

## Сведения об авторах

Е.В. Дурович - студент

А.А. Васильева\* - студент

А.В. Анкудинова - кандидат медицинских наук, доцент

## Information about the authors

E.V. Durovich - Student

A.A. Vasilieva\* - Student

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

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

12072004nastyia@mail.ru

УДК: 615.9

## КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ОТРАВЛЕНИЯ БЛЕДНОЙ ПОГАНКОЙ РЕБЕНКА 5 ЛЕТ

Ворожцова Елизавета Олеговна<sup>1</sup>, Умарова Алина Махмудовна<sup>1</sup>, Краснова Елена Исаковна<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>Кафедра инфекционных болезней, фтизиатрии и пульмонологии

ФГБОУ ВО «Уральский государственный медицинский университет» Минздрава России

<sup>2</sup>ГАУЗ СО «Детская городская клиническая больница №9»

Екатеринбург, Россия

### Аннотация

**Введение.** Бледная поганка (*Amanita phalloides*) – смертельно ядовитый гриб из рода мухоморов. Каждый год на территории Российской Федерации регистрируется более 1 000 эпизодов отравления грибами, летальность варьируется в пределах 10-40%. Большая часть погибших употребляли в пищу бледную поганку, токсины которого обладают гепатотоксическим и цитолитическим влиянием. **Цель исследования** – представить описание клинического случая отравления бледной поганкой у ребенка в возрасте 5 лет. **Материал и методы.** История болезни ребенка с отравлением бледной поганкой. **Результаты.** Описание клинического случая отравления бледной поганкой ребенка 5 лет с благоприятным исходом. Острое отравление с системной полиорганной недостаточностью, развитием энтеральной, церебральной, печеночной и гематологической недостаточности. Пациентке проведена трансплантация печени. **Выводы.** Отравление токсинами бледной поганки приводит к комплексному поражению всех органов и систем организма, правильно поставленный диагноз в первые часы после госпитализации является фундаментальным звеном сохранения жизни пациента.

**Ключевые слова:** отравление бледной поганкой, трансплантация печени, клинический случай.

## A CLINICAL CASE OF POISONING BY A PALE TOADSTOOL OF A 5-YEAR-OLD CHILD

Vorozhtsova Elizaveta Olegovna<sup>1</sup>, Umarova Alina Makhmudovna<sup>1</sup>, Krasnova Elena Isakovna<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>Department of Infectious Diseases, Phthysiology and Pulmonology

Ural State Medical University

<sup>2</sup>Children's City Clinical Hospital № 9

Yekaterinburg, Russia

### Abstract

**Introduction.** The pale grebe (*Amanita phalloides*) is a deadly poisonous mushroom from the genus of fly agaric. Every year, more than 1,000 episodes of mushroom poisoning are recorded in the Russian Federation, with mortality ranging from 10-40%. Most of the victims ate pale toadstool, whose toxins have hepatotoxic and cytolytic effects. **The aim of the study** is to present a description of a clinical case of poisoning by a pale toadstool in a child aged 5 years. **Materials and methods.** Medical history of a child with poisoning by a pale toadstool. **Results.** Description of a clinical case of poisoning by a pale toadstool of a 5-year-old child with a favorable outcome. Acute poisoning with systemic multiple organ failure, development of enteral, cerebral, hepatic and hematological insufficiency. The patient underwent liver transplantation. **Conclusions.** Poisoning with pale toadstool toxins leads to a complex lesion of all organs and body systems, a correct diagnosis in the first hours after hospitalization is a fundamental link in saving the patient's life.

