



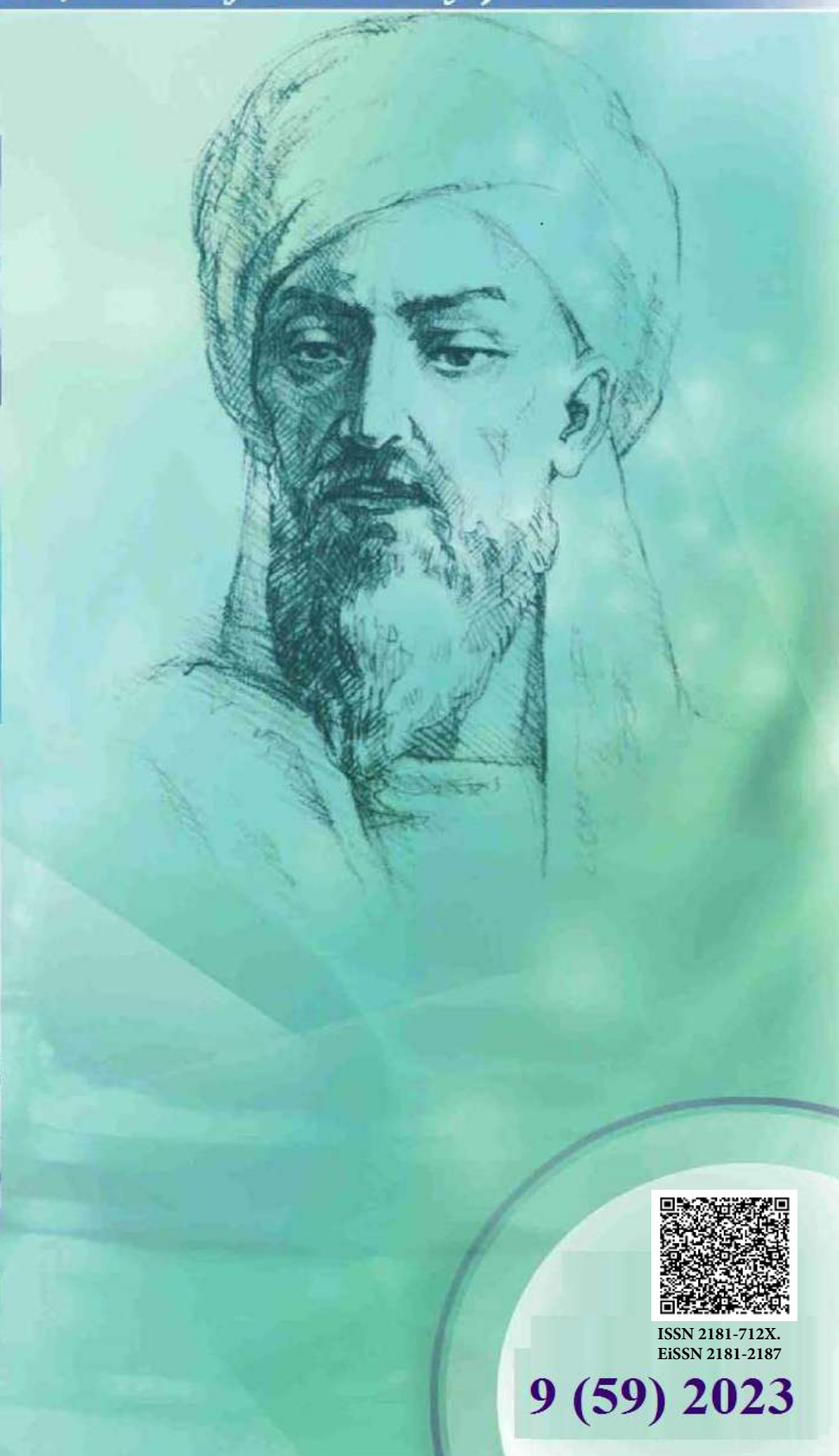
New Day in Medicine
Новый День в Медицине

