

для дальнейшего обследования и лечения пациентка была переведена в профильное отделение.

ОБСУЖДЕНИЕ

Таким образом, приведенное клиническое наблюдение свидетельствует, что триггером развития бактериального менингоэнцефалита явилось осложненное течение респираторной инфекции, что позволило привести к вторичному поражению ЦНС. Несмотря на проведенный спектр лабораторных и инструментальных исследований, этиологический фактор установлен не был. На фоне комплексной терапии удалось добиться уменьшения проявлений неврологической симптоматики, санации ликвора, но сохраняющаяся стойкая гипертермия стала показанием для продолжения лечения и обследования пациентки в нейрохирургическом отделении.

ВЫВОДЫ

Представленная история болезни демонстрирует затяжное течение бактериального менингоэнцефалита. Следует отметить, что осложненное течение респираторной инфекции послужило причиной формирования генерализованной патологии ЦНС. С учетом длительности инфекционного процесса проведены повторные исследования ликворограммы, магнитно-резонансной томографии. Комплексное лечение данного состояния, включающее антибактериальную, противоотечную и нейропротективную терапию позволило уменьшить проявления энцефалитического синдрома, но не достичь полного клинического выздоровления пациента.

СПИСОК ИСТОЧНИКОВ

1. Скрипченко Н.В. Современные особенности бактериальных менингитов у детей / Скрипченко Н.В., Вильниц А.А. –Санкт-Петербург:СПбГПМУ, 2019. – 123–130.
2. Министерство здравоохранения Российской Федерации. Клинические рекомендации "Менингококковая инфекция у детей" .-2023.-25-28. -URL: https://cr.minzdrav.gov.ru/view-cr/58_2 (дата обращения:18.03.2025).-Текст:электронный
3. Скрипченко Н.В. Нейроинфекции у детей: клиника, диагностика, лечение/. Скрипченко Н.В., Иванова М.В. –Санкт-Петербург: СпецЛит, 2021. – 367.
4. Министерство здравоохранения Российской Федерации. Клинические рекомендации "Менингококковая инфекция у детей" .-2023.-10-11. -URL: https://cr.minzdrav.gov.ru/view-cr/58_2 (дата обращения:18.03.2025).-Текст:электронный
5. Учайкин В.Ф.Инфекционные болезни у детей: учебник/ Учайкин В.Ф., Нисевич Н.И - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2021. – 832.
6. Скрипченко Н.В. Современные подходы к диагностике бактериальных менингитов у детей /Скрипченко Н.В.- Санкт-Петербург:СПбГПМУ, 2021.- 45-52.

Сведения об авторах

А.В.Дроботова*- студент

Ю.О.Хлынина – кандидат медицинских наук, доцент

Information about the authors

A.V.Drobotova* - Student

Y.O.Hlynina - Candidate of Sciences (Medicine), Associate Professor

*Автор, ответственный за переписку (Corresponding author):

drobotovaanastasia611@gmail.com

УДК: 616.831.9-002.155

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ГЕНЕРАЛИЗОВАННОЙ ФОРМЫ МЕНИНГОКОККОВОЙ ИНФЕКЦИИ

Дроздacheва Анна Сергеевна¹, Щепочкина Анастасия Владимировна¹, Шарова Анна Алексеевна^{1,2}, Белоусов Виталий Витальевич^{1,2}

¹Кафедра инфекционных болезней, фтизиатрии и пульмонологии

ФГБОУ ВО «Уральский государственный медицинский университет» Минздрава России

²ГАУЗ СО «ГКБ №40»

Екатеринбург, Россия

Аннотация

Введение. В статье представлено описание клинического случая генерализованной формы менингококковой инфекции (ГФМИ) у молодого человека, отбывающего наказание в местах лишения свободы. ГФМИ характеризуется высокими показателями летальности. Клинический полиморфизм ГФМИ при отсутствии патогномичных признаков в первые часы болезни нередко является причиной поздней госпитализации. **Цель**

