

(антибактериальная терапия с учетом чувствительности микрофлоры, внутривенное введение иммуноглобулинов);

- лечение миелотоксического агранулоцитоза.

Практически у 80–90% пациентов с ОЛ в период индукции ремиссии возникают различные инфекционные осложнения. Главный принцип лечения всех инфекций – эмпирическая поэтапная антибактериальная терапия с дальнейшим изменением спектра используемых антибиотиков в соответствии с результатами микробиологического мониторинга [1].

### **ВЫВОДЫ**

1. Всего за период с 2019 по 2023 год было выявлено 116 случаев заболевания ОМЛ от 28 до 83 лет. Средний возраст пациентов составил 57 лет. Соотношение мужчин и женщин 1:1,7.

2. Анализ заболеваемости показал, что в 2023 году была самая высокая выявляемость ОМЛ среди взрослого населения Гомельской области: 2,2 на 100000 населения. Самая низкая выявляемость заболевания была в 2021:2022 гг., 1,4:1,2 на 100000 населения соответственно.

3. Среди заболеваемости острым миелоидным лейкозом преобладали М1-М2 – 66,7% (n=78).

4. Общая пятилетняя выживаемость составила – 30,2 % (n=35). Смертность на этапе индукции 31% (n=36).

5. В 82% причиной летальности являлись инфекционные осложнения.

6. Наивысшие показатели общей выживаемости наблюдались при ОПЛ (М3).

### **СПИСОК ИСТОЧНИКОВ**

1. Новикова, И. А. Клиническая и лабораторная гематология // И. А. Новикова, С. А. Ходулева. – Минск: Выш. шк., 2023. – С. 400.
2. Волковой, М. А. Клиническая онкогематология // М. А. Волковой. – М.: ОАО «Издательство «Медицина», 2007. – С. 1120.
3. Читанова Т.В. Острый миелобластный лейкоз / Т. В. Читанова. – Текст: электронный // ГЕНОКАРТА Генетическая энциклопедия. – 2019. – URL: [https://www.genokarta.ru/disease/Ostryj\\_mieloblastnyj\\_lejkoz\\_](https://www.genokarta.ru/disease/Ostryj_mieloblastnyj_lejkoz_) (дата обращения: 27.03.2024).
4. Белоусов, К. А. Результаты лечения острого миелобластного лейкоза в реальной клинической практике / К. А. Белоусов, А. К. Голенков, Е. В. Катаева // Альманах клинической медицины. – 2015. – № 41. – С. 66-71.
5. Клинико-лабораторная характеристика миелодиспластического синдрома / С.А.Ходулева, Д.К.Новик [и др.] // Сборник тезисов XVI международной научно-практической конференции им. Атабабара Б.А., «Экология, радиация, здоровье», посвященной 70-летию на НАО «Медицинский университет семей» 28-29 августа 2023 г., г. Семей, Казахстан. - С. 223-225.

### **Сведения об авторах**

В.В. Шаферова\* – студент лечебного факультета

С.А. Ходулева – кандидат медицинских наук, доцент

### **Information about the authors**

V.V. Shaferova\* – Student of medical Faculty

S.A. Hoduleva – Candidate of Sciences (Medicine), Associate Professor

\*Автор, ответственный за переписку (Corresponding author):

schaferova.veronika@yandex.by

УДК: 616.72-002-031.13

## **КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ОЛИГОАРТРИТА У МУЖЧИНЫ, ВЫЗВАННОГО NEISSERIA MENINGITIDIS СЕРОГРУППЫ W-135**

Шоева Судоба Махмудовна<sup>1</sup>, Фоминых Мария Игоревна<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>Кафедра госпитальной терапии

ФГБОУ ВО «Уральский государственный медицинский университет» Минздрава России

<sup>2</sup>ГБУЗ СО «Центральная городская больница № 7»

Екатеринбург, Российская Федерация

### **Аннотация**

**Введение.** Менингококковая инфекция имеет разнообразные клинические формы – от локализованных (назофарингита и менингококконосительства) до генерализованных, среди которых – молниеносные, крайне тяжелые, часто приводящие к летальному исходу в течение нескольких часов. Редкой формой менингококковой инфекции является менингококковый артрит, который может вызвать сложности диагностики и привести к неправильной тактике ведения больного. **Цель исследования** – демонстрация клинического случая олигоартрита у мужчины, вызванного Neisseria meningitidis серогруппы W-135. **Материал и методы.** В рамках работы были

собраны жалобы и анамнез, проведен осмотр пациента. Также в работе проанализированы данные результатов лабораторных и инструментальных методов исследований из медицинской карты стационарного больного. **Результаты.** Представлен клинический случай менингококкового артрита у пациента 39 лет без иных проявлений менингококковой инфекции. **Выводы.** Менингококковый артрит — это редкое заболевание, требующее комплексного диагностического и лечебного подхода. Важно проводить своевременную диагностику и начинать лечение как можно раньше, чтобы предотвратить развитие осложнений и снизить риск инвалидизации пациента. Дальнейшие исследования на эту тему необходимы для улучшения тактики ведения больных. **Ключевые слова:** Neisseria meningitidis, менингококковый артрит.

