

ЖУРНАЛ ИНФЕКТОЛОГИИ

МАТЕРИАЛЫ IV КОНГРЕССА ЕВРО-АЗИАТСКОГО ОБЩЕСТВА ПО ИНФЕКЦИОННЫМ БОЛЕЗНЯМ

САНКТ-ПЕТЕРБУРГ
18–20 мая 2016 года

Приложение

Том 8 №2, 2016

ЖУРНАЛ ИНФЕКТОЛОГИИ

JURNAL INFEKTOLOGII

Официальное издание Межрегиональной общественной организации
«Ассоциация врачей-инфекционистов Санкт-Петербурга
и Ленинградской области»

Главный редактор
академик РАН Ю.В. ЛОБЗИН

ПРИЛОЖЕНИЕ Том 8, № 2, 2016

ЖУРНАЛ ИНФЕКТОЛОГИИ

Главный редактор

академик РАН д.м.н. профессор
Лобзин Ю.В.

Ответственный секретарь

д.м.н. профессор Гусев Д.А.

Редакционная коллегия

д.м.н. профессор Антонова Т.В. (зам. гл. редактора)
д.м.н. Бабаченко И.В.
академик РАН д.м.н. профессор
Беляков Н.А.
к.м.н. доцент Волжанин В.М.
д.м.н. профессор Воронин Е.Е.
д.м.н. профессор Жданов К.В. (зам. гл. редактора)
д.м.н. профессор Клишко Н.Н.
д.м.н. профессор Ковеленов А.Ю.
д.м.н. профессор Котив Б.Н.
д.м.н. Кузин А.А.
к.м.н. Левандовский В.В.
д.м.н. Лиознов Д.А.
д.м.н. профессор Нечаев В.В.
д.фарм.н. Рудакова А.В.
д.м.н. профессор Сидоренко С.В.
д.м.н. профессор Скрипченко Н.В.
д.м.н. профессор Усков А.Н.
д.м.н. профессор Харит С.М.
д.м.н. профессор Цинзерлинг В.А.
д.м.н. профессор Цыган В.Н.
д.м.н. профессор Эсауленко Е.В.
д.м.н. профессор Яковлев А.А.

Редакционный совет

д.м.н. профессор Амброзайтис А. (Литва)
д.м.н. профессор Ахмедова М.Д. (Узбекистан)
академик РАН
д.м.н. профессор Зверев В.В. (Москва)
член-кор. РАН
д.м.н. профессор Иванова В.В. (Санкт-Петербург)
д.м.н. профессор Исаков В.А. (Москва)
д.м.н. профессор Кожевникова Г.М. (Москва)
академик РАН
д.м.н. профессор Львов Д.К. (Москва)
академик РАН
д.м.н. профессор Малеев В.В. (Москва)
д.м.н. профессор Малов И.В. (Иркутск)
д.м.н. профессор Малышев Н.А. (Москва)
член-кор. РАН
д.м.н. профессор Михайлов М.И. (Москва)
д.м.н. профессор Мусабаев Э.И. (Узбекистан)
академик РАН
д.м.н. профессор Онищенко Г.Г. (Москва)
профессор Павлоцкий Ж.-М. (Франция)
профессор Папатеодоридис Дж. (Греция)
академик РАН
д.м.н. профессор Покровский В.В. (Москва)
академик РАН
д.м.н. профессор Покровский В.И. (Москва)
профессор Прати Д. (Италия)
д.м.н. профессор Семенов В.М. (Беларусь)
академик РАН
д.м.н. профессор Сергиев В.П. (Москва)
д.м.н. профессор Сыздыков М.С. (Казахстан)
д.м.н. профессор Тимченко В.Н. (Санкт-Петербург)
академик РАН
д.м.н. профессор Тотолян А.А. (Санкт-Петербург)
академик РАН
д.м.н. профессор Учайкин В.Ф. (Москва)
иностраный член РАН
профессор Франко де Роза (Италия)
к.м.н. профессор Широкова В.И. (Москва)

JURNAL INFEKTOLOGII

Editor in Chief

member of the Russian Academy of Sciences
M.D. professor Lobzin Yu.V.

