоплазмоза: комбинация сульфаметоксазола и триметоприма (ко-тримоксазол) в дозировке 20 мг/кг массы тела по триметоприму. Курс лечения: 21 день высокодозная терапия, в дальнейшем — пожизненный прием поддерживающей дозы ко-тримоксазола по 2 таблетки ежедневно. Положительная динамика у больных наблюдалась уже через 2 недели лечения в виде улучшения памяти, координации движений, уменьшении выраженности парезов.

Выводы

Токсоплазмоз головного мозга является наиболее распространенной оппортунистической инфекцией ЦНС у ВИЧ-инфицированных пациентов. Клиническая картина характеризуется проявлением множественных поражений мозга — очаговой неврологической симптоматикой, поражением сенсорной системы, атаксией, дисметрией, нарушениями когнитивной функции. Специфическая антимикробная терапия характеризуется высокой эффективностью даже при тяжелых формах заболевания.

ЛИТЕРАТУРА

1. Покровский, В. В. ВИЧ-инфекция и СПИД: национальное руководство / В. В. Покровский. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. — 608 с.
2. Юшук, Н. Д. Инфекционные болезни: национальное руководство / Н. Д. Юшук, Ю.Я. Венгеров. — М.: GEOTAR-Media, 2009. — 1056 с.
3. Распространение токсоплазмоза и методы его лабораторной диагностики / Т. П. Пашинина [и др.] // Мед. паразитология и паразитарные болезни. — 2005. — № 1. — С. 51–54.
4. Ермак, Т. Н. Токсоплазмоз у больных ВИЧ-инфекцией / Т. Н. Ермак, А. В. Кравченко // Эпидемиология и инфекционные болезни. — 2001. — № 1. — С. 28–31.