

проводимости. В диагностике функциональных нарушений при энцефалитах значимость зрительных вызванных потенциалов составила 87,5%, ССВП n. tibialis - 76,1%, ССВП n. medianus - 51,2%, акустических стволовых вызванных потенциалов - 54,3%, что в совокупности позволяет увеличить на 46,6% диагностику распространенности поражения ЦНС по сравнению с изолированными данными МРТ. Для прогнозирования течения и исходов энцефалитов у детей, в дополнение к стандартным показателям проводимости, информативными являются также амплитуды корковых соматосенсорных потенциалов, а также степень и продолжительность их нарушений, комплексный анализ которых в сочетании с данными клинико-неврологических нарушений и последующим расчетом линейно-классификационных функций позволяет достоверно уточнить течение заболевания с эффективностью до 71,7%, а исход заболевания - до 83,8%.

Корягин В.Н., Ермоленко К.Д.

КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ОСТРОЙ ЦИТОМЕГАЛОВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ У ПАЦИЕНТОВ БЕЗ ИММУНОДЕФИЦИТА

Санкт-Петербургский государственный университет, медицинский факультет, кафедра инфекционных болезней и дерматовенерологии, lermolenko1@yandex.ru

Цитомегаловирусная инфекция в настоящее время характеризуется широкой циркуляцией вируса среди населения и разнообразием возможных путей передачи. На сегодняшний день достаточно глубоко изучены клинико-лабораторные аспекты острой цитомегаловирусной инфекции преимущественно у больных с иммунодефицитом. Разработанные принципы клинической диагностики применимы также в основном для пациентов из данной группы. Вместе с тем, в последние время всё чаще наблюдаются проявления острой цитомегаловирусной инфекции (ЦМВИ) у пациентов без серьезных нарушений иммунной системы.

Целью данной работы было изучить клинико-лабораторные проявления различных форм ЦМВИ на примере больных без выраженного иммунодефицита.

Для проведения работы методом сплошной выборки был отобран 31 больной в возрасте от 18 до 40 лет, госпитализированные на различные отделения инфекционной больницы имени С.П.Боткина в период с января по ноябрь 2011 г. Исследуемый контингент состоял из 14 (45,2%) -женщин, и 17 (54,8%) - мужчин. Средний возраст составил 27,4 лет ($\pm 2,27$).

Отбор пациентов осуществлялся на основании клинических данных и результатов лабораторных исследований. Наличие IgM к ЭБВ или ЦМВ

определялось методом иммуноферментного анализа (ИФА). ДНК вирусов выявлялась методом полимеразной цепной реакции.

Для проведения клинико-статистического сопоставления больные были сгруппированы в 3 группы: в первую группу вошло 15 больных с преимущественным поражением верхних дыхательных путей, во вторую – 10 больных с преимущественным поражением печени, в третью группу – 6 больных с цитомегаловирусным поражением центральной нервной системы.

Критерием исключения было наличие тяжелой сопутствующей патологии, а также хронических и острых инфекционных заболеваний с поражением печени и верхних дыхательных путей (вирусные гепатиты, туберкулез). Пациенты с ВИЧ-инфекцией из исследования также исключались.

У всех пациентов был выполнен стандартный минимум диагностического обследования, включавший клинический анализ крови, биохимический анализ крови с определением уровней аланинаминотрансферазы (АлАТ) и аспартатаминотрансферазы (АсАТ), липазы, амилазы, гамма-глутамилтранспептидазы (ГГТП), ревматоидного фактора, С-реактивного белка (СРБ), щелочной фосфатазы (ЩФ) на момент поступления, а также на 1,2 и 3 неделях госпитализации. У пациентов с поражением центральной нервной системы проводилась люмбальная пункция и исследование спинномозговой жидкости. Большое внимание уделялось жалобам и данным объективного осмотра больных. Оценивались время появления симптомов, длительность их персистирования, динамика угасания и их интенсивность. У ряда пациентов проводились дополнительно инструментальные исследования: ультразвуковое исследование (УЗИ), рентгенография и фиброгастроскопия.

Математическая обработка полученных данных осуществлялась с использованием программ Excel (Microsoft Inc. 1985-2011), IBM SPSS STATISTICS 19.0. Достоверность отличий между группами оценивали с использованием t-критерия Стьюдента.

При анализе полученных результатов был выявлен ряд закономерностей протекания ЦМВИ. У всех пациентов заболевание протекало с разной степени выраженности вовлечением в патологический процесс дыхательной, лимфатической и гепатобилиарной систем. Для ЦМВИ было характерно постепенное начало, с медленным развитием симптомов, длительным повышением температуры до субфебрильных величин и сохранением клинической картины более 2-3 недель госпитализации.

У пациентов из первой группы ведущими клинической картине были симптомы поражения верхних дыхательных путей и лимфаденопатии. У 53,3% отмечалась яркая гиперемия зева и гипертрофия миндалин I-II степени. В 80% случаев отмечалось наиболее выраженное увеличение подчелюстных

лимфатических узлов (до 1,5 – 2 см) с одновременным поражением лимфоузлов шейной, затылочной, подмышечной и паховой групп.

Цитомегаловирусный менингоэнцефалит характеризовался более тяжелым состоянием пациентом, чем при других формах. Заболевание протекало с общемозговой, очаговой и менингеальной симптоматикой. В данной группе в отличие от пациентов с другими формами ЦМВИ отмечалось острое начало инфекции с быстрым подъемом температуры до фебрильных (83%) или пиретических величин (17%) умеренно выраженным и синдромом лимфаденопатии минимальными признаками поражения печени.

Биохимические признаки поражения печени отмечались у 93,5% пациентов не зависимо от группы исследования. Наиболее информативным показателем оказался уровень повышения АлАТ. Для ЦМВИ было характерно умеренное (не более 10-15 норм), но длительное по времени повышение данного показателя. При цитомегаловирусном гепатите повышение трансаминаз было более выраженным и сопровождалось в 70% случаев желтухой, кожным зудом (50% случаев), тяжестью в правом подреберье (80%). У 40% больных на фоне данной патологии при УЗИ брюшной полости выявлялись признаки поражения желчевыводящих путей.

В клиническом анализе крови при цитомегаловирусной инфекции отмечался лейкоцитоз с лимфоцитозом, умеренное повышение СОЭ, появление атипичных мононуклеаров. Причем наиболее яркие изменения отмечались у пациентов в первой и второй группах. В то время как при менингоэнцефалите показатели крови были наиболее близки к нормальным, что не коррелировало с тяжестью данной формы ЦМВИ.

Таким образом, клиническая картина цитомегаловирусной инфекции у иммунокомпетентных лиц многообразна и часто имитирует клинику ОРВИ, вирусного гепатита, и нейроинфекций. Несмотря на общность патогенетических механизмов развития различных форм ЦМВИ, имеются существенные различия в клинических и лабораторных показателях, что не позволяет отказаться от специфической идентификации возбудителя, как основного метода диагностики этого заболевания.