

**ФУНДАМЕНТАЛ ВА
КЛИНИК ТИББИЁТ
АХБОРОТНОМАСИ**

***BULLETIN OF* FUNDAMENTAL
AND CLINIC MEDICINE**

2026, №4 (24)

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН

**BULLETIN OF FUNDAMENTAL
AND CLINIC MEDICINE**
**ФУНДАМЕНТАЛ ВА КЛИНИК
ТИББИЁТ АХБОРОТНОМАСИ**
**ВЕСТНИК ФУНДАМЕНТАЛЬНОЙ И
КЛИНИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ**

Научный журнал по фундаментальным и клиническим
проблемам медицины
основан в 2022 году

Бухарским государственным медицинским институтом
имени Абу Али ибн Сино
выходит один раз в 2 месяца

Главный редактор – Ш.Ж. ТЕШАЕВ

Редакционная коллегия:

*С.С. Давлатов (зам. главного редактора),
Р.Р. Баймурадов (ответственный секретарь),
М.М. Амонов, Г.Ж. Жарилкасинова,
А.Ш. Иноятов, Д.А. Хасанова, Е.А. Харибова,
Ш.Т. Уроков, Б.З. Хамдамов, Ф.К. Халлоқов*

*Учредитель Бухарский государственный
медицинский институт имени Абу Али ибн Сино*

2026, № 4 (24)

Адрес редакции:

Республика Узбекистан, 200100, г.
Бухара, ул. Гиждуванская, 23.

Телефон (99865) 223-00-50

Факс (99866) 223-00-50

Сайт <https://bsmi.uz/journals/fundamental-va-klinik-tibbiyot-ahborotnomasi/>

e-mail baymuradovravshan@gmail.com

О журнале

*Журнал зарегистрирован
в Управлении печати и информации
Бухарской области
№ 1640 от 28 мая 2022 года.*

*Журнал внесен в список
утвержденный приказом № 370/6
от 8 мая 2025 года реестром ВАК
в раздел медицинских наук.*

Отпечатано в типографии ООО
“Шарк-Бухоро”. г. Бухара,
ул. Ўзбекистон Мустақиллиги, 70/2.

Редакционный совет:

Абдурахманов Д.Ш.	(Самарканд)
Абдурахманов М.М.	(Бухара)
Ахмедов Р.М.	(Бухара)
Баландина И.А.	(Россия)
Бахронов Ж.Ж.	(Бухара)
Бернс С.А.	(Россия)
Газиев К.У.	(Бухара)
Деев Р.В.	(Россия)
Дустова Н.К.	(Бухара)
Зокирова Н.Б.	(Ташкент)
Казакова Н.Н.	(Бухара)
Калашникова С.А.	(Россия)
Каримова Н.Н.	(Бухара)
Курбонов С.С.	(Таджикистан)
Маматов С.М.	(Кыргызстан)
Мамедов У.С.	(Бухара)
Мирзоева М.Р.	(Бухара)
Миршарапов У.М.	(Ташкент)
Набиева У.П.	(Ташкент)
Нуралиев Н.А.	(Хорезм)
Наврузов Р.Р.	(Бухара)
Нарзиева Д.Ф.	(Бухара)
Орипов Ф.С.	(Самарканд)
Орипова Ф.Ш.	(Бухара)
Одилова Г.Р.	(Бухара)
Очилов К.Р.	(Бухара)
Раупов Ф.С.	(Бухара)
Рахмонов К.Э.	(Самарканд)
Рахметов Н.Р.	(Казахстан)
Рахматова С.Н.	(Бухара)
Султонова Л.Дж.	(Бухара)
Сайдуллаев З.Я.	(Самарканд)
Удочкина Л.А.	(Россия)
Файзиев Х.Б.	(Бухара)
Хамдамова М.Т.	(Бухара)
Хамдамов И.Б.	(Бухара)
Ходжаева Д.Т.	(Бухара)
Худойбердиев Д.К.	(Бухара)
Шодиева М.С.	(Бухара)
Эшонов О.Ш.	(Бухара)

