

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/o-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

Е.О. Vorozhtsova – Student

А.М. Umarova* – Student

Е.И. 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 Максимовна¹, Кузнецов Павел Леонидович^{1,2}

¹Кафедра инфекционных болезней, фтизиатрии и пульмонологии

ФГБОУ ВО «Уральский государственный медицинский университет» Минздрава России

²ГАУЗ 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 Maksimovna¹, Kuznetsov Pavel Leonidovich^{1,2}

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

²City 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.

Leukocytosis with a neutrophilic left shift and lymphocytosis correlate with the viral activity of the disease. The simultaneous increase in hemoglobin, hematocrit, and platelets reflects hemoconcentration caused by dehydration.

Keywords: West Nile Fever, mosquitoes, transmissible mechanism, fever, meningitis.

ВВЕДЕНИЕ

Лихорадка Западного Нила (ЛЗН) продолжает оставаться актуальной проблемой здравоохранения в различных регионах мира [1]. В 2022 году в России было зарегистрировано 33 случая ЛЗН [1]. Данное число сравнительно невелико, однако, заболевание представляет собой серьезную угрозу из-за возможных тяжелых неврологических нарушений [2]. Вспышки заболевания чаще всего регистрируются в летне-осенний период, что связано с активностью переносчиков инфекции.

ЛЗН представляет серьезную угрозу для здоровья населения, особенно в регионах с благоприятными условиями для размножения комаров — основных переносчиков вируса [3]. Изменения климата способствуют расширению ареала обитания этих насекомых, что приводит к появлению заболевания в новых, ранее не эндемичных районах. В связи с этим, ЛЗН остается значимой проблемой, требующей постоянного мониторинга и профилактических мер для предотвращения распространения инфекции.

Цель исследования – описать клинический случай дифференциальной диагностики лихорадки Западного Нила у пациентки 18 лет.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Был проведен анализ литературных статей, использованы материалы истории болезни, данные лабораторных исследований, пациента с предполагаемым диагнозом лихорадка Западного Нила, находившимся на лечении в городской клинической больнице №40 г. Екатеринбурга.

РЕЗУЛЬТАТЫ

В работе описан клинический случай: пациентка Е., в возрасте 18 лет, доставлена бригадой скорой медицинской помощи в приемное отделение инфекционной службы 19.08.2024г.

Анамнез заболевания: заболела остро, 15.08.2024г. В течение 4 дней беспокоила общая слабость, ежедневный подъем температуры до 37,5 °С, жидкий стул до 10–15 раз в сутки, боль в животе, тошнота, обильная двукратная рвота. 19.08 была самостоятельно вызвана бригада СМП.

Из анамнеза жизни: пациентка Е. вернулась из Турции 28.07.2024г., находилась там около 10 дней. Ходила в поход в горы, в море не купалась. Состоит на учете у психиатра и кардиолога по месту жительства. Принимает препараты: кломипрамин, анафранил, энкорат, клозапин. Операции, травмы, гемотрансфузии: отрицает. Перенесенные заболевания: ОРВИ. Хронические заболевания отрицает.

Госпитализация в инфекционное отделение №2 ГАУЗ СО ГKB № 40 с 19.08.2024 по 03.09.2024г. Результаты лабораторно-инструментальных исследований: в ОАК от 19.08 лейкоцитоз, гранулоцитоз (Таблица 1). В б/х анализе крови от 19.08 повышенный СРБ, амилаза больше нормы (Таблица 2). ЭКГ от 20.08 – синусовая тахикардия. ЧСС 135 мин. Перегрузка правого предсердия. Умеренные диффузные изменения миокарда.

Состояние пациента на момент осмотра средней степени тяжести за счет болевого и диспепсического синдромов.