NDM



TIBBIOVIYOTDA YANGI KUN

Ilmiy referativ, marifiy-ma'naviy jurnal



AVICENNA-MED.UZ



ISSN 2181-712X.
EiSSN 2181-2187

9 (59) 2023

Сопредседатели редакционной коллегии:

**Ш. Ж. ТЕШАЕВ,
А. Ш. РЕВИШВИЛИ**

Ред. коллегия:

М.И. АБДУЛЛАЕВ
А.А. АБДУМАЖИДОВ
А.Ш. АБДУМАЖИДОВ
Р.Б. АБДУЛЛАЕВ
Л.М. АБДУЛЛАЕВА
М.М. АКБАРОВ
Х.А. АКИЛОВ
М.М. АЛИЕВ
С.Ж. АМИНОВ
Ш.Э. АМОНОВ
Ш.М. АХМЕДОВ
Ю.М. АХМЕДОВ
Т.А. АСКАРОВ
М.А. АРТИКОВА
Ж.Б. БЕКНАЗАРОВ (главный редактор)
Е.А. БЕРДИЕВ
Б.Т. БУЗРУКОВ
Р.К. ДАДАБАЕВА
М.Н. ДАМИНОВА
К.А. ДЕХКОНОВ
Э.С. ДЖУМАБАЕВ
Н.Н. ЗОЛотова
А.Ш. ИНОЯТОВ
С. ИНДАМИНОВ
А.И. ИСКАНДАРОВ
Э.Э. КОБИЛОВ
Д.М. МУСАЕВА
Т.С. МУСАЕВ
Ф.Г. НАЗИРОВ
Н.А. НУРАЛИЕВА
Б.Т. РАХИМОВ
Х.А. РАСУЛОВ
Ш.И. РУЗИЕВ
С.А. РУЗИБОВЕВ
С.А. ГАФФОРОВ
С.Т. ШАТМАНОВ (Кыргызстан)
Ж.Б. САТТАРОВ
Б.Б. САФОВЕВ (отв. редактор)
И.А. САТИВАЛДИЕВА
Д.И. ТУКСАНОВА
М.М. ТАДЖИЕВ
А.Ж. ХАМРАЕВ
А.М. ШАМСИЕВ
А.К. ШАДМАНОВ
Н.Ж. ЭРМАТОВ
Б.Б. ЕРГАШЕВ
Н.Ш. ЕРГАШЕВ
И.Р. ЮЛДАШЕВ
Д.Х. ЮЛДАШЕВА
А.С. ЮСУПОВ
М.Ш. ХАКИМОВ
Д.О. ИВАНОВ (Россия)
К.А. ЕГЕЗАРЯН (Россия)
DONG JINCHENG (Китай)
КУЗАКОВ В.Е. (Россия)
Я. МЕЙЕРНИК (Словакия)
В.А. МИТИШ (Россия)
В.И. ПРИМАКОВ (Беларусь)
О.В. ПЕШИКОВ (Россия)
А.А. ПОТАПОВ (Россия)
А.А. ТЕПЛОВ (Россия)
Т.Ш. ШАРМАНОВ (Казахстан)
А.А. ЩЕГОЛОВ (Россия)
Prof. Dr. KURBANHAN MUSLUMOV (Azerbaijan)
Prof. Dr. DENIZ UYAK (Germany)

www.bsmi.uz

<https://newdaymedicine.com>

E: ndmuz@mail.ru

Тел: +99890 8061882

**ТИББИЁТДА ЯНГИ КУН
НОВЫЙ ДЕНЬ В МЕДИЦИНЕ
NEW DAY IN MEDICINE**

Илмий-рефератив, маънавий-маърифий журнал

Научно-реферативный,

духовно-просветительский журнал

УЧРЕДИТЕЛИ:

**БУХАРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ
ООО «ТИББИЁТДА ЯНГИ КУН»**

Национальный медицинский
исследовательский центр хирургии имени
А.В. Вишневского является генеральным
научно-практическим
консультантом редакции

Журнал был включен в список журнальных
изданий, рецензируемых Высшей
Аттестационной Комиссией
Республики Узбекистан
(Протокол № 201/03 от 30.12.2013 г.)