исследования — анализ особенностей клинического течения генерализованной формы менингококковой инфекции у пациента, отбывающего наказание в местах лишения свободы. **Материал и методы.** Проведен ретроспективный анализ анамнеза жизни и медицинских документов пациента с ГФМИ. **Результаты.** Пациент был госпитализирован в РАО №4, после стабилизации состояния переведен в профильное инфекционное отделение №1 для продолжения лечения. За время лечения в инфекционном стационаре состояние больного с положительной динамикой за счет нормализации температуры тела, улучшения общего самочувствия, улучшения лабораторных показателей, регресса кожного процесса, интоксикационного синдрома. Больной без дыхательной недостаточности, SpO2 98% на атмосферном воздухе. Гемодинамика стабильная. **Обсуждение.** Данный клинический случай интересен тем, что он демонстрирует ГФМИ, которая была поздно диагностирована: неадекватно оценена тяжесть состояния пациента (выраженные проявления общей инфекционной интоксикации, лихорадка с 1-го дня болезни и общемозговая симптоматика). **Выводы.** Раннее начало терапии повышает шансы на благоприятный исход.

Ключевые слова: менингококковая инфекция, генерализованная форма, *Neisseria meningitidis*.

A CLINICAL CASE OF GENERALIZED MENINGOCOCCAL INFECTION

Drozdacheva Anna Sergeevna¹, Shchepochkina Anastasia Vladimirovna¹, Sharova Anna Alekseevna^{1,2}, Belousov Vitaliy Vitalyevich^{1,2}

¹Department of Infectious Diseases, Phthisiology and Pulmonology

Ural State Medical University Ministry of Health of Russia

² GAUZ SO «GKB No. 40»

Yekaterinburg, Russia

Annotation

Introduction. The article describes a clinical case of generalized meningococcal infection (GMI) in a young man serving a sentence in prison. GFMI is characterized by high mortality rates. Clinical polymorphism of GFMI in the absence of pathognomonic signs in the first hours of illness is often the reason for late hospitalization. **The aim of the study** is to analyze the features of the clinical course of generalized meningococcal infection in a patient serving a sentence in prison. **Materials and methods** of research. A retrospective analysis of the life history and medical records of a patient with HFI was performed. **Results.** The patient was hospitalized in RAO No. 4, and after his condition stabilized, he was transferred to the specialized infectious diseases department No. 1 to continue treatment. During treatment in the infectious diseases hospital, the patient's condition showed positive dynamics due to normalization of body temperature, improvement of general well-being, improvement of laboratory parameters, regression of the skin process, intoxication syndrome. Patient without respiratory failure, SpO2 98% in atmospheric air. Hemodynamics is stable. **Discussion.** This clinical case is interesting because it demonstrates GMI, which was diagnosed late: the severity of the patient's condition was inadequately assessed (pronounced manifestations of general infectious intoxication, fever from the 1st day of the disease and general cerebral symptoms). **Conclusions.** Early initiation of therapy increases the chances of a favorable outcome. **Key words:** meningococcal infection, generalized form, *Neisseria meningitidis*.

ВВЕДЕНИЕ

Менингококковая инфекция (МИ) — острое антропонозное инфекционное заболевание с аэрозольным механизмом передачи, вызываемое неподвижной, грамотрицательной бактерией *Neisseria meningitidis*. Возбудитель колонизирует носоглотку и вызывает как локализованные, так и генерализованные формы заболевания. Генерализованные формы менингококковой инфекции (ГФМИ) проявляются возникновением лихорадки, интоксикации, геморрагической сыпи и гнойным воспалением оболочек мозга [1]. Группы риска ГФМИ составляют дети раннего возраста; подростки; призывники; лица, проживающие в условиях скученности; лица, имеющие иммунодефицитные состояния; лица, перенесшие кохлеарную имплантацию, открытую черепно-мозговую травму и имеющие ликворею [2].