Неврологический статус: Сознание ясное, адекватен. Ригидности затылочных мышц нет. Зрачки D=S. Кожные покровы: Кожа высыпания - отсутствуют. Иктеричность кожи отсутствует. Лимфаденопатии нет. Зев не гиперемирован. Слизистые оболочки без налета. Температура 37,0 °С. Костно-мышечная система: без особенностей.

Легкие: носовое дыхание свободное. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет. ЧДД 17 в мин., шум трения плевры отсутствует, сатурация 98 без кислородной поддержки.

ССС: гемодинамика стабильная. Тоны сердца ясные, ритмичные. АД=120/70 ЧСС=90.

ЖКТ: видимые слизистые оболочки розового цвета, саливация сохранена, язык обложен бело-желтым налетом. Живот не увеличен, не вздут, пальпаторно болезненный в

околопупочной, надлонной, эпигастральной областях. Перитониальные симптомы отрицательны. Стул - 6 р/д жидкий, водянистый, без патологических примесей, диурез снижен. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Печень 9*8*7, край мягкий, безболезненный. Селезенка не пальпируется.

Предварительный диагноз: Острый гастроэнтерит, неуточненной этиологии, средней степени тяжести.

Консилиум от 23.08.2024. Пациентка предъявляет жалобы на головную боль, светобоязнь, боль при движении глазных яблок. Состояние среднетяжелое. Неврологический статус: Сознание ясное, адекватно. Зрачки D=S. Кожные покровы: Кожа, слизистые оболочки чистые, бледные, физиологической окраски. Сохраняется лихорадка, температура 38,4 °С. Носовое дыхание свободное. В легких жесткое дыхание, хрипов нет. ЧДД 16, шум трения плевры отсутствует, сатурация 98%. Менингеальные знаки: ригидность затылочных мышц +1 см. Синдром Кернига - положительный, синдром Брудзинского – отрицательный.

Гемодинамика стабильная. Тоны сердца ясные, ритмичные. АД= 115/75 ЧСС= 92/мин.

Живот не увеличен, подвздут, безболезненный. Перитониальные симптомы отрицательны. Стула не было. Диурез адекватный.

Осмотр неврологом: D. S. – менингит.

Осмотр гинекологом: данных за острую гинекологическую патологию нет.

Учитывая данные анамнеза заболевания и эпид.анамнеза (вернулась из Турции 28.07.2024), клинико-лабораторных данных, выставляется следующий диагноз: Острый серозный менингит, средней степени тяжести, этиология уточняется.

ПЦР ликвора на герпесы: в работе

ПЦР ликвора на ЭВИ, менингококк, пневмококк, гемофильную палочку – отрицательно. Бак. посев ликвора в работе

ПЦР мазка из зева на ЭВИ: в работе

Кровь на клещевые инфекции в работе. Кровь на прокальцитонин и тропонин – в работе.

Консилиум от 27.08.2024 с участием заведующего кафедрой инфекционных болезней и иммунологии – Сабитовым А. У., доцентом Хамановой Ю. Б., заведующим инфекционным отделением №2.

Жалобы на момент осмотра: головная боль, боль в спине. Состояние средней степени тяжести. Неврологический статус: сознание ясное, адекватно. Кожа, слизистые оболочки чистые, бледные, физиологической окраски. Белый дермографизм. Температура 36,5 °С. Костно-мышечная система без особенностей. Носовое дыхание свободное. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет. ЧДД 16 в минуту, шум трения плевры отсутствует, сатурация 98%.

Менингеальные знаки: ригидность затылочных мышц +1 см. Синдром Кернига – отрицательный, синдром Брудзинского – отрицательный. Гемодинамика стабильная. Тоны сердца ясные, ритмичные. АД= 110/65. Живот не увеличен, не вздут, безболезненный. Перитониальные симптомы отрицательные. Стул оформленный. Диурез адекватный.