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ:

М.М. АБДУРАХМАНОВ (Бухара)
Г.Ж. ЖАРЫЛКАСЫНОВА (Бухара)
А.Ш. ИНОЯТОВ (Ташкент)
Г.А. ИХТИЁРОВА (Бухара)
Ш.И. КАРИМОВ (Ташкент)
У.К. КАЮМОВ (Тошкент)
Ш.И. НАВРУЗОВА (Бухара)
А.А. НОСИРОВ (Ташкент)
А.Р. ОБЛОКУЛОВ (Бухара)
Б.Т. ОДИЛОВА (Ташкент)
Ш.Т. УРАКОВ (Бухара)

9 (59)

2023

сентябрь

Received: 20.08.2023, Accepted: 05.09.2023, Published: 15.09.2023.

УДК 616.831.9-002.3:616-022.7

**КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ГНОЙНОГО
МЕНИНГИТА/МЕНИНГОЭНЦЕФАЛИТА, ВЫЗВАННОГО *S.PNEUMONIAE* У
ВЗРОСЛЫХ**

¹ Таджиева Нигора Убайдуллаевна, Email: nigoratadjieva.1773@gmail.com

² Раббимова Нодира Тахтемировна <https://orcid.org/0000-0003-4748-8149>

² Матякубова Феруза Эгамовна, Email: feruzamatyakubova23@gmail.com

¹ Ташкентская медицинская академия, Узбекистан, г.Ташкент, ул. Фараби, 2, +998(78) 150 78 25, E-mail: info@tma.uz

² Самаркандский государственный медицинский университет, Узбекистан, г.Самарканд, ул. А.Тимура, 18, +998 (66) 233 08 41, E-mail: samgmi@mail.ru

✓ **Резюме**

Пневмококковые менингиты характеризуются тяжелым течением, при этом летальность может достигать до 15-20%, тогда как при менингококковом менингите летальность меньше в 5-7 раз, а при гнойном менингите, вызванном гемофильной бактерией типа b составляет в 2-4 раза меньше. Пневмококковый менингит/менингоэнцефалит у обследованных больных характеризовался тяжелым осложненным течением, протекающим с поражением ЦНС и длительными остаточными проявлениями, отражающийся на качестве жизни пациентов после перенесения заболевания.

Ключевые слова: пневмококковая инфекция, менингит, S.pneumoniae

**S. PNEUMONIAE TOMONIDAN CHAQIRILGAN YIRINGLI
MENINGIT/MENINGOENSEFALITNING KATTALARDA KLINIK-LABORATOR
XUSUSIYATLARI**

¹ Tajiyeva Nigora Ubaydullaevna, Email: nigoratadjieva.1773@gmail.com

² Rabbimova Nodira Tashtemirovna <https://orcid.org/0000-0003-4748-8149>

² Matyakubova Feruza Egamovna, Email: feruzamatyakubova23@gmail.com

¹ Toshkent tibbiyot akademiyasi, O'zbekiston, Toshkent, ko'ch. Forobiy, 2, +998(78) 150 78 25 e-mail: info@tma.uz

² Samarqand davlat tibbiyot universiteti, O'zbekiston, Samarqand, ko'ch. A. Timura, 18, +998 (66) 233 08 41 e-mail: samgmi@mail.ru

✓ **Rezyume**

Pnevmonokk meningit og'ir kechishi bilan ajralib turadi va o'lim darajasi 15-20% gacha yetishi mumkin, meningokk meningitda esa o'lim darajasi pnevmokokkli meningitga qaraganda 5-7 baravar kam, Haemophilus influenzae tip b bakteriyasi qo'zg'atadigan yiringli meningitda esa 2 marta. -4 baravar kam. Tekshirilgan bemorlarda pnevmokokk meningit/meningoensefalit markaziy asab tizimining shikastlanishi va uzoq muddatli saqlanib turadigan asoratlari bilan kechgan, kasallikdan keyin bemorlarning hayot sifatiga katta ta'sir ko'rsatgan.