**Keywords:** poisoning by pale toadstool, liver transplantation, clinical case.

## ВВЕДЕНИЕ

Бледная поганка (*Amanita phalloides*) – смертельно опасный ядовитый гриб из рода мухоморов. Ежегодно на территории России регистрируется более 1 000 эпизодов отравления грибами, летальность варьируется в пределах 10-40% [1]. Около 90% погибших употребляли в пищу бледную поганку, токсины которого обладают гепатотоксическим и цитолитическим

влиянием. Токсины, выделяемые из бледной поганки, являются циклическими октапептидами, содержащими индольное кольцо. Они представлены аматоксинами (9 видов, наиболее токсичны  $\alpha$ ,  $\beta$ ,  $\gamma$ ) и фаллотоксинами (5 видов), оба вида не разрушаются при термической обработке и сохраняются в течение нескольких лет. Летальная доза составляет 0,1 мг аманитотоксина на 1 кг массы тела. Отличительные признаки бледной поганки – кольцо на ножке, «чашечка» в основании ножки и белый цвет пластинок шляпки. Кроме того, бледная поганка является «двойником» для многих съедобных грибов (в частности, сыроежек), что повышает вероятность отравления. Некоторые авторы отмечают, что в стационарах летальность при отравлении бледной поганкой свыше 50% [2]. Стоит отметить, что отравление бледной поганкой приводит к комплексному поражению всех органов и систем организма, в том числе к поражению миокарда с нарушением проводимости, что часто приводит к необоснованному выставлению диагноза острый коронарный синдром [3] и дальнейшей ошибочной терапии, хотя для интоксикации грибами рода *Amanita* быстрое начало лечебных мероприятий и верное выставление диагноза является основополагающим фактором для благоприятного исхода.

**Цель исследования** – представить описание клинического случая отравления бледной поганкой у ребенка в возрасте 5 лет.

#### **МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ**

Проведен анализ литературных статей по теме, изучение анамнеза пациента, анализ первичной документации на базе ГАУЗ СО «ДГКБ № 9», ГАУЗ СО «ОДКБ» г. Екатеринбург, ФГБУ «НМИЦ ТИО им. ак. В.И. Шумакова» Минздрава России, г. Москва.

#### **РЕЗУЛЬТАТЫ**

В работе описан клинический случай. Ребенок А., возраст 5 лет 5 мес., экстренно госпитализирован в ГАУЗ СО «ДГКБ № 9» 21.07.2024 г. с жалобами на вялость, слабость, повышение температуры тела до 37,2, рвоту более 15 раз, через сутки переведен в ГАУЗ СО «ОДКБ» реанимационной бригадой скорой медицинской помощи (СМП).

Заболела остро вечером 19.07.2024, первыми симптомами стали: повышение температуры до 37,2, рвота 3-4 раза пищей с примесью желчи. Со слов матери, 17.07.2024 ребенок ел суп из грибов-сыроежек, собранных бабушкой в лесу возле п. Гагарский, съеденный объем около 6 столовых ложек; 18.07.2024 – повторное употребление супа в том же объеме. 20.07.2024 – в течение дня рвота возникала более 15 раз, родители начали самостоятельное лечение (регидрон, в порошковой форме; энтеросгель), без эффекта, температура сохранялась в пределах субфебрильных значений. К вечеру того же дня рвота прекратилась, ребенок начал усваивать воду, лечение продолжалось в прежнем объеме, позже появились умеренно выраженные боли в эпигастрии, к лечению добавлен тримебутин – без эффекта, повторная однократная рвота. 21.07.2024 – кашицеобразный стул 2 раза, коричневого цвета, без патологических примесей, температура сохранялась до 37,2, повторно жалобы на боли в животе, в течение следующих нескольких часов – резкое ухудшение состояния, выраженная бледность кожных покровов, астения, в связи с чем в 16:07 поступила в приемно-диагностическое отделение ДГКБ №9.

Из анамнеза жизни: ребенок от второй беременности, вторых срочных оперативных родов, масса при рождении 3720 г, длина 51 см. Психомоторное, речевое развитие соответствует возрасту. На диспансерном учете не состоит. Аллергоанамнез спокойный. Эпидемиологический анамнез: привита согласно национальному календарю профилактических прививок. Контакты с инфекционными и лихорадящими больными за последние 2 недели отрицает. Перенесенные операции – аденотомия в 2022 году.