Анализ ликвора: общий белок 710 мг/л, цитоз 52 клетки, глюкоза норма, нейтрофилы 56%, лимфоциты 44%

КТ ОБП: выпот в малом тазу

ПЦР ОКИ-скрин: отрицательно

Бак. посев кала: роста патогенной флоры нет

ПЦР ликвора на герпесы: отрицательно

ПЦР ликвора на ЭВИ, менингококк, пневмококк, гемофильную палочку: отрицательно бак. посев ликвора: отрицательно

ПЦР мазка из зева на ЭВИ: отрицательно

Кровь на клещевые инфекции: отрицательно

Прокальцитонин - отр, тропонин – 57 нг/мл

ЭХО-кг: выпот в полости перикарда 5–6 мм.

Диагноз: Острый серозный менингит, средней степени тяжести, этиология уточняется.

Миоперикадит. Панкреатит. Острый гастроэнтерит.

Заключение консилиума:

Учитывая пребывание в Турции (от 28. 07. 2024), отрицательные результаты обследований на энтеровирусную инфекцию, герпес-вирусы, наличие системности поражения (менингит, миоперикарит, панкреатит, кишечный синдром, болевой абдоминальный синдром) – необходимо взять кровь на антитела к вирусу лихорадки Западного Нила.

Таблица 1.

Динамика общего анализа крови

Дата	WBC 10 ⁹ /л	RBC 10 ¹² /л	HGB г/л	HCT %	PLT 10 ⁹ /л	LYM 10 ⁹ /л	GRA %	MON %	EOS %	NEU %
19.08	10.0	4.05	139	41.6	264	20.9	73.9	5.2		
21.08	11.0	3.57	122	36.6	217	20.4	73.4	6.2		
27.08	11.1	3.85	130	41.1	333	23.8			8.6	60.9
02.09	6.6	4.3	146	46.3	383	40.9			4.4	46.8
03.09	6.9	4.43	150	47.7	398	42.2			3.5	47.4

Заключение: лейкоцитоз с нейтрофильным сдвигом влево и лимфоцитоз коррелируют с вирусной активностью заболевания. Одновременное повышение гемоглобина, гематокрита и тромбоцитов отражает гемоконцентрацию, вызванную обезвоживанием.

Таблица 2.

Динамика биохимических показателей

Дата	АЛ Т	АС Т	Ами л	Общи й белок	Креатини н	Моче в	Гл	Ві	КФ К	К/Na	СРБ	Хлорид ы	ЛД Г
19.08	37.6	19.5	432	85.2	89	2.4	5.9	11.5		3.4/136.3	110	108.4	
23.08	13.9	11.9	28	60.1	76	1.6	4.8	6.1	95		111.8		136
27.08	15.9	20.2	43	66.3	89	2.9	4.51	4.2	276	4/143.3	35.3	109.2	166
03.09											2.7		

Заключение: наблюдается снижение воспалительной реакции (СРБ), а также нормализация уровня амилазы. Высокий уровень КФК свидетельствует о миопатии на фоне вирусной интоксикации.

ЭКГ от 20.08.2024: Синусовая тахикардия. ЧСС 135 мин. Перегрузка правого предсердия. Умеренные диффузные изменения миокарда.

УЗИ ОБП от 21.08.2024 - Диффузные изменения паренхимы поджелудочной железы, билиарный сладж.

Кoproграмма - консистенция - жидкий, цвет - коричневый, микроскопия - без патологических изменений.

Тропонин от 27.08 - 57 г\л.

Тропонин от 02.09 - 5 нг\л.

Прокальцитонин (ПКТ) от 27.08 – 0,05 нг/мл.

Бак посев ликвора на стерильность от 23.08 - рост микрофлоры не обнаружен.

ПЦР спинномозговой жидкости (СМЖ) на вирусы герпеса - не обнаружено.

ПЦР СМЖ на энтеровирусы - не обнаружено.

ПЦР СМЖ на менингококк, шевмококк, гемофильную палочку - не обнаружено.

ИФА крови на АТ к клещевому энцефалиту IgM - 0,25 (не обнаружено).

