

в возрасте 1-7 лет при обследовании по клиническим показаниям, а также по поводу обнаружения ВИЧ у матери. Соблюдение комплаенса при приёме ВААРТ пациентами с врождённой ВИЧ-инфекцией приводит к повышению у них иммунного статуса (CD4 более 25%) и снижает вирусную нагрузку до неопределяемого уровня, что позволяет улучшить качество жизни таких пациентов.

Довнар-Запольская О.Н., Поляк Е.С., Жук Е.Н.

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ И ЭТИОТРОПНОГО ЛЕЧЕНИЯ У ДЕТЕЙ С ЛИХОРАДКАМИ НЕЯСНОГО ГЕНЕЗА

Минск, Республика Беларусь

Лихорадка неясного генеза (ЛНГ) у детей является актуальной и зачастую крайне сложной в своём решении проблемой современной педиатрической практики.

Ретроспективно нами были проанализированы стационарные карты 50 пациентов в возрасте от 2-х месяцев до 17 лет с диагнозом ЛНГ, находившихся на лечении в Городской детской инфекционной клинической больнице (ГДИКБ) г. Минска в 2014-2015 гг.

В ходе исследования было выявлено, что средний возраст детей составил 8,3 (5-13) года, из них в возрасте до 1 года включительно – 11 (22%), от 1 до 5 лет – 4 (8%), от 6 до 11 лет – 18 (36%), от 12 до 17 лет – 17 (34%) детей, из них мальчиков – 22 (44%), девочек – 28 (56%). Длительность лихорадки у пациентов до госпитализации составляла в среднем 13,3 (7-21) дня. Наиболее частыми сопутствующими симптомами до госпитализации были: кашель и насморк – у 34 (68%), головная боль – у 15 (30%) пациентов. Половина – 25 пациентов, – получали стартовую антибактериальную терапию (АБТ) перед поступлением в стационар в течение от 2 до 10 дней без эффекта: амоксициллин/клавулановая кислота – 13 (26%), азитромицин – 4 (8%), цефуроксим – 3 (6%), амоксициллин – 2 (4%), кларитромицин – 2 (4%), ко-тримоксазол – 1 (2%) пациент. Смена АБТ была у 8 (16%) детей, также без эффекта. После обследования в стационаре у большинства детей – 32 (64%) от года до 13 лет была диагностирована острая респираторная инфекция: ринофаринготрахеит и бронхит – у 25 (50%), из них у 2 пациентов хламидийной и микоплазменной этиологии, стрептококковый фарингит – у 5 (10%), очаговая пневмония неустановленной этиологии – у 1 (2%), острый синусит и острый двусторонний средний отит – у 1 (2%) пациента, причём длительность лихорадки у них составила в среднем 7,2 (3-14) дня. Острая кишечная инфекция была выявлена у 3 (6%) детей в возрасте 3, 6 месяцев и 5 лет соответственно в виде гемоколита стафилококковой и сальмонеллезной этиологии, длительность лихорадки у них составила 10,1 (7-14) дня. Лихорадка более 10 дней была у пациентов с инфекцией мочевой системы (у 3 (6%) детей, причиной которой были – *E.coli*, *Enterococcus*) и инфекционным мононуклеозом (у 2 (4%) детей). ЛНГ неинфекционного генеза была выявлена у 10 (20%) пациентов с дебютом системной формы ювенильного ревматоидного артрита (у 2 (4%) пациентов в возрасте 5 и 11 лет, фебрильная лихорадка у них длилась в среднем 18,5 (7-30) дней) и вегетативной дисфункции с нарушением терморегуляции (у 8 (16%) пациентов в возрасте 9-13 лет, при этом лихорадка у них была субфебрильной и длилась в среднем 40 (30-60)

дней). Большинство детей – 36 (72%), – получили АБТ в условиях стационара: цефтриаксон – 11 (22%), кларитромицин – 5 (10%), амоксициллин – 4 (8%), амоксициллин/клавулановая кислота – 4 (8%), азитромицин – 3 (6%), цефуроксим и меропенем по 2 (4%) детей, цефаклор и спирамицин по 1 (2%) ребёнку. Ответ на АБТ не был получен у 10 пациентов (с ювенильным ревматоидным артритом вегетативной дисфункцией).

Таким образом, на основании исследования можно сделать выводы: у 80% детей с ЛНГ причиной лихорадки является инфекционная патология. Фебрильная лихорадка более 18 дней может быть дебютом такого системного заболевания соединительной ткани в детском возрасте как ювенильный ревматоидный артрит. Отсутствие эффекта от проводимой АБТ требует тщательного диагностического поиска причин ЛНГ.

Егембердиева Р.А., Дуйсенова А.К., Оспанбекова Н.К., Туребеков А.А.

ПРОЯВЛЕНИЯ ОППОРТУНИСТИЧЕСКИХ ИНФЕКЦИЙ ПРИ ВИЧ

г. Алматы, Казахстан

В последние годы наблюдается увеличение числа ВИЧ-инфицированных в поздних стадиях с оппортунистическими заболеваниями различной этиологии.

Цель исследования. Изучить клинико-эпидемиологические проявления оппортунистических инфекций при ВИЧ. Нами проанализировано 10 историй болезни больных ВИЧ-инфекцией, находившихся в Городской клинической инфекционной больнице г. Алматы в 2015 г. Возраст больных от 27 до 53 лет. Мужчин – 6, женщин – 4. Из 6 мужчин 1 имел гомосексуальные контакты, 1- наркоман с парентеральным введением. Установлено, что причиной заражения ВИЧ послужил в основном половой путь (у 9 пациентов из 10), в том числе гетеросексуальные контакты у 8 человек и гомосексуальные у 1 пациента. ВИЧ-инфекция была впервые диагностирована в стационаре у 8 больных, ранее выявлена у 2 пациентов (2006г., 2010г.). Среди больных ВИЧ-инфекцией у 7 были диагностированы герпесвирусные инфекции, у 3- хронический вирусный гепатит (В+Д; В+С; С). В группе больных с герпесвирусной инфекцией отмечались проявления вируса простого герпеса (2), герпес зостер (2), инфекционного мононуклеоза (3). У 3 больных была диагностирована генерализованная герпесвирусная инфекция, у 2 из которых отмечались менингит и менингоэнцефалит. Случай с менингоэнцефалитом завершился летальным исходом.

Повышение температуры тела (37,5 – 40,0°C) было у всех 7 больных, в 5 случаях сопровождалось ознобом. При генерализованной герпетической инфекции у 2 пациентов температура тела была повышенной в течение длительного времени (от 1 до 5 месяцев). Жалобы при госпитализации на головную боль (7), общую слабость (7), тошноту (5), першение и боль в горле (2), осиплость голоса (1). Отмечалась везикулезная (5) и пятнисто-папулезная (1) экзантема. Сыпь сохранялась в течение 9-22 дней болезни. В 1 случае установлено, что до госпитализации в течение года везикулезная сыпь постоянно появлялась в виде единичных, рассеянных элементов по всему телу и на конечностях. В 1 случае с инфекционным моно-