

Материалы и методы: клинико-лабораторный анализ истории болезни ребенка 12 дней, госпитализированного в инфекционное отделение № 7 ДГКБ № 5 им. Н.Ф. Филатова в ноябре 2018 г.

Результаты: девочка поступила в ДГКБ № 5 на 3 день болезни с жалобами на лихорадку до 39,1 С, вялость, снижение аппетита и диуреза. Диагноз при поступлении: ОРВИ, ИМВП? Ребенок от III беременности, роды срочные 37/38 недель, m — 3140 г, рост — 51 см, Апгар — 8/9 б. Состояние тяжелое, повышена судорожная готовность. Большой родничок 2,0 × 1,5 см, нормотичен. Умеренная гиперемия слизистых полости рта. Лимфатические узлы не увеличены. ЧСС — 140 в мин., ЧД — 46 в мин., дыхание пуэрильное, хрипов нет. Живот вздут, пупочная ранка с сукровичным отделяемым, печень выступает из-под края реберной дуги на 2 см, селезенка не увеличена. Менингеальные симптомы — отрицательные. В гемограмме: тромбоцитоз, лейкоцитоз, нейтрофилез. Исследование спинномозговой жидкости: цитоз — 7680 третей, нейтрофильного характера, белок — 2,53 г/л. ПЦР ликвора: *Listeria monocytogenes* (+). Обследование матери на листериоз — результат отрицательный.

Выводы: клинико-лабораторными особенностями течения листериозного менингита у ребенка периода новорожденности (12-ти дней) явилось острое начало заболевания, фебрильная лихорадка, выраженный синдром интоксикации, отсутствие при поступлении менингеальных симптомов, выраженные изменения спинномозговой жидкости (высокий плеоцитоз нейтрофильного характера, медленная санация ликвора).

Литература

1. Покровский В.И. Инфекционные болезни. 2013. С. 648–654.
2. Кареткина Г.Н. Листериоз. // Лечащий врач. 2009. № 9.
3. Яковлев С.В. Бактериальные менингиты в отделении интенсивной терапии // Consilium Medicum. 2001. № 11.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ МИКСТИНФЕКЦИИ МИКОПЛАЗМЕННОЙ И ГЕРПЕТИЧЕСКОЙ (ВЭБ И ЦМВ) ЭТИОЛОГИИ У РЕБЕНКА 16 ЛЕТ

Чепелева Д.С., Шакмаева М.А., Попова И.А.

Научные руководители: к. м. н., доцент Каплина Т.А, к. м. н., доцент Субботина М.Д.
Кафедра инфекционных заболеваний у детей им. проф. М.Г. Данилевича
Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет

Актуальность исследования: показатель заболеваемости детей инфекционным мононуклеозом различной этиологии в 2017 г. составил 37,4 на 100 тыс. нас. В 10–20% случаев пневмонии у детей обусловлены микоплазменной инфекцией [1, 2, 3].

Цель исследования: оценить особенности течения микстинфекции (микоплазменной, ВЭБ и ЦМВ этиологии) у ребенка 16 лет.

Материалы и методы: клинико-лабораторный анализ истории болезни ребенка 16 лет, госпитализированного в инфекционное отделение № 1 СПбГПМУ в 2018 г.

Результаты: девочка поступила на 9 сут. заболевания с жалобами на боль в горле, увеличение лимфатических узлов, фебрильную лихорадку до 39,7 С в течение 9 дней. Диагноз при поступлении: инфекционный мононуклеоз? Состояние тяжелое, лихорадит. Налеты в лакунах миндалин островчатые. Лимфатические узлы шейные, затылочные — до 3 см, плотные, болезненные при пальпации. ЧСС — 91 в мин. ЧД — 18 в мин. Дыхание жесткое, хрипов нет. Живот мягкий, чувствительный в правом подреберье, печень выступает из-под края реберной дуги на 2 см, селезенка не увеличена. В гемограмме: лейкоцитоз — $19,7 \times 10^9/\text{л}$, лимфоцитоз — 69%, моноцитоз — 13,5%, атипичные мононуклеары — 27%; биохимический анализ крови: АЛТ — 321 Ед/л, АСТ — 228 Ед/л, билирубин — 24,1 мкмоль/л. ИФА: антитела IgM к ЦМВ, ВЭБ, *Mycoplasma pneumoniae* — положительно. Маркеры гепатитов А, В, С — отрицательно. Rg органов грудной клетки: инфильтративные изменения в S7, S8 правого легкого. Получала комплексную терапию с положительным терапевтическим эффектом.