LISTERIA MONOCYTOGENES КАК ЭТИОЛОГИЧЕСКИЙ АГЕНТ МЕНИНГИТА: РАЗБОР КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ**Киселева В.В., Хмелевской В.И., Евдокимова В.А.**ФГБОУ ВО Курский государственный медицинский университет Минздрава России,
г. Курск, Российская ФедерацияОБУЗ Областная клиническая инфекционная больница имени Н.А. Семашко,
г. Курск, Российская Федерация

Резюме. В РФ заболеваемость листериозом официально регистрируется с 1992 года. В среднем фиксируется не более 100 случаев заболевания в год. Цель исследования выявить особенности клинического течения менингита, вызванного *Listeria monocytogenes* и подчеркнуть важность ранней дифференциальной диагностики среди других бактериальных менингитов. Авторами представлено клиническое наблюдение листериозного менингита, подтвержденного обнаружением возбудителя методом ПЦР спинномозговой жидкости. Правильная дифференциальная диагностика менингита как вирусного, так и бактериального типа, с учетом характерных особенностей анализа цереброспинальной жидкости, играет ключевую роль. Знание особенностей клинических и лабораторных признаков листериоза и вовремя начатая терапия являются критически важными для повышения эффективности профилактики и лечения этого опасного заболевания.

Ключевые слова. Листериоз, листериозный менингит, инфекционные болезни.

LISTERIA MONOCYTOGENES AS AN ETIOLOGICAL AGENT OF MENINGITIS: ANALYSIS OF A CLINICAL CASE**Kiseleva V.V., Khmelevskoy V.I., Evdokimova V.A.**Kursk State Medical University of the Ministry of Health of Russia, Kursk, Russian Federation
N.A. Semashko Regional Clinical Infectious Diseases Hospital, Kursk, Russian Federation

Resume. In Russia, listeriosis has been officially recorded since 1992. On average, no more than 100 cases are recorded per year. The aim of this study was to identify the clinical features of meningitis caused by *Listeria monocytogenes* and to highlight the importance of early differential diagnosis among other bacterial meningitis types. The authors present a clinical case of listeriosis meningitis, confirmed by detection of the pathogen using PCR in cerebrospinal fluid. Accurate differential diagnosis of both viral and bacterial meningitis, taking into account the characteristic features of cerebrospinal fluid analysis, is crucial. Understanding the clinical and laboratory features of listeriosis and promptly initiating therapy are critical to improving the effectiveness of prevention and treatment of this dangerous disease.

Keywords: Listeriosis, listerial meningitis, infectious diseases.

LISTERIA MONOCYTOGENES МЕНИНГИТНИНГ ЭТИОЛОГИК АГЕНТИ СИФАТИДА: КЛИНИК ҲОЛАТ ТАҲЛИЛИ**Киселёва В.В., Хмелевской В.И., Евдокимова В.А.**Россия Федерацияси Соғлиқни сақлаш вазирлиги хузуридаги Курск давлат тиббиёт университети,
Курск ш., Россия Федерацияси

Н.А.Семашко номидаги Вилоят клиник юқумли касалликлар шифохонаси, Курск ш., Россия Федерацияси

Резюме. Россия Федерациясида листериоз билан касалланиш 1992 йилдан бошлаб расман рўйхатга олина бошланган. Ўртача ҳисобда бир йилда 100 тадан ортиқ бўлмаган касалланиш ҳолатлари қайд этилади. Тадқиқотнинг мақсади *Listeria monocytogenes* чақирган менингитнинг клиник кечилиш хусусиятларини аниқлаш ва уни бошқа бактериал менингитлардан эрта дифференциал таъхислашнинг аҳамиятини кўрсатишдан иборат. Муаллифлар томонидан орқа мия суюқлигини ПЗР усули орқали текшириш натижасида қўзғатувчи аниқланган листериоз менингитининг клиник кузатуви тақдим этилган. Менингитни вирусли ва бактериал турларидан тўғри дифференциал таъхислаш, шунингдек, цереброспинал суюқлик таҳлиliga хос хусусиятларни ҳисобга олиш муҳим аҳамиятга эга. Листериознинг клиник ва лаборатория белгилари хусусиятларини билиш ҳамда даволашни ўз вақтида бошлаш касалликнинг профилактикаси ва даволаш самарадорлигини оширишда аҳамиятли.

Калим сўзлар: листериоз, листериозли менингит, юқумли касалликлар.