Executive secretary

M.D. professor Gusev D.A.

Editorial board

M.D. professor Antonova T.V. (deputy editor)
M.D. Babachenko I.V.
member of the Russian Academy of Sciences
M.D. professor Belakov N.A.
C.M.S. docent Volzhanin V.M.
M.D. professor Voronin E.E.
M.D. professor Zhdanov K.V. (deputy editor)
M.D. professor Klimko N.N.
M.D. professor Kovelonov A.Yu.
M.D. professor Kotiv B.N.
M.D. Kuzin A.A.
C.M.S. Levandovskiy V.V.
M.D. Lioznov D.A.
M.D. professor Nechaev V.V.
Pharm.D. Rudakova A.V.
M.D. professor Sidorenko S.V.
M.D. professor Skripchenko N.V.
M.D. professor Uskov A.N.
M.D. professor Harit S.M.
M.D. professor Zinserling V.A.
M.D. professor Tsygan V.N.
M.D. professor Esaulenko E.V.
M.D. professor Yakovlev A.A.

Editorial council

M.D. professor Ambrozaitis A. (Lithuania)
M.D. professor Achmedova M.D. (Uzbekistan)
member of the Russian Academy of Sciences
M.D. professor Zverev V.V. (Moscow)
corresponding member of the Russian Academy of Sciences
M.D. professor Ivanova V.V. (Saint-Petersburg)
M.D. professor Isakov V.A. (Moscow)
M.D. professor Kozhevnikova G.M. (Moscow)
member of the Russian Academy of Sciences
Lvov D.K. (Moscow)
member of the Russian Academy of Sciences
M.D. professor Maleev V.V. (Moscow)
professor Malov I.V. (Irkutsk)
M.D. professor Malyshev N.A. (Moscow)
corresponding member of the Russian Academy of Sciences
M.D. professor Mihajlov M.I. (Moscow)
M.D. professor Musabaev E. I. (Uzbekistan)
member of the Russian Academy of Sciences
M.D. professor Onishenko G.G. (Moscow)
M.D. professor Pawlotsky J.-M. (France)
M.D. professor Papatheodoridis G. (Greece)
member of the Russian Academy of Sciences
M.D. professor Pokrovskiy V.V. (Moscow)
member of the Russian Academy of Sciences
M.D. professor Pokrovskiy V. I. (Moscow)
M.D. professor Prati D. (Italy)
M.D. professor Semenov V.M. (Belarus)
member of the Russian Academy of Sciences
M.D. professor Sergiev V.P. (Moscow)
M.D. professor Sizdikov M.S. (Kazakhstan)
M.D. professor Timchenko V.N. (Saint-Petersburg)
member of the Russian Academy of Sciences
M.D. professor Totolan A.A. (Saint-Petersburg)
member of the Russian Academy of Sciences
M.D. professor Uchaykin V.F. (Moscow)
foreign member of the Russian Academy of Sciences
M.D. professor Franko de Roza (Italy)
C.M.S. professor Shirokova V.I. (Moscow)

Ассоциированный член редакционного совета – Международная общественная организация «Евро-Азиатское общество по инфекционным болезням»
Журнал включен в перечень российских рецензируемых научных журналов, в которых должны быть опубликованы основные научные результаты диссертаций на соискание ученых степеней доктора и кандидата наук

«Журнал инфектологии» – периодическое научно-практическое рецензируемое издание.

Журнал зарегистрирован в Федеральной службе по надзору в сфере массовых коммуникаций, связи и охраны культурного наследия.

Свидетельство о регистрации ПИ №ФС 77-33952 от 01.11.2008 г. Издается ежеквартально. Тираж 500 экз.

Полное или частичное воспроизведение материалов, содержащихся в издании, допускается с письменного разрешения редакции.

Ссылка на «Журнал инфектологии» обязательна.