Kalit so'zlar: pnevmokokk infeksiyasi, meningit, S.pneumoniae

CLINICAL AND LABORATORY CHARACTERISTICS OF PURULENT MENINGITIS/MENINGOENCEPHALITIS CAUSED BY *S. PNEUMONIAE* IN ADULTS

¹ Tajiyeva Nigora Ubaydullaevna, Email: nigoratadjieva.1773@gmail.com

² Rabbimova Nodira Tashtemirovna <https://orcid.org/0000-0003-4748-8149>

² Matyakubova Feruza Egamovna, Email: feruzamatyakubova23@gmail.com

¹Tashkent Medical Academy, Uzbekistan, Tashkent, st. Farabi, 2, +998(78) 150 78 25 e-mail: info@tma.uz

²Samarkand State Medical University, Uzbekistan, Samarkand, st. A. Timura, 18, +998 (66) 233 08 41 e-mail: samgmi@mail.ru

✓ Resume

Pneumococcal meningitis is characterized by a severe course, and the mortality rate can reach up to 15-20%, while with meningococcal meningitis the mortality rate is 5-7 times less, and with purulent meningitis caused by Haemophilus influenzae type b bacterium it is 2-4 times less. Pneumococcal meningitis/meningoencephalitis in the examined patients was characterized by a severe complicated course, occurring with damage to the central nervous system and long-term residual manifestations, affecting the quality of life of patients after the disease.

Key words: *pneumococcal infection, meningitis, S.pneumoniae*

Актуальность

S. pneumoniae (пневмококк) – бактерия, которая в литературных источниках описывается как условно-патогенная микрофлора человека. По данным ВОЗ, заболевания, вызванные *Streptococcus pneumoniae* (*S.pneumoniae*, пневмококк) занимают одно из ведущих мест среди причин заболеваемости и смертности [3,1]. Пневмококковые менингиты характеризуются тяжелым течением, при этом летальность может достигать до 15-20%, тогда как при менингококковом менингите летальность меньше в 5-7 раз, а при гнойном менингите, вызванном гемофильной бактерией типа b составляет в 2-4 раза меньше [1, 4, 5]. Этиологическая структура ГМ может различаться в различных странах, и часто зависит от проводимой вакцинации, географических особенностей. В связи с этим, изучение клинических особенностей заболеваний, вызываемых *S.pneumoniae* и в частности пневмококковым менингитом является весьма важным.

Целью настоящего исследования выявления явилось выявление клинико-лабораторных особенностей пневмококкового менингита/менингоэнцефалита.

Материал и методы

Нами были проанализированы основные клинические признаки и лабораторные показатели различных клинических форм заболевания у 57/100% больных, в ликворе которых был идентифицирован *S.pneumoniae*, находившихся на стационарном лечении в ГКИБ №1 г.Ташкента. Для выявления отличительных клинических признаков в качестве группы сравнения была определена идентичная по полу, возрасту группа больных с менингококковым менингитом/менингоэнцефалитом (n=52).

Результат и обсуждение

Больные поступали в стационар с предварительным диагнозом: «Острая респираторная вирусная инфекция, интоксикация ЦНС» (14/24,6%); «Менингоэнцефалит невыясненной этиологии» (20/35,1%); «Серозный менингит?» (6/10,5%); «ОРВИ, Пневмония» (4/7%); «Менингит?» (13/22,8%).

На течение и исход болезни оказывали влияние сроки госпитализации, а также наличие сопутствующих заболеваний больного.

Так, отмечена зависимость исходов болезни от срока поступления больного в стационар и частотой осложненных форм болезни. Анализ сроков поступления больных в стационар больных ПМ представлены в табл. 1.

Как представлено в табл. 1, достоверно чаще больные поступали в первые 2 дня болезни – 35/61,5%, на третий день – 14/24,5%, 4-5 день и позже по 4/7% больных. Тогда как при ММ больные в 42/80,8% поступали в первый день болезни, что было связано с более острым началом

заболевания, по сравнению с пневмококковым.