На момент госпитализации в ДГКБ №9 состояние средней степени тяжести за счет интоксикации, эксикоза 1 степени, очаговой, общемозговой, менингеальной симптоматики нет. Сознание ясное, кожные покровы бледные, T – 37,2; язык обложен белым налетом, саливация снижена; в легких дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧДД – 20 в минуту, SpO<sub>2</sub> 95%; тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС – 72 уд/мин, АД – 149/93; по шкале дегидратации

(Clinical Dehydration Scale, CDS) – 5 баллов. Живот мягкий, глубокая пальпация болезненная в эпигастральной области, по ходу тонкого кишечника. Печень и селезенка не увеличены.

По результатам лабораторной диагностики при поступлении: ОАК – лейкоцитоз ( $WBC\ 13,18 \cdot 10^9/l$ ), нейтрофилия ( $NEUa\ 10,77 \cdot 10^9/l$ ) (Таблица 1). Назначена терапия в объеме: регидратационная, антибактериальная, спазмолитическая, инфузионная (из расчета 40% от физиологической потребности –  $100\ mg/kg = 750,0\ ml$ ). Переведена в инфекционное отделение с предварительным диагнозом острый инфекционный гастроэнтерит.

В 17:15 в инфекционном отделении начата внутривенная инфузия плазмозаменителей: глюкоза 10% + инсулин 5 ЕД 250,0 мл, раствор Рингера + Дротаверин 0,5 мл – 250,0 мл, глюкоза 5% 250,0 мл. Скорректирована терапия: энтеросорбенты – смекта 1 пакет 2 раза в день, оральная регидратация – 1500,0 мл, из них 500,0 – регидрон. Состояние средней степени тяжести за счет интоксикации, дегидратации, рвоты не было; гиперемия щек и периорбитальных областей с обеих сторон,  $T - 37,0$ ; язык обложен белым налетом, сухой, саливация снижена; ЧДД – 25, ЧСС – 102, живот болезненный в эпигастральной и околопупочной области при пальпации; печень увеличена +5 см, болезненная при пальпации; стул 4 раза, жидкий, скудный, с примесью слизи и крови. Продолжается инфузионная терапия, добавлен дротаверин 0,5 мл. По результатам лабораторных исследований: биохимический анализ крови – повышение активности печеночных трансаминаз ( $ALT >7000$ ,  $AST >7000$ ), азотемия (мочевина  $9,2\ mmol/l$ ), гиперкалиемия ( $6\ mmol/l$ ), гипогликемия ( $0,8\ mmol/l$ ) (Таблица 2).

21.07.2024 спустя 5 часов с момента поступления в ДГКБ №9 состояние оценивается как тяжелое, за счет интоксикации, дегидратации, острой печеночной недостаточности (ОПечН). Сознание умеренное оглушение. Гиперемия щек и периорбитальных областей с обеих сторон стала менее выражена, живот болезненный в эпигастральной и околопупочной области при пальпации, печень увеличена +5 см, болезненная при пальпации; стул 6 раз, жидкий, скудный, с примесью слизи и крови. Учитывая проявления системной полиорганной недостаточности (СПОН), пациент для дальнейшего лечения переводится в отделение анестезиологии и реаниматологии (ОАиР) с клиническим диагнозом: Острое отравление, предположительно грибами. СПОН: острая печено-клеточная недостаточность, энтеральная недостаточность, гемоколит, церебральная недостаточность, гематологическая недостаточность.