Адрес редакции: 197022, Санкт-Петербург, улица Профессора Попова, д. 9, тел: 8(812)234-60-04; факс: 8(812)234-96-91; Сайт журнала www.journal.niidi.ru; e-mail: gusevden-70@mail.ru
Индекс для подписки в Каталоге российской прессы «Почта России» 74516

Журнал входит в индекс научного цитирования www.elibrary.ru. Статьи из журнала доступны на сайте www.niidi.ru, www.journal.niidi.ru

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
МЕЖДУНАРОДНАЯ ОБЩЕСТВЕННАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ
«ЕВРО-АЗИАТСКОЕ ОБЩЕСТВО ПО ИНФЕКЦИОННЫМ БОЛЕЗНЯМ»
ФЕДЕРАЛЬНОЕ МЕДИКО-БИОЛОГИЧЕСКОЕ АГЕНТСТВО
ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
«НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ ИНСТИТУТ ДЕТСКИХ ИНФЕКЦИЙ»
КОМИТЕТ ПО ЗДРАВООХРАНЕНИЮ САНКТ-ПЕТЕРБУРГА
АССОЦИАЦИЯ ВРАЧЕЙ-ИНФЕКЦИОНИСТОВ САНКТ-ПЕТЕРБУРГА
И ЛЕНИНГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ
САНКТ-ПЕТЕРБУРГСКАЯ НАУЧНАЯ ОБЩЕСТВЕННАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ
«ЦЕНТР ИЗУЧЕНИЯ КЛЕЩЕВЫХ, НОВЫХ И ВОЗВРАЩАЮЩИХСЯ ИНФЕКЦИЙ»
ОБЩЕСТВЕННАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ «ЧЕЛОВЕК И ЕГО ЗДОРОВЬЕ»
АССОЦИАЦИЯ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИХ ПРОИЗВОДИТЕЛЕЙ
ЕВРАЗИЙСКОГО ЭКОНОМИЧЕСКОГО СОЮЗА

IV КОНГРЕСС ЕВРО-АЗИАТСКОГО ОБЩЕСТВА ПО ИНФЕКЦИОННЫМ БОЛЕЗНЯМ

(проводится в соответствии с письмом Минздрава России от 21.04.2016 г. № 21-2/10/2-2464)



18–20 мая 2016 года
Санкт-Петербург
РОССИЯ

IV конгресс Евро-азиатского общества по инфекционным болезням / Материалы конгресса. – СПб., 2016 – 113 с.

ОРГАНИЗАЦИОННЫЙ КОМИТЕТ

Почетный председатель Евро-Азиатского Общества по Инфекционным Болезням
академик РАН профессор **Покровский В.И.** (Россия)

Президент Евро-Азиатского Общества по Инфекционным Болезням академик РАН
проф. **Лобзин Ю.В.** (Россия)

Сопредседатели Оргкомитета Конгресса

Председатель Комитета по здравоохранению Санкт-Петербурга
Колабутин В.М.

Профессор **Амиреев С.А.** (Казахстан)

Профессор **Ахмедова М.Д.** (Узбекистан)

Профессор **Де Роза Ф.** (Италия)

Профессор **Семенов В.М.** (Беларусь)

Рабочая группа оргкомитета

Ответственный секретарь:

Доцент **Волжанин В.М.** тел/факс +7 (812) 347-64-53, +7(921)961-36-44; e-mail: scs@niidi.ru

Секретари:

Доцент **Захаренко С.М.** +7 (812) 292-34-33; e-mail: infectology_vma@mail.ru

Доцент **Лебедев М.Ф.** +7 (921) 951-17-91; e-mail: lmf53@mail.ru

ГЕНЕРАЛЬНЫЙ ПАРТНЕР ОТИСИФАРМ

ГЛАВНЫЕ СПОНСОРЫ

MSD

ЭББВИ

СПОНСОРЫ

**Материа Медика
Валента**

**Джонсон & Джонсон
Р-ФАРМ**

УЧАСТНИКИ И ПОДДЕРЖИВАЮЩИЕ КОМПАНИИ

Ниармедик Плюс

Пфайзер

ГлаксоСмитКляйн

Бристол-Майер Сквибб

Петровакс Фарм

Полисан

Еврофарм

Биокодекс

Алкалоид Рус

Вилар

Альфалаб

Геден Рихтер

Завод Медсинтез

Биокад

ИНФОРМАЦИОННАЯ ПОДДЕРЖКА

Вестник инфектологии и паразитологии www.infectology.ru
www.niidi.ru

Материалы конгресса размещены в алфавитном порядке по фамилии первого автора
и представлены в авторской редакции.

нетяжёлым течением с преимущественным поражением костно-суставной системы, высоким риском формирования хронической формы и последствий в виде артрозов крупных суставов.

*Довнар-Запольская О.Н.,
Лиходиевская-Анисенко Т.А., Гацура А.И.*

К ВОПРОСУ О КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНОЙ ДИАГНОСТИКЕ ЭНТЕРОВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ У ДЕТЕЙ Г. МИНСКА

Минск, Республика Беларусь

В последние годы наметилась чёткая тенденция активизации ЭВИ в мире, о чем свидетельствуют постоянно регистрируемые в разных странах эпидемиологические подъёмы заболеваемости и вспышки.

Нами были обследованы 50 пациентов с ЭВИ в возрасте от 3 месяцев до 13 лет, получивших стационарное лечение в «Городской детской инфекционной клинической больнице» г. Минска в 2015 году. В контрольную группу вошли 54 ребёнка 1-2 группы здоровья, сопоставимые с группой пациентов с ЭВИ по полу и возрасту. Из клинических форм ЭВИ наиболее частыми были везикулёзный фарингит – у 36 (72%) и/или экзантема – у 30 (60%) пациентов. Энтерит и/или гастроэнтерит был выявлен у 22 (44%) пациентов, чаще в возрасте 6-24 месяцев. Тяжёлые формы инфекции в виде менингита и менингоэнцефалита были диагностированы у 3 детей 6, 5 и 12 лет и 2 детей 5 и 12 месяцев соответственно. Менингеальный синдром у этих пациентов был выражен частично в виде слаболокальной ригидности затылочных мышц. ЭВИ-этиология менингитов/менингоэнцефалитов была подтверждена методом ПЦР в ликворе одному пациенту на 7-е сутки заболевания, причём результаты ИФА ликвора на 7-е сутки заболевания были отрицательными. По результатам ИФА в ликворе были обнаружены специфические АТ класса IgM к ЭВИ у 3-х пациентов только на 14-е сутки заболевания, у 1 пациента – на 5-е сутки от начала болезни. При исследовании биохимического анализа крови у пациентов с ЭВИ нами было выявлено достоверное ($p < 0,01$) повышение уровня С-реактивного протеина и АСАТ ($p < 0,01$) по сравнению с контрольной группой. Наиболее выраженные изменения в общем анализе крови были выявлены у пациентов с ЭВИ первого года жизни по сравнению с аналогичными показателями в контрольной группе детей в виде достоверного снижения количества лейкоцитов ($p < 0,01$), достоверного повышения уровня палочкоядерных ($p < 0,001$), сегментоядерных форм нейтрофилов ($p < 0,001$), а также ускорения СОЭ ($p < 0,001$). Таким образом, наиболее частыми проявлениями ЭВИ у детей г. Минска являются везикулёзный фарингит и экзантема. Энтеровирусные менингиты/менингоэнцефалиты встречаются относительно редко. Изменения в гемограмме при ЭВИ у детей наиболее характерны для детей первого года жизни. Диагноз тяжёлых и редких форм ЭВИ (менингита, менингоэнцефалита, гепатита) подтверждается с использованием методов ИФА и ПЦР, причём при исследовании ликвора положительные результаты серодиагностики и ПЦР ликвора могут выявляться только на 2-й неделе заболевания.