Вместе с тем, сроки госпитализации больных зависели от клинической формы предшествующей очаговой инфекции. Так, острое, бурное начало болезни отмечалось у больных с первичным пневмококковым менингитом, вторичный ПМ развивался более постепенно. При этом, началу болезни предшествовали гнойно-воспалительные заболевания органов дыхания, ЛОР-органов, в остальных случаях заболевание развивалось более постепенно, с нарастанием симптомов интоксикации, присоединением общемозговых проявлений и в дальнейшем менингеальных симптомов.

Таблица 1

Сравнительная характеристика сроков госпитализации обследованных больных пневмококковым и менингококковым менингитом

День болезни в период госпитализации	Пневмококковый менингит (n=57)		Менингококковый менингит (n=52)	
	абс.	%	абс.	%
1	12	21,1	42	80,8
2	23	40,4	9	17,3
3	14	24,5	1	1,9
≤5	4	7	-	-
>5	4	7	-	-
Всего	57	100,0	52	100

Все включенные в исследование больные в 100% случаев в день поступления в стационар, были госпитализированы в отделение реанимации и интенсивной терапии (ОРИТ), при этом среднее пребывание больных в ОРИТ составило 5,2±1,76 дней.

Клиническое течение менингококкового менингита/менингоэнцефалита у всех 100% больных характеризовалось острым течением, при этом заболевание начиналось остро, с предшествующими проявлениями назофарингита, который в течение короткого времени перерастал в проявления менингита. Однако, начало пневмококкового менингита/менингоэнцефалита у наблюдаемых больных характеризовалось острым течением у 21 (36,8%), в большинстве случаев у 27 (47,4%) затяжным и у 9 (15,8%) рецидивирующим течением (рис. 1).

Сравнительный анализ клинического течения менингитов/менингоэнцефалитов пневмококковой (n=57) и менингококковой (n=52) этиологий позволил определить некоторые клинические особенности и различия в течении данных заболеваний (Табл.2). Так, острое начало заболевания достоверно чаще было характерно для больных с менингококковым менингитом (ММ) (52/100%), против 15/26,3% при пневмококковом менингите.

Для пневмококкового менингита/менингоэнцефалита характерным являлось постепенное развитие симптомов интоксикации с присоединением симптомов нейротоксикоза, менингеальной симптоматики, в тяжелых формах с проявлениями поражения вещества головного мозга – очаговой симптоматики (40/70,2%). При сравнении данного показателя были установлены статистически значимые различия ($p < 0,001$). Шансы показателя в группе больных с ПМ были выше в 4,183 раза, по сравнению с ММ, различия шансов были статистически значимыми (95% ДИ: 1,770 – 9,886).

Анализ особенностей клинических симптомов пневмококкового менингита/менингоэнцефалита у обследованных больных показал, что заболевание у всех 100% больных характеризовалось лихорадочно-интоксикационным синдромом, при поступлении отмечались общемозговые симптомы и менингеальные симптомы (100%), очаговые поражения и патологические рефлексы в 40/70,2% случаях, что было достоверно чаще чем в группе с ММ.

Лихорадочно-интоксикационный синдром проявлялся гипертермией, миастенией, миалгией, анорексией. Так, по степени повышения температуры тела, в 45/78,9% случаев наблюдалось повышение до 38-39°C, в 12/21,1% случаях до 39-40°C.

При сравнении с ММ, эти значения составили – 25/48,1% и 21/40,4% соответственно. Однако, у 6/11,5% пациентов с ММ отмечалось повышение температуры тела до гиперпиретических

цифр. При оценке данного показателя были выявлены существенные различия ($p=0,003$) Частота возникновения миалгий и артралгий достоверно не различались при ПМ и ММ (40/70,2% и 41/78,8% соответственно). По длительности лихорадочного периода достоверных различий выявлено не было – $8,2 \pm 1,3$ дня при ММ и $9,1 \pm 1,4$ дня при менингите, вызванном *S.pneumoniae*.