Транспортирована на спонтанном дыхании. Состояние очень тяжелое, обусловлено СПОН (по шкале оценки тяжести органной недостаточности (Sequential Organ Failure Assessment, SOFA) 10 баллов), грубыми нарушениями гемостаза, грубыми водно-электролитными нарушениями, выраженным синдромом цитолиза на фоне предполагаемого отравления бледной поганкой. Уровень сознания: глубокое оглушение, 13 баллов по шкале комы Глазго (GCS): открывает глаза на просьбу, на осмотр реагирует негативно психомоторным возбуждением, фиксирует взгляд, отвечает на вопросы односложно, при окончании продуктивного контакта быстро засыпает. Кожные покровы бледные, кисти и стопы холодные на ощупь, видимые слизистые бледные, губы и язык сухие, саливация снижена; аускультативно дыхание жесткое, ослаблено в нижних отделах, начата инсуффляция увлажненного кислорода через лицевую маску 2 л/мин; тоны сердца приглушены; через назогастральный зонд (НГЗ) получена «кофейная гуща» в небольшом количестве; за время наблюдения многократный водянистый стул с кровью. Установлен центральный венозный катетер. По результатам лабораторных исследований в динамике: ОАК – анемия, нейтрофилия (Таблица 1); биохимический анализ крови – сохраняется повышение активности печеночных трансаминаз, азотемия, гиперкалиемия, гипонатриемия, гипопроteinемия, гипербилирубинемия, гипергликемия, повышение уровня альфа-амилазы, лактатацидоз (Таблица 2); коагулограмма – нарушение свертывания по внутреннему и внешнему пути образования протромбиназы. признаки гипокоагуляции (повышение протромбинового времени 82,2 с, повышение АЧТВ 50,7 с, повышение МНО 8,67 Ед, снижение протромбина по Квику 5,90%), гипофибриногенемия (Таблица 3). Заключение результатов УЗИ органов

брюшной полости (ОБП): увеличены размеры печени, структурные изменения стенки желчного пузыря.

Учитывая тяжесть состояния, фульминантное течение процесса, нарушение сознания с элементами делирия, через час после поступления в ОАиР принято решение о переводе на искусственную вентиляцию легких (ИВЛ), в условиях тотальной внутривенной анестезии (ТВВА) произведена оротрахеальная интубация, начата седация тиопенталом натрия 5 мг/кг/ч.

22.07.2024 в 00:50 состояние ребенка очень тяжелое, сознание кома II на фоне медикаментозной седации тиопенталом натрия 5 мг/кг/ч; глаза закрыты, рефлекс на санацию активный. Продолжается ИВЛ. По НГЗ «кофейная гуща» в большом количестве. Многократный жидкий водянистый стул. Врачебной комиссией ДГКБ №9 принято решение о переводе в ГАУЗ СО «ОДКБ» г. Екатеринбург, для транспортировки пациентка передана реанимационной бригаде СМП.

В ОАиР ОДКБ пациентка находилась с 22.07.2024 01:20 по 23.07.2024 18:00, продолжается ИВЛ, состояние крайне тяжелое. По результатам лабораторных исследований, проведенных 22.07-23.07.2024: ОАК – анемия (эритропения, гипогемоглобинемия, снижение гематокрита), тромбоцитопения (23.07.2024 –  $128,0 \cdot 10^9/\text{л}$ ) (Таблица 1); биохимический анализ крови – гипоальбуминемия, гипербилирубинемия, азотемия, рост цитолиза (АСТ 7218 Ед/л, АЛТ 7794 Ед/л) повышение уровня альфа-амилазы, КФК, ЛДГ (Таблица 2); коагулограмма (Таблица 3) – коагулопатия вторичного генеза (МНО 8,13, фибриноген 0,7 г/л) на фоне печеночной недостаточности. Заключение инструментальных методов диагностики от 22.07.2024: УЗИ ОБП – диффузные изменения паренхимы печени и почек, гепатомегалия, диффузные изменения поджелудочной железы, кровоизлияния в правый надпочечник, асцит; УЗИ сосудов головы – дистония церебральных сосудов, снижение показателей периферического сопротивления сосудов (ПСС) в бассейне обеих средних мозговых артерий, передних мозговых артерий; УЗДГ сосудов почек – снижение скоростных показателей кровотока с обеих сторон на всех уровнях, снижение показателей ПСС с обеих сторон. Проводилась комплексная терапия: респираторная поддержка, седация медазолом 0,3 мг/кг/сут, антибактериальная (меронем 1,5 в/в, линезолид 200 мг 3 раза/сут в/в), антиоксидантная, гепатопротективная (гептрал 200 мг в/в, фосфоглив 1,25 мг 2 раза/сут в/в, урсодезоксихолевая кислота 250 мг 2 раза/сут), преднизолон 20 мг в/в, гастропротективная (омепразол 40 мг), противоотечная (введение маннитола 5,0 4 раза/сут), заместительная (криопреципитат, введение свежезамороженной плазмы (СЗП) 400 мл), витаминотерапия (В1, В6, В12, С – в/в), продолжительная вено-венозная гемодиализация 22.07-23.07.2024. Учитывая отсутствие положительной динамики и крайне тяжелое состояние пациентки, 23.07.2024 принято решение об экстренном переводе путем санавиации в ФГБУ «НМИЦ ТИО им. ак. В.И. Шумакова» Минздрава России, г. Москва, при процессе транспортировки производилось продолжение терапии в полном объеме, состояние оставалось стабильным.