## A CLINICAL CASE A CLINICAL CASE OF OLIGOARTHRITIS IN A MAN CAUSED BY NEISSERIA MENINGITIDIS SEROGROUP W-135

Shoeva Sudoba Makhmudovna<sup>1</sup>, Fominykh Maria Igorevna<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>Department of Hospital Therapy

Ural State Medical University

<sup>2</sup>Central City Hospital №7

Yekaterinburg, Russia

### Abstract

**Introduction.** Meningococcal infection has a variety of clinical forms – from localized (nasopharyngitis and meningococcal disease) to generalized, among which are lightning-fast, extremely severe, often fatal within a few hours. A rare form of meningococcal infection is meningococcal arthritis, which can cause difficulties in diagnosis and lead to incorrect management tactics. **The aim of the study** was to demonstrate a clinical case of oligoarthritis in a man caused by Neisseria meningitidis serogroup W-135. **Material and methods.** As part of the work, complaints and anamnesis were collected, and an objective examination of the patient was carried out. Also, the data of the results of laboratory and instrumental research methods from the medical record of an inpatient patient were used in the work. **Results.** A clinical case of meningococcal arthritis in a 39-year-old patient without other manifestations of meningococcal infection is presented. **Conclusion.** Meningococcal arthritis is a rare disease that requires a comprehensive diagnostic and therapeutic approach. It is important to carry out timely diagnosis and start treatment as early as possible in order to prevent the development of complications and reduce the risk of disability of the patient. Further research on this topic is needed to improve patient management tactics.

**Keywords:** Neisseria meningitidis, meningococcal arthritis.

### ВВЕДЕНИЕ

Клинические проявления менингококковой инфекции, вызванной бактерией Neisseria meningitidis, разнообразны: от бессимптомного носительства до, представляющего собой угрозу жизни, менингита. Шесть серогрупп менингококков являются патогенными для человека: А, В, С, W, Y, X [2]. Частота артрита на фоне менингококковой инфекции, варьирует от 2% до 12,5% и относится к редким формам [1,2]. При поиске в базе данных PubMed®, по ключевым словам: «meningococcal arthritis» фильтром у взрослых пациентов выявлено 58 публикаций с 1973г по настоящее время, что говорит о редкой частоте встречаемости менингококкового артрита. Менингококковый артрит поражает, как правило, крупные суставы, такие как коленные, тазобедренные, голеностопные, плечевые [3]. И хотя менингококковый артрит не приводит к хроническому поражению суставов, такие нетипичные проявления затрудняют диагностику менингококковой инфекции у пациентов.

**Цель исследования** – демонстрация клинического случая олигоартрита у мужчины, вызванного Neisseria meningitidis серогруппы W-135.

### МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

В рамках работы были собраны жалобы и анамнез, проведен осмотр пациента. Также в работе проанализированы данные результатов лабораторных и инструментальных методов исследований из медицинской карты стационарного больного.

### РЕЗУЛЬТАТЫ

Пациент мужчина 39 лет, поступил в отделение неотложной терапии городской клинической больницы г. Екатеринбурга 06.10.2023г.с жалобами на повышение температуры тела до 38-40°С, боль и припухлость, гиперемия в левом коленном, левом голеностопном, ограничение подвижности в суставах при ходьбе, общая слабость, одышка при ходьбе, головная боль не беспокоила, сыпи нет. Из анамнеза заболевания известно, что первые симптомы появились за три дня до госпитализации 03.10.2023, когда на фоне полного

