

опортуністичних інфекцій, в тому числі і від туберкульозу.

Висновки: Таким чином, проведений аналіз показав, що:

- лише 68% хворих продовжили приймати антиретровірусну терапію через п'ять років після призначення ВААРТ,
- лише через 24 місяці прийому АРТ препаратів, можна побачити переважання кількості хворих з рівнем CD4 клітин більше ніж $350 \cdot 10^3/\text{л}$ клітин.

Отже, своєчасне звернення ВІЛ-інфікованих за медичною допомогою, як і раннє призначення ВААРТ дає значно виражений позитивний імунологічний ефект, тому приведе до зменшення проявів опортуністичних інфекцій, які можуть бути причиною смерті ВІЛ-інфікованих хворих.

ДЕЯКІ ОСОБЛИВОСТІ СЕРОЗНИХ МЕНІНГІТІВ ЕНТЕРОВІРУСНОЇ ЕТІОЛОГІЇ У ДІТЕЙ

Л.Р. Шостакович-Корецька¹, І.В. Будаєва¹, Г.О. Ревенко¹, О.В. Кузьменко², В.В.

Олійник³, М.І. Каліберда⁴

¹ДЗ «Дніпропетровська державна медична академія МОЗ України», м. Дніпро, Україна

²ДУ «Дніпропетровський обласний лабораторний центр МОЗ України»,

м. Дніпро, Україна

³КЗ «Міська дитяча клінічна лікарня № 1», м. Дніпро, Україна

⁴КЗ «Міська дитяча поліклініка № 1», м. Дніпро, Україна

Актуальність: В структурі нейроінфекцій в педіатричній практиці на долю серозних менінгітів припадає близько 70% і частіше за все етіологічним чинником є ентеровіруси. Вони несуть відповідальність за щорічні сезонні епідемії (влітку і восени) асептичного менінгіту в умовах помірного клімату.

Мета дослідження: Вивчити особливості клінічного перебігу та діагностики ентеровірусних менінгітів у дітей.

Методи дослідження: Проведено ретроспективний аналіз історій хвороб 33 дітей, що перебували на лікуванні з діагнозом ентеровірусний менінгіт у 2015 році. У всіх випадках діагноз був підтверджений визначенням РНК вірусу у лікворі. Вікова структура хворих коливалась від 3 до 17 років. Гендерний склад становив: 15 (45,4%) хлопців та 18 (54,6%) дівчат.

Результати дослідження та їх обговорення

Всі хворі відмічали гострий початок хвороби з підвищення температури тіла до 37,5-38,5 °С. Характерною особливістю клінічних проявів менінгіту у всіх хворих була дисоціація менінгеальних симптомів: були відсутні симптоми Керніга, Брудзинського. У 26 (78,8%) дітей домінуючим симптомом була ригідність м'язів потилиці. У 4 (12,1%) хворих менінгеальні симптоми при надходженні у стаціонар взагалі не визначалися, але серед клінічних проявів домінували помірний головний біль та блювання, що стало приводом для встановлення помилкового попереднього діагнозу «Гастрит». У 3 (9,0%) хворих були відсутні менінгеальні симптоми та єдиним проявом лікворної гіпертензії був інтенсивний головний біль з блюванням або без, що дозволило лікарю припустити «Менінгіт» і призначити дослідження спинномозкової рідини з діагностичною метою.

При надходженні в стаціонар у 26 (78,8%) пацієнтів спостерігався незначний лейкоцитоз ($10,6-13,8 \cdot 10^9/\text{л}$), у решти хворих відзначався нормоцитоз; лейкопенії не було у жодного хворого. Нейтрофілоз (за процентним вмістом – 69-84%) відзначався

практично у всіх пацієнтів. ШОЕ у 16 (48,5%) хворих була дещо збільшена (11-16 мм / год), у одного хворого – 30 мм / год, у інших не відрізнялася від норми.

При дослідженні ліквору в першу добу спостереження мав місце плеоцитоз, що коливався від 12 до 480 клітин в 1 мкл, тільки у одного хворого відзначався нехарактерний для серозного ентеровірусного менінгіту плеоцитоз 1 057 кл в 1 мкл спинномозкової рідини. У 28 (84,8%) дітей плеоцитоз характеризувався переважанням нейтрофілів, що виправдовувало призначення емпіричного антибіотика (цефтриаксону) у перші кілька діб захворювання до отримання результатів дослідження ліквору на виявлення РНК ентеровірусу. Біохімічні показники спинномозкової рідини (глюкоза, хлориди, протеїн) у хворих не відрізнялися від норми.

Надійним критерієм диференціальної діагностики між вірусним і бактеріальним захворюваннями є визначення С-реактивного протеїну (СРП). У всіх хворих результат був негативний. Зазначений факт підтверджує важливе діагностичне значення даного показника в вирішенні питання про необхідність призначення антибактеріальної терапії. Характерним було відсутність кореляції між СРП і наявністю нейтрофільозу та лейкоцитозу в гемограмі і нейтрофильного плеоцитозу в лікворі, що ще раз підтверджує надійність СРП при проведенні диференційної діагностики між бактеріальним та вірусним захворюваннями взагалі і, в даному випадку, при ентеровірусному менінгіті. СРП можна використовувати як критерій відмови від початкового емпіричного застосування антибіотиків відразу після отримання результатів дослідження на СРП.

Електрокардіографічне обстеження було проведено 39,4% (n=13) хворим. З них у 76,9% (n=10) хворих були ознаки ураження серця на ЕКГ переважно у вигляді ураження провідної системи: брадиаритмія (найбільш часто – у 53,8% (n=7) пацієнтів), тахіаритмія, ектопічний правопередсердний ритм, ектопічний правошлуночковий ритм, неповна блокада правої ніжки пучка Гіса, міграція водія ритму, поодинокі екstrasистоли з області AV-з'єднання, подовження QT і вкорочення PQ, порушення реполяризації шлуночків. У 23,1% (n=3) хворих на ЕКГ патології не було. Ці дані свідчать про доцільність включення в обов'язковий алгоритм ЕКГ-обстеження і визначення кардіологічних маркерів некрозу (КФК-МВ, тропоніну-I, АсАТ, АлАТ, фракції ЛДГ) при обстеженні хворих на ентеровірусний менінгіт.

Верифікація етіології захворювання проводилась шляхом визначення РНК ентеровірусу в спинномозковій рідині.

Всі пацієнти виписані з повним одужанням через 5-12 діб, ускладнення не спостерігались.

Висновки: Отже, характерним є легкий і середньоважкий перебіг серозних менінгітів ентеровірусної етіології зі сприятливим прогнозом. У частини хворих відсутній характерний менінгеальний синдром. Серед клінічних проявів захворювання домінував інтенсивний головний біль з або без блювання при дисоціації або відсутності менінгеальних симптомів. Доцільно виробити тактику стосовно діагностики маломаніфестних форм менінгіту і розширити показання для проведення люмбальної пункції та дослідження ліквору з діагностичною метою. С-реактивний протеїн є надійним рутинним критерієм для вирішення питання про застосування антибіотиків. Також рекомендується додатково ввести наступні «кардіодослідження» (кардіомаркери некрозу, ЕКГ, УЗД серця) в обов'язковий перелік дослідження при встановленні діагнозу ентеровірусної інфекції.