Таблица 2

**Сравнительная характеристика клинических симптомов
менингита/менингоэнцефалита, вызванного *S.pneumoniae* и *N.meningitidis***

Клинические проявления	Менингококковый менингит (n=52)		Пневмококковый менингит (n=57)		P
	абс. Число	%	абс. Число	%	
Начало заболевания:					
Острое	52	100,0	15	26,3	< 0,001*
Постепенное	0	0,0	42	73,7	
Температура тела:					
38-39° С	25	48,1	45	78,9	0,003*
39-40° С	21	40,4	12	21,1	
Более 40° С	6	11,5	-	-	
Озноб	8	15,4	19	33,3	0,045*
Миалгии, артралгии	41	78,8	40	70,2	0,293
Катаральный синдром	12	23,1	9	15,8	0,326
Распирающая головная боль	52	100	57	100	–
Светобоязнь	45	86,5	41	71,9	0,070
Рвота	43	82,7	43	75,4	0,418
Менингеальные симптомы	52	100	57	100	–
Спутанность сознания, дезориентация	4	7,7	38	66,6	< 0,001*
Очаговые поражения	7	13,5	40	70,2	< 0,001*
Патологические рефлексы	7	13,5	40	70,2	< 0,001*
Отек головного мозга	35	67,3	39	68,4	0,418
Пневмония	0		5	8,8	0,045*
Сыпь:					
Петехиальная			7	12,3	< 0,001*
Крупная геморрагическая	48	92,3			

Примечание: * – различия показателей статистически значимы ($p < 0,05$)

Общемозговые симптомы характеризовались головными болями, болями в глазах, головокружением, головная боль была разлитого характера, сопровождалась тошнотой и рвотой, не приносящей облегчения, гиперестезией кожных покровов, положительными менингеальными симптомами. Менингеальные симптомы и общемозговая симптоматика, отмечались у всех (100%) больных, вне зависимости от этиологии. Общая продолжительность основных клинических симптомов зависела от тяжести инфекционного процесса и достоверно дольше сохранялась при пневмококковом менингоэнцефалите ($12,2 \pm 1,0$ дней), по сравнению с менингитом ($9,1 \pm 0,8$ дней).

У 9/15,8% больных отмечались катаральные явления со стороны верхних дыхательных путей в виде сухого и продуктивного кашля, серозного отделяемого из носа при ПМ, а при ММ у 12/23,1% больных. При сравнении показателя катарального синдрома в зависимости от показателя группы обследованных больных, нам не удалось установить статистически значимых различий ($p = 0,326$).

Патологические рефлексы определялись достоверно чаще в группе больных с менингоэнцефалитами, обусловленными *S.pneumoniae* (40/70,2%) в сравнении с менингитами менингококковой этиологии (7/13,5%). При этом, при ПМ наблюдалось более раннее поражение пар черепно-мозговых нервов (ЧМН) – уже в первые 2-3 дня заболевания и протекала чаще с поражением лицевого и глазодвигательных нервов. При ММ чаще встречалась патология со

стороны глазодвигательного нерва, в некоторых случаях подъязычного и языкоглоточного нервов. Исходя из полученных данных при сравнении симптомов поражения пар черепно-мозговых нервов нами были выявлены статистически значимые различия ($p < 0,001$).

Сыпь при ММ (48/92,3%) характеризовалась геморрагиями различной величины – от мелких петехиальных до сливных геморрагических с некрозом. При ПМ сыпь встречалась достоверно реже (7/12,3%), чем при ММ и имела характер единичных петехий на нижних конечностях ($p < 0,001$).

При лабораторном исследовании лейкоцитоз в общих анализах крови у всех больных ПМ и ММ в разгаре заболевания составлял 11 до $26 \times 10^9/\text{л}$ (в среднем $15 \times 10^9/\text{л}$), при этом определялся сдвиг лейкоформулы влево, СОЭ было ускорено до 60 мм/ч (в среднем 35 мм/ч), что характерно для бактериальных инфекций. При сравнительном анализе этих показателей при ПМ и ММ достоверных различий не было выявлено. У 22,8% больных ПМ имелись признаки нефропатии с характерными для этой патологии лейкоцитурией, протеинурией и повышением плотности мочи (табл. 3).