благополучия вечером резко повысилась температура тела до 40°C, сопровождающаяся ознобом, пациент самостоятельно принимал ибупрофен 400 мг, вследствие чего температура снизилась до 38°C. Возникновение заболевания мужчина связал с возможной простудой, в контакте с инфекционными больными не был. 04.10.2023 отмечал периодически повышение температуры тела до 39°C, продолжил прием ибупрофена до 4 таблеток в сутки, температура снижалась до 38°C с последующим повышением через 4-5 часов, появилась слабость, одышка при ходьбе по дому. 05.10.2023 появилась боль, припухлость и гиперемия в левом голеностопном, левом коленном суставе, стал отмечать ограничение подвижности в данных суставах, в связи с чем вызвал бригаду скорой медицинской помощи, был доставлен в приемное отделение городской клинической больницы г. Екатеринбурга с диагнозом «Острый тромбоз глубоких вен слева». Осмотрен хирургом, выполнено УЗИ вен нижних конечностей. Диагноз исключен, поставлен предварительный диагноз «Полиартрит», госпитализирован в отделение неотложной терапии. В отделении назначено обследование, поставлен предварительный диагноз недифференцированный артрит, вероятно на фоне неуточненной инфекции, в связи с вышеперечисленными жалобами начата антибактериальная терапия (амоксциллин + клавулановая кислота), НПВС (диклофенак), инфузионная терапия (раствор Рингера). На фоне лечения через двое суток температура снизилась до субфебрильных значений, однако появилась боль и припухлость в правом плечевом суставе, ограничение движения, НПВС (диклофенак) без эффекта. Анамнез жизни: наследственность не отягощена. Туберкулез, ВИЧ, сифилис, вирусные гепатиты, хронические сопутствующие заболевания, операции, травмы отрицает. С больными с респираторными инфекциями в последние 14 дней не контактировал, за пределы региона не выезжал. Вредных привычек, профессиональных вредностей не имеет. Проживает один, разведен. Дети школьного возраста, за последние 14 дней в контакте с ними не был.

Осмотр на момент курации пациента 11.10.2023 (6 сутки госпитализации): состояние средней степени тяжести, сознание ясное, положение активное, в месте и времени ориентирован. Температура 37,1°C. Кожа физиологической окраски, влажная, слизистые розовые, незначительная гиперемия зева. Сыпи, кровоизлияний, шелушений на коже нет. Пастозность стоп. Лимфоузлы не пальпируются. Щитовидная железа не увеличена. Левый голеностопный сустав, левый коленный и правый плечевой суставы отечны, гиперемированы, горячие наощупь, болезненны при пальпации. В легких дыхание везикулярное, ЧДД = 19 в мин, SpO2 – 98%. Конституция гиперстеническая, ИМТ=26,86 кг/м<sup>2</sup>. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. ЧСС – 80 уд/мин. АД = 130/90 мм.рт.ст. Язык влажный, слегка обложен белым налетом. Живот мягкий, безболезненный. Край печени не выступает из-под реберной дуги. Область почек не изменена. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Со слов пациента стул, диурез в норме.

Результаты лабораторных и инструментальных исследований:

Общий анализ крови 06.10.2023: RBC - 4,08x10<sup>9</sup>/л, HGB – 124 g/L; HCT – 35,2%; MCV - 86.2 fL, MCH – 30.4 pg, VCHC - 352 g/L, PLT – 170x10<sup>9</sup> /л; **WBC – 12,28x10<sup>9</sup>/л, NEUT# – 12,28x10<sup>9</sup>/л.**

Биохимический анализ крови от 06.10.23: АЛТ – 22,9 ЕД/л, АСТ – 24,4 ЕД/л, КФК – 66,7 ЕД/л, КФК-МБ – 14 ЕД/л, креатинин – 77,8 мкмоль/л, **альфа-амилаза – 20 ЕД/л, СРБ – 139,15 – мг/л.**

Биохимический анализ крови от 13.10.23: **общий белок – 64,3 г/л**, креатинин 68,8 мкмоль/л, АЛТ – 28,8 ЕД/л, глюкоза – 5,6 ммоль/л, билирубин непрямой – 3,9 мкмоль/л, билирубин общий – 6,9 мкмоль/л, билирубин прямой 3,0 мкмоль/л, АСТ – 37,8 ЕД/л, **ферритин – 609,3 нг/мл, СРБ – 160,84 мг/г.**

Общий анализ мочи от 09.10.23: белок (качественный) – отсутствует, билирубин (количественный) – 17,0 мкмоль/л, уробилиноген (количественный) – 17,0 мкмоль/л, кровь (эритроциты, качественно) - отсутствуют, рН – 5,5, глюкоза – отсутствует, кетоны (качественно) – отсутствуют, лейкоциты (качественно) – отсутствуют, относительная плотность – 1020.

Коагулограмма от 09.10.23: АЧТВ – 25,2 сек., **фибриноген – 6,97 г/л**, протромбин по Квику – 79%, протромбиновое время – 13,8 сек, **МНО – 1,22**.

