

Хватюк А.Ю., Домарад В.Р.
**КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ КРИПТОККОГОВО МЕНИНГОЭНЦЕФАЛИТА У
РЕБЕНКА**

Научный руководитель: к.м.н., доц. Ластовка И.Н.

*Кафедра детских инфекционных болезней с курсом повышения квалификации и
переподготовки*

Белорусский государственный медицинский университет

Актуальность. Криптококковый менингоэнцефалит (КМЭ) вызывается капсулированными дрожжами *Cryptococcus neoformans* и развивается у лиц с нарушением клеточного иммунитета. Актуальность оппортунистических микозов обусловлена поздней диагностикой иммунодефицита, отказом от приема антиретровирусной терапии пациентами, живущими с ВИЧ (вирусом иммунодефицита человека).

Цель: изучить особенности оппортунистической нейроинфекции, криптококкового менингоэнцефалита, на примере клинического случая у иммунокомпрометированного ребенка на основании анамнеза, клинических проявлений, лабораторных и инструментальных методов исследования.

Материалы и методы. Анализ медицинской документации пациента 12 лет с диагнозом: «ВИЧ-инфекция, клиническая стадия 4 (грибковый менингоэнцефалит, рецидивирующие вирусно-бактериальные инфекции). ДМТ 2 ст. Тяжелый иммунодефицит CD4+ 2% (20 кл/мкл). Оральный кандидоз».

Результаты и их обсуждение. 16 ноября 2014 года в районную детскую больницу поступил мальчик 12 лет с жалобами на интенсивную головную боль, субфебрильную температуру тела, рвоту, снижение аппетита. Анамнез: в течение последних 1,5 лет у ребенка регистрировались частые бактериальные инфекции, периодически беспокоили головные боли. В связи с наличием общемозговой симптоматики, 18.11.2014 г. на основании результатов люмбальной пункции был выставлен диагноз «Серозный менингит неуточненный», ребёнок переведен в инфекционное отделение ЦРБ, где при повторном исследовании ликвора выявлены бластопопы и псевдомицелий дрожжевых грибов, идентификация *Cryptococcus neoformans* в ликворе проведена позже, в лаборатории г.Минска, пациент тестирован на ВИЧ (2 ИФА, иммуноблот, анализ крови на CD4+), по результатам анализов выставляется диагноз «ВИЧ-инфекция, клиническая стадия 4 (грибковый менингоэнцефалит, рецидивирующие вирусно-бактериальные инфекции). Дефицит массы тела (ДМТ) 2 ст. Тяжелый иммунодефицит CD4+ 2% (20 кл/мкл). Оральный кандидоз». 03.12.2014 года ребенок переводится в УЗ «ГДИКБ» г. Минска. На момент поступления в ОАиР УЗ «ГДИКБ» общее состояние тяжелое, выражены явления интоксикации, общемозговая симптоматика, положительные менингеальные симптомы. Проводимое лечение: амфотерицин В, меропенем, азитромицин, триметоприм/сульфаметоксазол, иммуноглобулин человека нормальный, дексаметазон, маннитол, старт антиретровирусной терапии был отложен до клинического улучшения по менингоэнцефалиту. С 12.12.2014 г. – отрицательная динамика за счет нарастания внутричерепной гипертензии (ВЧГ) в виде усиления головной боли, ухудшения зрения и слуха, появились гиперсаливация и поперхивание, изменение плана лечения (добавлен флуконазол и отменен дексаметазон), осуществлен перевод на ИВЛ. 18.12.2014г. состояние ребенка оценивается как крайне тяжелое, тяжесть определяется отеком головного мозга, грубыми очаговыми изменениями в ЦНС, развивается СПОН, замена меропенема на ципрофлоксацин. 30.12.2014 г. констатирована биологическая смерть.

Выводы. Возможности обследования пациентов на ВИЧ-инфекцию в Республике Беларусь широко доступны, особенно при наличии показаний, которые были у ребёнка: дефицит массы тела, рецидивирующие бактериальные инфекции в течение последних 1,5 лет, необъяснимая головная боль, нарастающая в динамике. Раннее выявление ВИЧ-инфекции,

раннее назначение антиретровирусной терапии позволяет снизить вирусную нагрузку до неопределяемой, восстановить количество CD4+ клеток и предотвратить развитие оппортунистических инфекций.