ИФА крови на АТ к *Borrelia burgdorferi* IgM - 0,121 (не обнаружено).

ИФА крови на АТ к *Borrelia burgdorferi* IgG - 0,065 (не обнаружено).

ИФА крови на АТ к вирусу лихорадки Западного Нила IgG – 1,74 (обнаружено) от 30.08.2024 г.

ИФА крови на АТ к вирусу лихорадки Западного Нила IgG – 2,77 (обнаружено) от 09.09.2024 г.

РНК вируса лихорадки Западного Нила от 30.08.2024 – не обнаружено.

РНК вируса лихорадки Западного Нила от 09.09.2024 – не обнаружено.

Анализ ликвора: общий белок 510 мг/л, цитоз 52 кл., нейтрофилы 56%, лимфоциты 44%.

Осмотр хирурга: данных за острую хирургическую патологию нет.

Осмотр терапевта, диагноз: вторичный перимиеокардит с сохраненной функцией сердца. Экстрасистолическая аритмия. ХСН0.

Осмотр невролога: серозный менингит.

Осмотр гинеколога: данных за гинекологическую патологию нет.

Рентген ОГК от 21.08 - Пневмонии не выявлено.

Рентген ОБП от 22.08 - данных за перфорацию полого органа и острую кишечную непроходимость не получено.

КТ ОБП от 22.08 - Данных за острый аппендицит, панкреонекроз не получено. Выпот в малом тазу.

КТ ГМ от 23.08 - Данных за органическую патологию головного мозга не получено. Ретроцеребральная арахноидальная киста, размерами 25*15*19мм.

ЭХО-КГ от 26.08 - Глобальная сократимость правого желудочка сохранена (амплитуда движения латерального фиброзного кольца не снижена). Глобальная сократимость левого желудочка сохранена (ФВ 58 % по Тейхольц). Нарушений локальной сократимости левого желудочка не выявлено. Некоторое уплотнение створок и кольца митрального и аортального клапанов. Аортальная регургитация минимальная, приклапанная, митральная регургитация 1 ст. Признаки легочной гипертензии не выявлены, расчетное систолическое давление в ЛА 23 мм рт ст. Выпот в полости перикарда (толщина слоя до 6 мм).

ОБСУЖДЕНИЕ

Дифференциальная диагностика лихорадки Западного Нила (ЛЗН) представляет значительную сложность из-за неспецифичности клинических проявлений и сходства с другими инфекционными заболеваниями, сопровождающимися лихорадочным синдромом и неврологическими нарушениями [4].

На ранних этапах ЛЗН часто имитирует грипп, ОРВИ или другие вирусные инфекции, проявляясь лихорадкой, миалгией, слабостью и головной болью [5].

Согласно действующим нормативным документам Роспотребнадзора (МУ 3.1.3.2600-10), для постановки диагноза лихорадки Западного Нила требуется комплексное соблюдение трёх групп критериев:

1. Клинические критерии: острое начало заболевания с лихорадкой, головной болью, миалгией, артралгией и общей интоксикацией.

2. Эпидемиологические критерии: наличие контакта с очагом заболевания (пребывание в эндемичной зоне, укусы комаров, возможный контакт с переносчиками).

3. Лабораторные критерии: Подтверждение диагноза методом обнаружения специфической РНК вируса в крови и/или ликворе.

Диагноз подтверждается при четырехкратном увеличении титра IgG в парных сыворотках (при условии отрицательных результатов на другие эндемичные флавивирuses).

Лишь при совместном наличии клинических, эпидемиологических данных и лабораторного подтверждения можно поставить диагноз «лихорадка Западного Нила» по нормам Роспотребнадзора [6].

Следовательно, так как критерии предполагаемого диагноза «Лихорадка Западного Нила» не достигнуты, по результатам лабораторных и инструментальных исследований был установлен следующий основной клинический диагноз: Острая генерализованная вирусная

инфекция неуточненная: острый серозный менингит, острый энтероколит, острый перимеокардит, обострение хронического перикардита.