ЭКГ: ритм синусовый, регулярный, ЧСС 97 в минуту, электрическая ось сердца отклонена влево, неполная блокада передней ветви левой ножки пучка Гиса.

Эхокардиографическое исследование: повышение эхогенности корня аорты и створок аортального клапана, ФВ по Симпсону 69%. Увеличение левого предсердия Митральная регургитация 1 степени. Трикуспидальная регургитация I степени.

Микробиологическое (культуральное) исследование мочи на аэробные и факультативно-анаэробные микроорганизмы: нет роста в титре  $10^2$  КОЭ/мл.

Микробиологическое (культуральное) исследование крови на стерильность: Дата 12.10.2023 Выделенные микроорганизмы: **Neisseria meningitidis серогруппа W 135**.

Проведено лечение: Амоксициллин/клавулановая кислота 1000 мг + 200 мг 3 раза в день внутривенно струйно 06-10.10.23, лорноксикам 8 мг + раствор NaCl 0,9% 1000,0 внутривенно капельно 06-13.10.23, фамотидин 20 мг + раствор Рингера 500,0 внутривенно капельно 06-13.10.23, диклофенак 3,0 внутримышечно вечером 06-12.10.23.

12.10.2023 Установлен клинический диагноз: А39.8 Другие менингококковые инфекции. Менингококковый артрит.

12.10.2023 Пациент переведен в инфекционное отделение для продолжения лечения.

### **ОБСУЖДЕНИЕ**

*Neisseria meningitidis* вызывает генерализованную менингококковую инфекцию и опасна в связи с высоким риском развития жизнеугрожающих осложнений [2]. Локализованные формы чаще всего возникают уже как осложнение генерализованной инфекции. Однако первичные локализованные и редкие формы инфекции (пневмония, назофарингит, иридоциклит, перикардит и артрит), как у нашего пациента, встречаются редко, в связи с чем их трудно диагностировать и, при корректно поставив диагноз. Менингококковый артрит возникает в результате гематогенного распространения циркулирующих бактерий и является признаком менингококковой инфекции, особенно для серотипа W [4,5]. Штаммы групп W, C и Y показали одинаковую вероятность инфекции суставов и оказались в 4–6 раз более вероятными причиной менингококкового артрита по сравнению с группой B [3]. Следует отметить, что, несмотря на низкую частоту этого заболевания, особенно у взрослых, его необходимо учитывать врачам при оценке острого олигоартрита.

### **ВЫВОДЫ**

Менингококковый артрит – это редкое заболевание, требующее комплексного диагностического и лечебного подхода. Важно проводить своевременную диагностику и начинать лечение как можно раньше, чтобы предотвратить развитие осложнений и снизить риск инвалидизации пациента. Дальнейшие исследования на эту тему необходимы для улучшения тактики ведения больных.

### **СПИСОК ИСТОЧНИКОВ**

1. Arthritis related to systemic meningococcal disease: 34 years' experience / C. Cabellos, J. M. Nolla, [et al.] // *European journal of clinical microbiology & infectious diseases*. – 2012. – Vol. 31. – P. 2661-2666.
2. Arthritis in adults with community-acquired bacterial meningitis: a prospective cohort study / M. Weisfelt [et al.] // *BMC Infectious Diseases*. – 2006. – Vol. 6. – P. 1-5.
3. An analysis of *Neisseria meningitidis* strains causing meningococcal septic arthritis in England and Wales: 2010–2020 / Gyamfi-Brobby G. [et al.] // *Journal of Infection*. – 2022. – Vol. 85, № 4. – P. 390-396.
4. The role of particular strains of *Neisseria meningitidis* in meningococcal arthritis, pericarditis, and pneumonia / P. Vienne, M. Ducos-Galand, [et al.] // *Clinical infectious diseases*. – 2003. – Vol. 37, № 12. – P. 1639-1642.
5. Грицай М. И. и др. Эпидемиологическая характеристика менингококковой инфекции в Москве // *Эпидемиология и вакцинопрофилактика*. – 2020. – Т. 19, № 2. – С. 56-62.

### **Сведения об авторах**

С.М. Шоева\* – студент педиатрического факультета

М.И. Фоминых – кандидат медицинских наук, доцент кафедры госпитальной терапии

### **Information about the authors**

S.M. Shoeva\* – Student of Pediatric Faculty

M.I. Fominykh – Candidate of Sciences (Medicine), Associate Professor, Department of Hospital Therapy

\*Автор, ответственный за переписку (Corresponding author): shoeva.g@mail.ru