Генерализованная форма менингококковой инфекции характеризуется высокими показателями летальности [3]. Клинический полиморфизм ГФМИ при отсутствии патогномоничных признаков в первые часы болезни зачастую обуславливает несвоевременность постановки правильного диагноза, что приводит к поздней госпитализации и неэффективности лечебных мероприятий [4].

Цель исследования - анализ особенностей клинического течения генерализованной формы менингококковой инфекции у пациента, отбывающего наказание в местах лишения свободы.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

На базе ГАУЗ СО “ГКБ №40” проведен ретроспективный анализ первичной медицинской документации взрослого больного генерализованной формой менингококковой инфекции с анализом динамики клинической картины, данных лабораторных и инструментальных исследований, назначенной терапии. Изучена литература по тематике исследования.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Пациент С., 23 лет, 15.11.2024 в 19:20 доставлен бригадой СМП в приемное отделение инфекционного корпуса ГАУЗ СО “ГКБ №40” с жалобами на головную боль, общую слабость, гиперестезию, сыпь.

В течение 3-4 дней до поступления отмечал озноб, головную боль и общую слабость, температуру тела не измерял. С 14.11.2024 отмечает появление сыпи на теле. 15.11.2024 вызов бригады СМП, в связи с распространением сыпи по всему телу, головной болью и гиперестезией. Доставлен в приемное отделение инфекционного корпуса. При осмотре дежурным врачом-инфекционистом отмечается нарушение сознания в виде оглушения – на вопросы пациент отвечает с задержкой. Выявлены положительные менингеальные симптомы: Кернига, Брудзинского, ригидность затылочных мышц +5 сантиметров. В стационаре состояние расценено как тяжелое, пациент госпитализирован в реанимационно-анестезиологическое отделение (РАО) №4 с клиникой септического шока, дыхательной недостаточности, острой церебральной недостаточности (ОЦН) и острой сердечно-сосудистой недостаточности (ОССН). Установлен диагноз: “Менингококковая инфекция: менингококцемия. Менингит?”.

Из анамнеза жизни известно: пациент вакцинирован согласно национальному календарю профилактических прививок. Эпидемиологический анамнез: на момент заболевания молодой человек содержался в камере, отбывая наказание в местах лишения свободы. Отмечает контакты с лицами, имеющими катаральные симптомы, и скученность пребывания.

15.11.2024 в 20:30 поступление в РАО №4, состояние тяжелое с отрицательной динамикой на фоне ОЦН и инфекционно-воспалительного синдрома. Активных жалоб со стороны пациента нет, ввиду тяжести состояния. Отмечается поверхностное оглушение, пациент не критичен к своему состоянию. На вопросы отвечает с задержкой. Пытается сопротивляться медицинским манипуляциям. Кожный покров бледный с множественными геморрагическими элементами, с некрозами в центре по всему телу, на руках, ногах, лице (Рис.1). Менингеальные симптомы положительные: Кернига, Брудзинского, ригидность затылочных мышц +4 сантиметров. Дыхание самостоятельное, ЧДД 18 в минуту. Гемодинамика стабильная, тоны сердца приглушены, ЧСС 130 ударов в минуту, АД 100/60. Больному был выполнен общий анализ крови, где отмечался лейкоцитоз $59,8 \cdot 10^9/\text{л}$, тромбоцитопения - $50 \cdot 10^9/\text{л}$. В биохимическом анализе крови: СРБ 332, D-димер 1354. На основании жалоб, анамнеза заболевания, эпидемиологического анамнеза и данных объективного осмотра выставлен клинический диагноз: Генерализованная форма менингококковой инфекции. Менингококцемия, тяжелой степени тяжести. Септический шок. Синдром полиорганной недостаточности: ОДН, ОЦН, ОССН.