Таблица 3

Показатели общего анализа крови у пациентов с пневмококковым и менингококковым менингитом в разгаре заболевания

Показатель	Пневмококковый менингит (n=57)		Менингококковый менингит (n=52)	
	Абс	Абс	%	%
Гемоглобин менее 100 г/л	18	31,6	21	40,4
Лейкоцитоз, более $9,0 \times 10^9/\text{л}$	57	100	52	100
Сдвиг лейкоцитарной формулы влево	57	100	52	100
Ускоренное СОЭ более 15 мм/ч	57	100	52	100

Всем 100% обследованным больным при поступлении проводилась спинномозговая пункция для исследования общих и биохимических показателей ликвора. При этом, в 100% как при ММ, так и при ПМ, ликвор вытекал частыми каплями, под высоким давлением, при ММ был мутным в 100%, а при ПМ мутным ликвор отмечался в 51/89,5% случаях. Микроскопия ликвора у 100% обследованных больных с ММ характеризовалась нейтрофильным цитозом, а при ПМ у 47/82,5%, в остальных случаях (10/17,5%) ликвор был лимфоцитарным, при этом повторное исследование ликвора у этих больных показывал нейтрофильный цитоз. Также, исследование ликвора показывало повышение уровня белка с колебаниями 2,45 – 4,5 г/л. При окраске мазков ликвора по Граму при ММ в 94,2% случаях выявлялись диплококки, а при ПМ в 95,6% случаях ланцетовидные кокки. Для оценки санации ликвора и коррекции лечебной тактики всем больным в динамике на 10-11 дни лечения проводилась повторная спинномозговая пункция (табл.4).

Анализ осложнений у наблюдаемых больных с ПМ характеризовался отеком головного мозга I-II степени в 40/70,2% случаев, ИТШ I-II степени в 10/17,5% случаев, ДВС - синдром отмечался у 5/8,8% больных. При сравнении с осложнениями развившимися у больных с ММ, отмечено, что достоверно чаще ММ сопровождался ИТШ различной степени (36/69,2% больных) и ДВС синдромом (23/44,2%). Отек головного мозга встречался в 12/23,1% случаев. Данное различие ПМ и ММ связано с особенностями патогенеза заболеваний и свойствами возбудителей.

Анализ исходов ПМ у наблюдаемых больных, показал связь развития неблагоприятных исходов от сроков госпитализации, своевременного начала этиотропной и патогенетической терапии, а также наличия сопутствующих заболеваний. У всех 100% обследованных нами пациентов с ПМ в течение 1 мес сохранялись слабость, головные боли, что было связано с астеническим синдромом. В 14/24,6% случаях развивалась нестабильность гемодинамики, характеризовалась повышением или понижением артериального давления. Также, в 1/1,8% случае наблюдался ишемический инсульт, в 12/21,1% случаев наблюдалась вестибуло-кохлеарная невропатия с потерей слуха. При ММ астенический синдром и нестабильность

гемодинамики встречалась достоверно реже – 37/71,2% и 5/9,6% соответственно. Вестибуло-кохлеарная невропатия встречалась в 3/5,8% случаев.

Таблица 4

Показатели ликвора при пневмококковом и менингококковом менингите

Показатели ликвора	Пневмококковый менингит (n=57)				Менингококковый менингит (n=52)			
	В день поступления		Через 10-11 дней		В день поступления		Через 10-11 дней	
	Абс	%	Абс	%	Абс	%	Абс	%
Цвет, прозрачность: Зеленоватый, мутный Бесцветный, прозрачный	51 6	89,5 10,5	0 57	0 100	52 0	100 0	0 52	0 100
Цитоз: 800 и выше в 1 мкл Менее 100 в 1 мкл	52 5	91,2 8,8	0 57	0 100	52 0	100 0	0 52	0 100
Цитоз нейтрофильный Цитоз лимфоцитарный	47 10	82,5 17,5	0 57	0 100	52 0	100 0	0 52	0 100
Белок более 1,0 г/л Белок менее 0,33 г/л	57 0	100 0	0 57	0 100	52 0	100 0	0 52	0 100
Окраска по Граму: ланцетовидные кокки в поле зрения	54	94,7	5	8,8	0	0	0	0
Шарообразные диплококки в поле зрения	0	0	0	0	49	94,2	1	1,9