*Довнар-Запольская О.Н., Ницевская А.И.,
Данилова Д.С.*

КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ И ОТВЕТ НА АНТИРЕТРОВИРУСНУЮ ТЕРАПИЮ У ДЕТЕЙ С ПРИОБРЕТЕННОЙ ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ

Минск, Республика Беларусь

В настоящее время ВИЧ-инфекция приобрела размах ширококомасштабной пандемии, охватив многие страны мира. С 1987 по 1 ноября 2015 г. в Беларуси от ВИЧ-инфицированных матерей родился 3051 ребёнок, из них диагноз «ВИЧ-инфекция» подтверждён 260 детям. Всего в Беларуси среди детей в возрастной группе от 0 до 14 лет зарегистрировано 279 случаев ВИЧ-инфекции. На учёте в диспансерном кабинете «Городской детской инфекционной клинической больницы» г. Минска с диагнозом ВИЧ-инфекция на 26.02.2016 г. состоит 34 ребёнка, из них 19 (55,9%) – с приобретённой и 15 (44,1%) – с врождённой ВИЧ-инфекцией; 2 пациента имеют ко-инфекцию хронического гепатита С. Среди них мальчиков – 19 (55,9%), девочек – 15 (44,1%).

Возраст постановки диагноза приобретённой ВИЧ-инфекции детям был следующим: 1-3 года – 9 (47,3%) детей, 4-7 лет – 6 (31,6%), 7-17 лет – 4 (21,1%) пациента. Большинство детей с приобретённой ВИЧ-инфекцией – 11 (57,9%), – диагноз был выставлен после выявления у матери ВИЧ, 2-м подросткам при постановке на учёт к наркологу, 2 детям – при изъятии из семьи, 3 ребёнка были обследованы на ВИЧ по клиническим показаниям: генерализованная лимфаденопатия в течение 2-х месяцев, гепатоспленомегалия и рецидивирующая герпетическая инфекция – у 2-х пациентов; двусторонний сиалоденит, тромбоцитопения – у 1 пациента. Пациент с IV клинической стадией ВИЧ-инфекции был обследован на ВИЧ по поводу генерализованной вирусно-бактериальной инфекции на фоне задержки физического развития (рост и вес ниже 3 центили). В I клинической стадии на момент постановки диагноза находились 2 (11%) ребёнка (вирусная нагрузка у них была на уровне 5100-6300 копий/мл, уровень CD4 клеток 22,7-24%), во II клинической стадии – 6 (32%) детей (вирусная нагрузка – 500-469000 копий/мл, CD4 – 25,2-42,9%), в III клинической стадии – 10 (53%) детей (вирусная нагрузка – 6400-800000 копий/мл, CD4 – 12,4-28,1%), в IV клинической стадии – 1 (5%) ребёнок (вирусная нагрузка – 140000 копий/мл, CD4 – 5,4%).

На момент наблюдения 15 (78,9%) пациентов с приобретённой ВИЧ-инфекцией получают антиретровирусную терапию в течение от 2 до 6 лет, причём на фоне проводимого лечения уровень CD4 клеток более 25% сохраняется у 14 (93%) пациентов, только у 1 (7%) пациента имеет место умеренная иммуносупрессия (CD4 22%). Не получают ВААРТ 4 (21%) пациента из-за отсутствия показаний: пациенты в I и II клинической стадии без признаков иммунодефицита (CD4 более 25%). На фоне проводимой ВААРТ 13 (87%) пациентов с приобретённой ВИЧ-инфекцией имеют неопределяемую вирусную нагрузку, у 2 (13%) пациентов сохраняется вирусная нагрузка на уровне 520-3700 копий/мл из-за несоблюдения комплаенса (дети из семей, где родители являются потребителями инъекционных наркотиков).

Таким образом, можно сделать следующие выводы: большинству пациентов диагноз приобретённой ВИЧ-инфекции был выставлен во II и III клиническую стадию,

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.

Егемердиева 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- наркотребитель 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-