Рис.1. Множественные геморрагические элементы, с некрозами в центре на ногах

Больному назначена этиотропная, патогенетическая и симптоматическая терапия: цефтриаксон 4 г/сут внутривенно, дексаметазон 32 мг/сут, кеторол 90 мг/сут внутримышечно. Проводилась массивная и длительная инфузионная терапия кристаллоидными растворами, нутритивная поддержка.

В динамике состояние пациента оставалось тяжелым. Отмечалась отрицательная динамика по нарастанию синдрома системного воспалительного ответа (ССВО), присоединению ОССН к ОЦН, острая печеночная и почечная недостаточность, коагулопатия. Дополнительно назначены вазопрессоры.

С 16.11.2024 по 19.11.2024 учитывая тяжесть состояния, необходимость проведения вазопрессорной поддержки, наличие коагулопатии и тромбоцитопении, решено воздержаться от проведения диагностической люмбальной пункции до стабилизации состояния.

19.11.2024 пациент переведен из РАО №4 в профильное инфекционное отделение №1 для продолжения лечения.

На момент осмотра 20.11.2024: состояние пациента средней степени тяжести, жалоб не предъявляет. Сохраняются менингеальные знаки: ригидность затылочных мышц до +2 см.

Сыпь геморрагическая обильная, с формированием экхимозов и некрозов, новых элементов нет (Рис. 2). Температура фебрильная. Лечение продолжается по листу назначения из РАО.

18.11.2024 взят мазок из зева, методом ПЦР обнаружена *Neisseria meningitidis*. 22.11.2024 проведена люмбальная пункция (Таблица 1). Отмечается: нейтрофильный плеоцитоз, повышенное содержание белка, пониженное содержание глюкозы, обнаружение *Neisseria meningitidis* методом ПЦР.

Таблица 1.

Результаты исследования спинномозговой жидкости

Показатель	Единицы измерения	Референсные значения	Результат
Цвет	-	Бесцветный	Бесцветный
Прозрачность	-	Прозрачный	Прозрачный
Общий белок	мг/л	150-450	1050
Глюкоза	ммоль/л	2,2-3,9	1,71
Цитоз	10 ⁶ /л	0-5	672
Нейтрофилы	%	3-5	88
Лимфоциты	%	95-97	12

В спинномозговой жидкости методом ПЦР обнаружена *Neisseria meningitidis*.

Осмотр в динамике 26.11.2024: самочувствие улучшилось. Состояние средней степени тяжести, стабильное. Субфебрильная температура по вечерам. Менингеальные знаки: ригидность затылочных мышц +1 см. Новых элементов сыпи не наблюдается. Лабораторно – положительная динамика.

За время лечения в инфекционном стационаре состояние больного с положительной динамикой за счет нормализации температуры тела, улучшения общего самочувствия, регресса кожного процесса, интоксикационного синдрома. Гемодинамика стабильная. В общем анализе крови (ОАК) на протяжении всей госпитализации наблюдался лейкоцитоз, нейтрофилез и моноцитоз демонстрирующие тенденцию к снижению, но не достигают нормальных значений. Приведена динамика ОАК, биохимических показателей (Таблица 2).

Был выписан из инфекционного стационара с улучшением состояния. Контрольная люмбальная пункция не проводилась.

Таблица 2.

Динамика показателей общеклинического и биохимического анализов крови

Показатель	Единицы измерения	Референсные значения	Дата госпитализации					
			15.11.24	16.11.24	17.11.24	18.11.24	22.11.24	26.11.24
Лейкоциты	10 ⁹ /л	4,0-9,0	59,8*	52,1*	51,7*	43,5*	17,2*	15,0*
Нейтрофилы	10 ⁹ /л	2,0-5,8	-	-	49,8*	-	14,7*	11,2*

