

ПЕРВИЧНАЯ МЕНИНГОКОККОВАЯ ПНЕВМОНИЯ КАК ДЕБЮТ ГЕНЕРАЛИЗОВАННОЙ ФОРМЫ ИНФЕКЦИИ, ВЫЗВАННОЙ *N. MENINGITIDIS* СЕРОГРУППЫ W135

Кимирилова О. Г., Александрова Т. В.

Астраханский государственный медицинский университет
Научный руководитель: д-р мед. наук, проф. Харченко Г. А.

Актуальность. Менингококковая инфекция (МИ) сохраняет эпидемиологическую значимость: в 2024 году в РФ зарегистрировано 694 случая генерализованной формы МИ (ГФМИ). Особую проблему представляют редко диагностируемые формы, включая менингококковую пневмонию, доля которой составляет 2–8% среди всех проявлений МИ. Отсутствие патогномоничных симптомов (лихорадка, кашель, интоксикация) затрудняет своевременную верификацию, что нередко приводит к диагностике уже на этапе ГФМИ с развитием жизнеугрожающих осложнений [1-2].

Цель. Демонстрация клинического случая тяжелого течения ГФМИ, дебютировавшей с двусторонней пневмонией, для повышения настороженности врачей в отношении атипичных форм МИ.

Методы исследования. Проведен ретроспективный анализ истории болезни пациентки К. 16 лет, находившейся на лечении в ГБУЗ «ОИКБ им. А. М. Ничоги» (г. Астрахань) в ноябре 2025 года.

Результаты и их обсуждение. Пациентка К. 16 лет, госпитализирована 10.11.2025 в крайне тяжелом состоянии в ГБУЗ «ОИКБ им. А. М. Ничоги» г. Астрахань. Заболевание манифестировало 06.11.2025 с фебрильной лихорадкой и нарастающей одышкой. Первичная госпитализация в инфекционное отделение осуществлена с подозрением на внебольничную пневмонию. При КТ органов грудной клетки (11.11.2025) выявлен распространенный процесс: двусторонняя полисегментарная пневмония, массивный гидроторакс. Выполнено дренирование правой плевральной полости (11.11.2025). Микробиологическое исследование мокроты выделило *Neisseria meningitidis* серогруппы W135, после чего пациентка переведена в инфекционное реанимационное отделение. Клиническая картина соответствовала септическому шоку и полиорганной недостаточности. Лабораторно подтвержден массивный воспалительный ответ: лейкоцитоз $36,5 \times 10^9/\text{л}$ с нейтрофильным сдвигом, СРБ 147,7 мг/л, прокальцитонин $>0,50$ нг/мл. Инструментально визуализированы пневмомедиастинум и массивный плевральный выпот.

Лечение включало комбинированную антибиотикотерапию (меропенем 6,0 г/сут, линезолид 1200 мг/сут), инфузионную поддержку, инотропные препараты и респираторную терапию. После идентификации возбудителя и коррекции терапии на 22-е сутки достигнута положительная динамика, пациентка выписана на амбулаторное наблюдение.

Данный случай демонстрирует трансформацию изолированной менингококковой пневмонии в ГФМИ с развитием инфекционно-токсического шока. Серотип W135 характеризуется повышенной вирулентностью и склонностью к тяжелому течению [3].

Выводы. Менингококковая пневмония может выступать первым проявлением ГФМИ и протекать с развитием угрожающих жизни состояний (шок, полиорганная недостаточность). Отсутствие патогномичной симптоматики диктует необходимость расширенного микробиологического поиска у всех пациентов с тяжелой внебольничной пневмонией для своевременной этиотропной терапии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Feldman, C. Epidemiology, pathogenesis and management of meningococcal disease / C. Feldman, R. Anderson // Current Opinion in Infectious Diseases. – 2020. – Vol. 33, № 3. – P. 205-213.
2. Global Meningococcal Initiative: guidelines for diagnosis and confirmation of invasive meningococcal disease / J. A. Vázquez, M. K. Taha, J. Findlow [et al.] // Epidemiology and Infection. – 2021. – Vol. 149. – P. 94.
3. McNamara, L. A. Meningococcal disease / L. A. McNamara, A. Blain // CDC Yellow Book. – Oxford :University Press, 2023. – P. 289-293.

КЛЕТОЧНЫЕ И МОЛЕКУЛЯРНО-БИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ОТВЕТА НА ГИПОКСИЧЕСКУЮ НАГРУЗКУ У ВЫСОКОУСТОЙЧИВЫХ, СРЕДНЕУСТОЙЧИВЫХ И НИЗКОУСТОЙЧИВЫХ К НЕДОСТАТКУ КИСЛОРОДА САМЦОВ КРЫС ВИСТАР

Кириллова М. В., Джалилова Д. Ш., Цветков И. С.

Российский научный центр хирургии имени академика Б.В.Петровского
Научный руководитель: д-р мед. наук, проф. Макарова О. В.

Актуальность. Известно, что у низкоустойчивых к гипоксии (НУ) организмов по сравнению с высокоустойчивыми (ВУ) тяжесть течения системного воспалительного ответа выше, а чувствительность к гипоксии коррелирует с уровнем экспрессии *Hif1a* в печени. Кировой и соавт. показано, что воздействие гипобарической гипоксии в барокамере на «высоте» 5000 м приводит к увеличению содержания HIF-1α в неокортексе только у НУ крыс, при этом на «высоте» 7000 м динамика изменений не зависит от устойчивости к гипоксии [1]. Однако в этой и других работах были исключены среднеустойчивые (СУ) особи, которые составляют наименее гетерогенную группу и большую часть популяции.