Введение. По данным Роспотребнадзора в Российской Федерации заболеваемость листериозом в течение последних лет находится на уровне единичных случаев - 0,07 на 100 тысяч населения. Однако вспышки этой инфекции нередко регистрируются в других странах мира. [1]

В РФ заболеваемость листериозом официально регистрируется с 1992 года. В среднем фиксируется не более 100 случаев заболевания в год.

Кроме того, в динамике отмечено увеличение числа тяжелых форм заболевания, летальные исходы в среднем за 10 лет фиксируются в среднем в 20% случаев. Обращает на себя внимание то, что летальные исходы регистрируются преимущественно у заболевших лиц пожилого возраста, а также у лиц с иммунодефицитными состояниями [2].

Цель исследования - проанализировать клиническое течения случая острого бактериального менингита, вызванного *Listeria monocytogenes*, а так же обосновать необходимость ранней дифференциальной диагностики бактериальных менингитов.

Материалы и методы. В статье представлен случай острого бактериального менингита, вызванного *Listeria monocytogenes*, подтвержденный обнаружением возбудителя методом ПЦР в спинномозговой жидкости.

Результаты и обсуждение. Клинический случай. Пациент Е., 76 лет, проживающий в городе Курске, почувствовал себя больным 01.04.24 когда появились головная боль, повторная рвота, не приносящая облегчения, повышение температуры до 38С, повышение АД до 200 мм.рт.ст. 02.04.2024 состояние ухудшилось, появилось нарушение сознания, продуктивному контакту не доступен. Бригадой СМП доставлен в областную клиническую инфекционную больницу имени Н.А.Семашко с предварительным диагнозом: острый менингит. ДЭП. Гипертоническая болезнь.

Доставлен на каталке, госпитализирован в отделение реанимации в тяжелом состоянии, t тела 38,5С. Тяжесть состояния обусловлена отеком - набуханием вещества головного мозга на фоне острого менингита. Уровень сознания – сопор. Шкала Глазго – 9 баллов. Менингеальные симптомы резко положительные (Кернига, Брудзинского, выраженная ригидность затылочных мышц). Кожные покровы бледно-розовые. Аускультативно дыхание в легких ослабленное везикулярное, выслушиваются крепитирующие хрипы по задней поверхности грудной клетки с двух сторон. ЧДД 28-30 в минуту. ЧСС=110 в мин. Тоны сердца приглушены, ритмичные, АД 130/80 мм рт.ст., живот мягкий безболезненный. Печень, селезенка не увеличена. При поступлении в анализе периферической крови отмечался лейкоцитоз до $14,6 \times 10^9/\text{л}$ ($4,0-9,0 \times 10^9/\text{л}$), ускорение СОЭ до 10мм/ч (2-15 мм/ч) [Таблица 1].

Таблица 1.

Динамика показателей анализа периферической крови

Показатель	Референтные значения	Дата						
		02.04.24	04.04.24	06.04.24	08.04.24	09.04.24	10.04.24	12.04.24
Гемоглобин г/л	122-127	184	189	153	153	140	136	147
Эритроциты, $\times 10^{12}/\text{л}$	4,0-9,0	5,25	5,0	4,4	4,6	4,4	4,0	4,2
Лейкоциты, $\times 10^9/\text{л}$	4,0-9,0	14,6	15,7	11,7	9,1	7,0	10,2	14,4
Палочкоядерные, %	1-6	8	8	9	7	4	6	3
Сегментоядерные, %	47-72	82	82	69	66	72	73	80
Эозинофилы, %	0,5-5	1	0	2	3	4	2	1
Лимфоциты, %	19-37	8	8	19	22	18	17	15
Моноциты, %	3-11	1	2	2	2	2	2	1
Тромбоциты, $\times 10^9/\text{л}$	180-320	264	295	310	270	330	290	448
СОЭ, мм/ч	2-15	10	12	11	19	22	20	31

В биохимическом анализе – значительное увеличение СРБ до 124 мг/л (10 мг/л), повышение АЛТ до 57 Ед/л (40 Ед/л), АСТ до 115 Ед/л (40 Ед/л) [Таблица 2]. Прокальцитонин – 32,86 нг/мл (0-0,1 нг/мл).

Таблица 2.