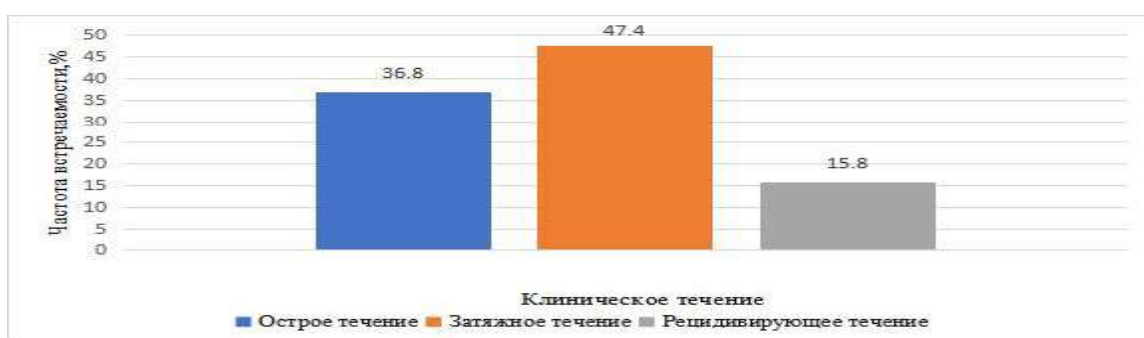


Рис.1. Клиническое течение пневмококкового менингита/менингоэнцефалита у обследованных (n=57)

Таким образом, пневмококковый менингит/менингоэнцефалит у взрослых характеризовался у 100% больных присутствием лихорадочно-интоксикационного синдрома с проявлениями общемозговых и менингеальных симптомов.

Пневмококковый менингит/менингоэнцефалит у обследованных характеризовался у 36,8% больных острым, у 47,4% больных затяжным, у 15,8% рецидивирующим течением, по сравнению с менингококковым менингитом/менингоэнцефалитом, где течение было острым в 100% случаях. Исходы ПМ характеризовались у 100% больных астеническим синдромом,

нестабильностью гемодинамики (24,6%), головными болями (21,1%), вестибуло-кохлеарной невропатией (21,1%), ишемическим инсультом (1,8%), снижением зрения (1,8%), которым в последующем требовалась длительная реабилитация.

Выводы

Пневмококковый менингит/менингоэнцефалит у обследованных больных характеризуется тяжелым осложненным течением, протекающим с поражением ЦНС и длительным остаточными проявлениями, отражающийся на качестве жизни пациентов после перенесения заболевания. В связи с этим, вопросы эпидемиологического надзора, ранней диагностики, своевременно проводимой этиотропной и патогенетической терапии, а также специфической профилактики пневмококковых менингитов/менингоэнцефалитов как у детей, так у взрослых остаются актуальными.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Даминов Т.А. и др. Клиническая характеристика инвазивных пневмококковых заболеваний у детей в Узбекистане // Детские инфекции. 2015;14(2):11-16.
2. Вакцинопрофилактика пневмококковой инфекции. Федеральные клинические рекомендации [электронный ресурс] / Союз Педиатров России; НП «НАСКИ». – М., 2015. – 24 с. Режим доступа: http://nasci.ru/resources/directory/201/common/2015_4_Pnevmo_vak_new.p
3. WHO. Estimates of disease burden and cost-effectiveness [electronic resource] / WHO. – Geneva, 2017. – Mode of access: https://www.who.int/immunization/monitoring_surveillance/burden/estimates/en/
4. Vadlamudi N. K. et al. Incidence of invasive pneumococcal disease after introduction of the 13-valent conjugate pneumococcal vaccine in British Columbia: A retrospective cohort study // PloS one. 2020;15(9):e0239848.
5. Wu C. J. et al. Serotype distribution and antimicrobial susceptibility of streptococcus pneumoniae in pre- and post-PCV7/13 Eras, Taiwan, 2002–2018 // Frontiers in microbiology. 2020;11:557404.

Поступила 20.08.2023