Таблица 1.

Динамика общего анализа крови

	WBC	RBC	HGB	HCT	PLT	NEUa	LYMa	MONa
21.07.2024 16:13	13,18	3,94	125,0	34,1	284,0	10,77	1,4	1,0
21.07.2024 21:51	8,83	3,45	109,0	30,2	213,0	7,3	1,15	0,38
22.07.2024 01:50	7,95	3,84	109,0	32,0	206,0	5,81	1,62	0,51
22.07.2024 06:00	6,67	3,08	89,0	26,5	157,0	4,59	1,7	0,38
23.07.2024	3,96	3,3	94,0	27,8	128,0	2,03	1,55	0,31
Состояние после трансплантации								
	WBC	RBC	HGB	ESR	PLT	NEU%	LYM%	MON%
08.08.2024	6,5	3,02	94,0	0,29	283	42,9	46,7	-
04.10.2024	5,52	3,43	98,0	26,0	233,0	62,2	31,9	4,6
05.10.2024	5,91	3,87	110,0	23,0	230,0	68,6	21,7	7,3

Таблица 2.

Динамика биохимического анализа крови

	Об.белок	Об.билл	Пр.билл	Мочевина	Креатинин	Глюкоза
21.07.2024 19:59	-	-	-	9,2	33,0	0,8

21.07.2024 21:51	53,0	47,1	33,9	9,8	50,7	9,1	
22.07.2024 01:50	51,0	44,5	20,5	10,81	50,0	5,53	
22.07.2024 06:00	48,0	45,9	21,1	10,52	57,0	8,5	
23.07.2024	53,0	61,4	26,5	2,7	22,0	4,95	
08.08.2024	75,5	9,0	2,3	5,0	49,6	3,6	
Состояние после трансплантации							
08.08.2024	75,5	9,0	2,3	5,0	49,6	3,6	
04.10.2024	76,9	6,9	3,1	4,2	41,0	4,5	
05.10.2024	68,6	-	-	3,5	47,0	4,6	
	Лактат	ПКТ	Амилаза	Ферритин	Аммиак	СРБ	
21.07.2024 19:59	-	-	102,2	-	-	0,48	
21.07.2024 21:51	5,71	-	363,4	-	-	0,32	
22.07.2024 01:50	3,1	3,21	782,0	6422,0	-	0,43	
22.07.2024 06:00	2,6	2,25	470,0	4828,0	33,56	0,56	
23.07.2024	2,5	1,23	106,0	1422,0	74,81	0,91	
Состояние после трансплантации							
08.08.2024	-	0,065	83,1	-	-	2	
	АЛТ	АСТ	КФК	ЩФ	ЛДГ	Натрий	Калий
21.07.2024 19:59	>7000	>7000	-	-	-	128,3	6,0
21.07.2024 21:51	>7000	>7000	-	-	-	125,9	5,5
22.07.2024 01:50	7794	7218	714,0	381,0	7491	135,0	3,0
22.07.2024 06:00	6553	5876	692,0	350,4	6341	126,0	4,4
23.07.2024	4935	3514	623,0	289,7	2080	137,0	3,7
Состояние после трансплантации							
08.08.2024	89,1	32,1	-	144,4	-	143,0	3,5
04.10.2024	133,1	64,4	-	306,0	-	139,7	4,35
05.10.2024	129,0	62,3	-	-	-	139,3	4,3