Сопутствующий диагноз: Нарушение сердечного ритма: редкая желудочковая экстрасистолия.

ВЫВОДЫ

1. Лихорадка Западного Нила (ЛЗН) остается актуальной инфекционной проблемой, особенно в эндемичных регионах, где отмечается рост заболеваемости вследствие климатических изменений и расширения ареала комаров – переносчиков вируса.

2. Диагностика ЛЗН затруднена из-за неспецифичности клинических проявлений, схожих с другими вирусными инфекциями, такими как грипп, ОРВИ или энтеровирусные инфекции.

3. Для подтверждения диагноза необходимо соблюдение трех групп критериев: клинических, эпидемиологических и лабораторных, включающих обнаружение специфической РНК вируса или значительное нарастание титра IgG-антител в динамике.

4. В данном клиническом случае, несмотря на положительные результаты серологического исследования (обнаружение IgG к вирусу ЛЗН), отсутствие РНК вируса и низкий титр антител при повторной сдаче крови (IgG 2,77) не привело к окончательному подтверждению предполагаемого диагноза.

5. Данный случай подчеркивает важность комплексного подхода к диагностике ЛЗН и необходимость лабораторного подтверждения инфекции с учетом специфических требований эпидемиологического надзора.

СПИСОК ИСТОЧНИКОВ

1. Е.В. Путинцева Лихорадка Западного Нила в Российской Федерации в 2022 г., прогноз заболеваемости на 2023 г. / Е.В. Путинцева, С.К. Удовиченко, Д.Н. Никитин и др. // Проблемы особо опасных инфекций. — 2023. — № 1. — С. 75–84.
2. Д.А. Петриков Лихорадка Западного Нила: эпидемиология, клиника, диагностика и лечение / Д.А. Петриков, А.В. Смирнов // Инфекционные болезни. — 2022. — Т. 10. № 4. — С. 45–52.
3. А.Н. Беляев Клинические проявления и диагностика лихорадки Западного Нила в России / А.Н. Беляев, Е.В. Морозова // Журнал инфекционной патологии. — 2020. — Т. 8. № 2. — С. 67–73.
4. И.В. Сидорова Современные подходы к диагностике и лечению вирусных инфекций / И.В. Сидорова, П.Н. Кузнецов // Журнал клинической медицины. — 2021. — Т. 8. № 3. — С. 112–118.
5. В.В. Киселев Лабораторные методы диагностики вирусных инфекций / В.В. Киселев, О.П. Тихонова // Клиническая лабораторная диагностика. — 2022. — Т. 11. № 6. — С. 89–95.
6. Меры профилактики и противоэпидемические мероприятия при лихорадке Западного Нила: методические указания / Роспотребнадзор. — 2010. — 32 с.

Сведения об авторах

В. М. Горюнова* – студент

П. Л. Кузнецов – кандидат медицинских наук, доцент

Information about the authors

V. M. Goryunova* – student

P.L. Kuznetsov – Candidate of Sciences (Medicine), Associate Professor

*Автор, ответственный за переписку (Corresponding author):

Gvmaximovna@mail.ru

УДК: 616.9:579.845

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ВТОРИЧНОГО МЕНИНГОЭНЦЕФАЛИТА У РЕБЕНКА 10 ЛЕТ

Дроботова Анастасия Вадимовна, Хлынина Юлия Олеговна

Кафедра детских инфекционных болезней

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Волгоград, Россия

Аннотация

Введение. Бактериальные гнойные менингиты и менингоэнцефалиты являются наиболее тяжелыми формами инфекционной патологии ЦНС у детей. Клинические проявления поражений центральной нервной системы полиморфны, типично острое или длительное течение, наличие осложнений, неврологических дефицитов,