Выводы: сочетанное течение микоплазменной (острая внебольничная правосторонняя нижнедолевая пневмония) и герпесвирусной инфекции (инфекционный мононуклеоз сочетанной ВЭБ+ЦМВ этиологии) у ребенка пубертатного возраста обусловило тяжесть заболевания, большую продолжительность лихорадки (15 дней), длительный синдром интоксикации, повышенный цитолиз, развитие нижнедолевой пневмонии.

Литература

1. Зайцева С.В., Застрожина А.К., Муртазаева О.А. Микоплазменная инфекция у детей (обзор литературы) // РМЖ 2017 № 5. С. 327–334.
2. Тимченко В.Н. Инфекционные болезни у детей // учебник для педиатрических факультетов медицинских вузов. СПб: СпецЛит, 2012. 623 с.
3. Михнева С.А., Гришина Ю.Ю., Кухтевич Е.В., Мартынов Ю.В. Инфекционный мононуклеоз: характеристика проявлений эпидемического процесса // Инфекционные болезни: новости, мнения, обучение. 2017 № 5. С. 61–64.

СЕКЦИЯ ИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ВЗРОСЛЫХ И ЭПИДЕМИОЛОГИИ

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ И КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ТОКСОПЛАЗМОЗА У ВЗРОСЛЫХ ВИЧ- ПОЗИТИВНЫХ ПАЦИЕНТОВ В САНКТ-ПЕТЕРБУРГЕ

Алиева А.Э.

Научный руководитель: врач-ординатор Ямковая В.В., аспирант Ингабиров Т., ассистент Басина В.В.

Кафедра инфекционных болезней взрослых и эпидемиологии

Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет

Актуальность исследования: ежегодно в Российской Федерации выявляется до 800 случаев токсоплазмоза [1]. В 2015 году зарегистрировано 539 случаев (0,37 на 100 тысяч населения) в 42 субъектах Российской Федерации [2]. Показатель заболеваемости токсоплазмозом в Санкт-Петербурге составил 0,58 на 100 000 населения [3].

Цели исследования: дать эпидемиологическую и клинико-лабораторную характеристику токсоплазмоза у взрослых ВИЧ-инфицированных в Санкт-Петербурге (СПб).

Материалы и методы: в исследование было включено 75 пациентов, получавших лечение в СПб ГБУЗ «Клиническая инфекционная больница им. С.П. Боткина» в 2015 году. Средний возраст пациентов составил 38 ± 6 лет. Соотношение мужчин и женщин было: 1:20.

Результаты: все пациенты страдали ВИЧ-инфекцией, средний срок инфицирования составил $7,8 \pm 4,17$ лет. Путь передачи ВИЧ-инфекции был гемоконтактный у 14,3%, половой у 28,6%, неизвестен у 57,6%. Диагноз ВИЧ инфекции подтвержден серологическим методом ИФА у всех пациентов. Токсоплазмоз диагностирован у всех серологическим методом — ИФА. Методом ПЦР ДНК *Toxoplasma gondii* обнаружена у 38% больных. Диагноз ВИЧ 4В стадия, токсоплазмоз головного мозга был у 100% больных. Средний уровень CD4-клеток составил $152,9 \pm 185$ в мкл. Клинически наблюдались: сенсорная афазия — 9,5%, правосторонний гемипарез — 7%, левосторонний гемипарез — 19%, менингоэнцефалит — 19%, энцефалит — 4%. 6,7% доставили в состоянии комы. По данным МРТ была картина множественных очаговых изменений вещества головного мозга у 47,6%, явления отека головного мозга выявлены у 14,2%. Летальный исход составил 23,8%, все пациенты не получали АРВТ и количество CD4-клеток было < 50 в мкл. Причиной смерти являлись отек и поражения базальных ядер ГМ.

Выводы: у данных пациентов преобладал половой путь заражения ВИЧ-инфекцией. Токсоплазмоз у пациентов с ВИЧ протекал с поражением ГМ. Диагноз подтверждался с помощью