Палочкоядерные нейтрофилы	%	1,0-5,0	-	-	-	18*	-	-
Сегментоядерные нейтрофилы	%	47,0-72,0	-	-	-	72	-	-
Моноциты	10 ⁹ /л	0,09-0,70	-	-	1,76*	5*	1,21*	1,85*
Лимфоциты	10 ⁹ /л	1,2-3,0	-	-	*	3	1,0*	1,7
Эритроциты	10 ¹² /л	4,0-5,5	5,35	4,59	4,18	3,99*	4,46	3,99*
Гемоглобин	г/л	130-165	159	135	124*	122*	129*	117*
Тромбоциты	10 ⁹ /л	180-320	50*	42*	34*	39*	194	464
Общий белок	г/л	65-84	63,8*	-	-	-	-	-
Альбумин	г/л	35-50	38	-	21*	27*	-	-
Мочевина	ммоль/л	1,7-8,3	15,7*	-	11,1*	7,9	-	-
Креатинин	мкмоль/л	74-110	184*	-	135*	68*	-	-
Глюкоза	ммоль/л	3,5-6,1	1,67*	-	12,6*	3,44*	-	-
Билирубин	ммоль/л	5,0-21,0	46,7*	-	7,5	-	-	-
Аст	Ед/л	1,6-40	165,4*	-	29,8	-	-	-
Алт	Ед/л	1,6-45	87,9*	-	9,4	-	-	-
Калий	ммоль/л	3,5-5,3	3,0*	-	3,0*	4,7	-	-
Натрий	ммоль/л	135,0-148,0	141,0	-	130,3	140,8	-	-
СРБ	Мг/л	0,0-5,0	332,2*	-	186*	193,3*	-	142,8*
Д-димер	нг/мл	<243	1354*	-	-	-	-	-
Прокальцитонин	нг/мл	0,0-0,05	-	-	-	91,7*	-	-

Примечание: *-за пределами нормы.

Данный клинический случай интересен тем, что он демонстрирует ГФМИ, которая была поздно диагностирована: неадекватно оценена тяжесть состояния пациента (выраженные проявления общей инфекционной интоксикации, лихорадка с 1-го дня болезни и общесоматическая симптоматика).

Допущена диагностическая ошибка на первичном этапе оказания медицинской помощи в местах лишения свободы, что привело к несвоевременной госпитализации. Это свидетельствует о том, что, имеет место низкая настороженность в отношении менингококковой инфекции.

Менингококковая инфекция остается опасным инфекционным заболеванием с низкой частотой выявления до появления геморрагической сыпи при первичной диагностике, с высокой частотой развития летальных исходов при несвоевременном оказании экстренной медицинской помощи в случаях развития генерализованных форм [5].

ВЫВОДЫ

Таким образом, раннее начало терапии повышает шансы на благоприятный исход. Задержка с госпитализацией, как правило, приводит к существенному ухудшению состояния пациента, часто требующему интенсивной терапии и реанимационных мероприятий. Важным для развития заболевания, на наш взгляд, является скученный коллектив и несвоевременная диагностика, в связи с низкой настороженностью медицинского персонала в отношении МИ.

СПИСОК ИСТОЧНИКОВ

1. Хутинаева, Э.Б. Менингококковая инфекция: этиология, клиника, патогенез, диагностика и методы лечения / Э.Б. Хутинаева, Д.З.Шерхова // Молодой ученый.-2022.-Т. 398, №3.-С.53-55.

2. Евро-Азиатское общество по инфекционным болезням. Клинические рекомендации “Менингококковая инфекция у детей”. - 2023.-С.8. URL: https://vk.com/away.php?to=https%3A%2F%2Fapicr.minzdrav.gov.ru%2Fapi.ashx%3Fop%3DGetClinrecPdf%26id%3D58_2&utf=1 (дата обращения 28.02.2025). – Текст: электронный
3. Грицай, М.И. Эпидемиологические особенности менингококковой инфекции на современном этапе: специальность 3.2.2 “Эпидемиология”: Диссертация на соискание ученой степени кандидата медицинских наук / М.И. Грицай; Центральный научно-исследовательский институт эпидемиологии. - Москва, 2021. - 4с.
4. Менингококковая инфекция — смертельно опасное заболевание: причины развития летальных исходов у детей/Мартынова Г.П., Злобин Д.В., Нахмунова И.А. [и др.] // Детские инфекции. -2024. -Т.23, №3. -С.5-10.
5. Течение генерализованной формы менингококковой инфекции у пациента призывного возраста, отказавшегося от специфической профилактики (клинический случай) / Шарабханов В.В., Жданов К.В., Захаренко С.М. [и др.] // Журнал инфектологии. - 2020. - Т.12 - №2. - С. -161-168.