Таблица 3.

## Динамика коагулограммы

	ПТВ*	ПТИ**	МНО	Фибриноген	АЧТВ	АТЗ***
21.07.2024 21:49	82,2	5,9	8,67	1,1	50,7	
22.07.2024 01:50	74,9	5,1	8,13	0,7	60,6	41,2
22.07.2024 06:00	31,7	18,7	3,14	1,0	43,9	47,8
23.07.2024	28,3	21,7	2,77	1,0	30,8	50,6
Состояние после трансплантации						
08.08.2024	-	70	1,29	1,68	34,0	111,0
05.10.2024	11,6	76,8	1,14	2,7	24,6	-

Примечание: \*ПТВ – протромбиновое время, \*\*ПТИ – протромбиновый индекс, \*\*\*АТЗ – антитромбин 3

Дальнейшее лечение проходило с 24.07.2024 по 09.08.2024 в центре трансплантологии. Состояние на момент поступления тяжелое с выраженной отрицательной динамикой на фоне прогрессирования СПОН, уровень сознания по шкале Глазго 3 балла, явления острой печеночной недостаточности, ИВЛ; из приёмного покоя доставлена в реанимацию для оценки витальных функций, комплексного клинико-лабораторного контроля и принятия решения о проведении трансплантации печени. Учитывая выраженную печеночную недостаточность, в экстренном порядке 24.07.2024 была выполнена МСКТ ГМ, по результатам которой патологии головного мозга не обнаружено, продолжена дезинтоксикационная (гемодиализ, плазмаферез), заместительная (СЗП, альбумин), антиоксидантная (в/в введение высоких доз N-ацетилцистеина), антидотная (в/в индоцианин зеленый (ICG) – антидот альфа-амантина – основного токсина бледной поганки), противоотечной терапии (маннитол каждые 4-6 часов под контролем осмолярности), поддержание отрицательного гидробаланса, углублена седация комбинированной терапией.

Принимая во внимание анамнез заболевания, признаки печеночной недостаточности, риски развития отека головного мозга и наличие обследованного совместимого по системе АВ0 родственного донора (матери), проведён консилиум: трансплантация печени расценена как единственно возможный метод спасения ребёнка. В тот же день выполнена родственная ортотопическая трансплантация фрагмента печени от донора-матери, проводилась комплексная инфузионная, трансфузионная, антибактериальная, противогрибковая,

гастропротективная, осмотическая, симптоматическая терапия, ИВЛ, коррекция нутритивного статуса. 25.07.2024 отмечено восстановление сознания, 26.07.2024 – экстубация трахеи, положительная динамика, стабильное состояние, удовлетворительная функция трансплантата, на самостоятельном дыхании переведена из ОАиР в хирургическое отделение с продолжением терапии. Заключение УЗИ печени, желчного пузыря, желчных протоков от 05.08.2024: характеристики кровотока трансплантата печени в пределах нормы, отмечается небольшое увеличение размеров трансплантата. Динамика результатов ОАК, биохимического анализа крови, коагулограммы представлены в таблицах 1, 2 и 3, динамика благоприятная, наблюдается улучшение параметров.

### **ОБСУЖДЕНИЕ**

Отравление грибами – это очень опасное состояние для организма и огромная нагрузка для всех органов, поэтому следует быть осторожным при употреблении грибных блюд [5]. В данном клиническом случае представлена классическая ситуация ошибки при сборе грибов, когда дедушка пациентки перепутал бледную поганку с ее «двойником» – съедобными сыроежками. Порции съеденного супа из грибов стало достаточно для резкого ухудшения самочувствия и быстрого развития СПОН. Тщательно собранный анамнез и верно поставленный в кратчайшие сроки диагноз позволили определить правильную тактику ведения пациентки, а также введение антидота от альфа-амантина – индоцианина зеленого.

Полученные результаты биохимического анализа крови в динамике указывают на выраженный рост цитолиза гепатоцитов и печеночную энцефалопатию, вместе с тем явления церебральной и гематологической недостаточности, в совокупности с фульминантным течением процесса стали решающими факторами для трансплантации печени.

Основная причина грибных отравлений – неумение распознавать съедобные и ядовитые грибы, неправильное приготовление блюд из некоторых съедобных грибов [6]. Во избежание плачевных последствий важно придерживаться следующих рекомендаций: тщательное изучение признаков, позволяющих отличить ядовитый продукт от съедобного, приготовление блюд из грибов в строгом соответствии с рецептом, тщательное очищение от почвы, в которой могут находиться споры ботулизма и соли тяжелых металлов [5]. Все пострадавшие с обоснованным анамнестически и клинически подозрением на острое отравление ядовитыми грибами подлежат обязательной госпитализации в ОАиР, а по возможности – в специализированные центры. При массовых отравлениях для повышения качества диагностики и осуществления единой тактики лечения необходима концентрация всех пострадавших в пределах одного лечебного учреждения [4].

### **ВЫВОДЫ**

1. Крайне тяжелое состояние пациентки установлено на основании развития системной полиорганной недостаточности: острая печено-клеточная недостаточность, энтеральная недостаточность, гемоколит, церебральная недостаточность, гематологическая недостаточность.

2. Основным токсином бледной поганки выступает аманитотоксин, антидотом к которому является индоцианин зеленый.

3. Перевод ребенка на ИВЛ и медикаментозная седация связаны с тяжестью состояния, молниеносным течением процесса и выраженным нарушением сознания.

4. Решение о трансплантации печени от АВ0-совместимого донора, которым стала мать девочки, стало главным фактором благоприятного исхода представленного случая.

### **СПИСОК ИСТОЧНИКОВ**

1. Судебно-медицинская экспертиза. Осторожно: ядовитые грибы! // Бюджетное учреждение Чувашской Республики "Республиканское бюро судебно-медицинской экспертизы" Министерства здравоохранения Чувашской Республики. – URL: <https://rbsme.med.cap.ru/press/2020/9/18/ostorozhno-yadovitie-gribi> (дата обращения: 21.09.2024). Текст: электронный.
2. Амелехина, О.Е. Морфологическая оценка острых отравлений бледной поганкой / О.Е. Амелехина, Р.В. Бабаханян, А.Е. Сафрай // Нефрология. – 2004. – №3. – URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/morfologicheskaya-otsenka-ostryh-otravleniy-blednoy-pogankoy> (дата обращения: 18.03.2025). Текст: электронный.
3. Цоколов, А.В. Изменения миокарда и проводящей системы сердца при остром отравлении аматоксином (бледной поганкой) / А.В. Цоколов, И.Б. Ильин, Е.В. Ткачев [и др.] // Кардиология: Новости. Мнения. Обучение – 2018. – №2 (17). – URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/izmeneniya-miokarda-i-provodyashey-sistemy-serdtsa-pri-ostrom-otravlenii-amatoksinom-blednoy-pogankoy> (дата обращения: 16.09.2024). Текст: электронный.