Сведения об авторах

А.С. Дроздачева - студент

А.В. Щепочкина* - студент

А.А. Шарова - кандидат медицинских наук, доцент

В.В. Белоусов – ассистент кафедры, заведующий инфекционным отделением № 1 ГАУЗ СО «ГКБ № 40»

Information about the authors

A.S. Drozdacheva - student

A.V. Shchepochkina* - student

A.A. Sharova - Candidate of Sciences (Medicine), Associate Professor

V.V. Belousov – Department Assistant, Phthisiology and Pulmonology, Head of the Infectious Diseases Department №1 of the State Medical University SB "GCB № 40"

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

nastya15zhepochkina@gmail.com

УДК: 616.36-002.2-085

ВИРУСНЫЙ ГЕПАТИТ С В ЕГИПТЕ

Эльхемали Ахмед Абдулла, Елбестафи Мерна Мохамед, Тохфа Мустафа Ахмед, Шарова Анна Алексеевна

Кафедра инфекционных болезней, фтизиатрии и пульмонологии

ФГБОУ ВО «Уральский государственный медицинский университет» Минздрава России

Екатеринбург, Россия

Аннотация

Введение. Вирусный гепатит С (ВГС) представляет собой одну из наиболее серьезных проблем общественного здравоохранения Египта, передаваясь преимущественно через контакт с инфицированной кровью. Исторически в стране наблюдались исключительно высокие показатели распространенности (15-20% в целом по стране, достигая 40% в сельских районах) из-за массовых кампаний по лечению шистосомоза в середине XX века с использованием нестерильных инъекций. В последние десятилетия Египет реализовал агрессивные стратегии по ликвидации вируса, наиболее заметной из которых стала инициатива 2018 года "100 миллионов здоровых жизней", в рамках которой было обследовано более 60 миллионов граждан. Особенно успешным стало внедрение препаратов прямого противовирусного действия (ПППД), обеспечивающих эффективность лечения свыше 98%. Данное исследование анализирует эпидемиологическую ситуацию по ВГС в Египте, пути передачи вируса и усилия правительства по его ликвидации. **Цель исследования** - анализ эпидемиологии ВГС в Египте, выявление ключевых факторов передачи и оценка эффективности национальных программ. **Материал и методы.** Проведен ретроспективный анализ данных ВОЗ и записей Министерства здравоохранения Египта с оценкой региональных моделей распространенности и охвата лечением. **Результаты.** Подтверждается успех массового скрининга в сочетании с терапией ПППД, одновременно выявляя сохраняющиеся проблемы в поддержании достигнутых результатов. **Выводы.** Подчеркивается, что, несмотря на исключительный прогресс Египта в контроле над ВГС, для сохранения достигнутого уровня ликвидации потребуются постоянная бдительность, особенно в плане предотвращения повторного заражения через целевые профилактические стратегии и меры безопасности в медицинских учреждениях.

Ключевые слова: гепатит С, Египет, эпидемиология, массовый скрининг, противовирусное лечение, ликвидация вируса.

VIRAL HEPATITIS C IN EGYPT

Ahmed Abdullah Elhemaly, Merna Mohamed Elbestawy, Moustafa Ahmed Tohfa, Anna Alekseevna Sharova

Department of Infectious Diseases, Phthisiology and Pulmonology

Ural State Medical University