4. Министерство здравоохранения Российской Федерации. Клинические рекомендации «Токсическое действие других ядовитых веществ, содержащихся в съеденных грибах». – 2018. – 56 с. – URL: <https://diseases.medelement.com/disease/токсическое-действие-других-ядовитых-веществ-содержащихся-в-съеденных-грибах-кр-рф-2018/17210> (дата обращения 23.09.2024).- Текст: электронный
5. Роспотребнадзор. О мерах профилактики отравлений грибами. // Управление Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека по Псковской области. — URL: <https://60.rosпотребнадзор.ru/content/о-мерах-профилактики-отравлений-грибами-0> (дата обращения: 23.09.2024). Текст: электронный.
6. Отравление грибами // Участковый терапевт. — 2017. — № 3. — С. 12.

### Сведения об авторах

Е.О. Ворожцова – студент

А.М. Умарова\* – студент

Е.И. Краснова – кандидат медицинских наук, доцент

### Information about the authors

E.O. Vorozhtsova – Student

A.M. Umarova\* – Student

E.I. Krasnova – Candidate of Sciences (Medicine), Associate Professor

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

alinaumarova106@gmail.com

УДК: 616.92/.93

## ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ЛИХОРАДКИ ЗАПАДНОГО НИЛА. КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

Горюнова Валерия Максимовна<sup>1</sup>, Кузнецов Павел Леонидович<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>Кафедра инфекционных болезней, фтизиатрии и пульмонологии

ФГБОУ ВО «Уральский государственный медицинский университет» Минздрава России

<sup>2</sup>ГАУЗ СО «Городская клиническая больница № 40»

Екатеринбург, Россия

### Аннотация

**Введение.** Лихорадка Западного Нила (ЛЗН) – природно-очаговое трансмиссивное заболевание, вызываемое арбовирусом рода Flaviviridae, характеризующееся лихорадкой, серозным воспалением мозговых оболочек, системным поражением слизистых оболочек, лимфаденопатией и, реже, сыпью. К зонам риска относятся юг Франции, север Италии, Греция, значительная часть Балкан, Турции и Ближнего Востока. **Цель исследования** – описать клинический случай дифференциальной лихорадки Западного Нила у пациентки 18 лет. **Материал и методы.** Использованы материалы истории болезни пациента, находившегося на стационарном лечении в городской клинической больнице №40 г. Екатеринбурга. **Результаты.** Описание клинической картины лихорадки Западного Нила у пациентки 18 лет, проследить динамику заболевания. **Выводы.** Степень тяжести заболевания установлена на основании клинической картины и лабораторных показателей. Лейкоцитоз с нейтрофильным сдвигом влево и лимфоцитоз коррелируют с вирусной активностью заболевания. Одновременное повышение гемоглобина, гематокрита и тромбоцитов отражает гемоконцентрацию, вызванную обезвоживанием.

**Ключевые слова:** лихорадка Западного Нила, комары, трансмиссивный механизм, лихорадка, менингит.

## DIFFERENTIAL DIAGNOSIS OF WEST NILE FEVER: A CLINICAL CASE

Goryunova Valeria Maksimovna<sup>1</sup>, Kuznetsov Pavel Leonidovich<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>Department of Infectious Diseases, Phthisiology, and Pulmonology, Ural State Medical University, Ministry of Health of Russia

<sup>2</sup>City Clinical Hospital No. 40

Yekaterinburg, Russia

### Abstract

**Introduction.** West Nile Fever (WNF) is a natural focal transmissible disease caused by an arbovirus of the Flaviviridae family. It is characterized by fever, serous inflammation of the meninges, systemic involvement of mucous membranes, lymphadenopathy, and, less commonly, rash. High-risk areas include southern France, northern Italy, Greece, a significant portion of the Balkans, Turkey, and the Middle East. **The aim of the study** is to describe a clinical case of differential West Nile fever in an 18-year-old female patient. **Material and Methods.** Materials from the medical history of a patient who underwent inpatient treatment at City Clinical Hospital No. 40 in Yekaterinburg were used. **Results.** Description of the clinical presentation of West Nile Fever in an 18-year-old female patient, tracking the disease's progression. **Conclusions.** The severity of the disease was determined based on clinical presentation and laboratory findings.