Динамика показателей биохимического анализа крови

Показатель	Референтные значения	Дата						
		02.04.24	04.04.24	06.04.24	08.04.24	09.04.24	10.04.24	12.04.24
Общий белок, г/л	66-68	81,7	68,0	55	56	53,7	55	58,3
АЛТ, Ед/л	До 40	59	34					
АСТ, Ед/л	До 40	115	48					
СРБ, мг/л	До 10	124	190	156	136	136	109	146
Глюкоза, ммоль/л	3,9-6,4	9,5		7,0	6,3			
Мочевина, ммоль/л	2,5-8,3	12,3	21,7	21,1	13,0	11,8	13,5	12,8
Креатинин, ммоль/л	44-124	120	170	200	79	100	107	120
Na, ммоль/л	136-145	136	138	153	158	56	148	140
K, ммоль/л	3,6-5,5	4,9	4,6	3,4	3,8	3,7	4,5	4,0

Учитывая тяжесть состояния больного, клинические данные описанные выше, выполнена люмбальная пункция. В спинномозговой жидкости отмечался цитоз до 256 клеток в 1мм³ (2-5 в 1мм³), лимфоциты – 31% (95-97%), нейтрофилы- 69% (3-5%), повышение белка до 6280г/л (0,16—0,33 г/л), глюкоза- 1,1 ммоль/л (2,78—3,89 ммоль/л), хлориды 114 ммоль/л (120—128 ммоль/л), выпала грубая пленка [Таблица 3].

Таблица 3.

Динамика показателей СМЖ

Показатель	Референтные значения	Дата	
		03.04.24	11.04.24
Цвет	Бесцветная	Розовый	Желтый
Прозрачность	Прозрачная	Мутная	Слабо-мутная
Цитоз, кл.в мкл	2-5	256	285
Нейтрофилы, %	3-5	69	40
Лимфоциты, %	95-97	31	60
Белок, мг/л	0,16-0,33	6280	2870
Глюкоза, ммоль/л	2,78-3,89	1,1	3,6
Хлориды, ммоль/л	120-128	114	113
Пленка	Отсутствует	Грубая	Нежная

При проведении ПЦР исследования ликвора на менингококк, пневмококк, гемофильную палочку, ДНК к вирусу Эпштейна-Барр, цитомегаловирус, герпесвирус 6 типа, вирус простого герпеса получены отрицательные результаты.

Бактериологическое исследование СМЖ на менингококк, ДНК-метициллин-резистентный золотистый стафилококк, ДНК-метициллин-чувствительный золотистый стафилококк, ДНК-метициллин-резистентный коагулазонегативный золотистый стафилококк - отрицательно

Антитела к вирусам гепатитов В, С, ВИЧ – не обнаружены.

Мультиспиральная компьютерная томография головного мозга: картина очаговых изменений обоих полушарий головного мозга – очаги хронической ишемии; наружно-внутренняя заместительная гидроцефалия, без признаков гипертензии. Электрокардиография: синусовая аритмия.

05.04.2024 у больного отрицательная динамика. Состояние крайне тяжелое. Угнетение ЦНС по шкале Глазго 8-9 баллов. Уровень сознания – ступор (сопор – кома). Пациент переведен на ИВЛ. Температура 36,5 С. Судорог нет, мышечная гипотония. Аускультативно дыхание в легких ослаблен-

ное везикулярное, ЧСС 78 в мин. АД 90/60 мм рт. ст. Все последующие дни состояние больного крайне тяжелое без положительной динамики.

Учитывая отсутствие положительно динамики, отрицательные результаты ПЦР на вышеперечисленные возбудители, было решено произвести контрольное исследование ликвора и ПЦР диагностику на листериоз. Результаты : в СМЖ белок 2870мг/л (0,16—0,33 г/л), глюкоза 3,6 ммоль/л (2,78—3,89 ммоль/л), хлориды 113 ммоль/л (120—128 ммоль/л), цитоз 285 клеток в 1мм³ (2-5 в 1мм³), лимфоциты 60% (95-97%), нейтрофилы 40% (3-5%), выпала нежная пленка [Таблица 3]. При бактериологическом исследовании ликвора выделена ДНК листерии.

13.04.2024 состояние больного крайне тяжелое с отрицательной динамикой на фоне проводимой ИВЛ нарушения ритма (брадикардия, сменяющаяся тахикардией), снижение АД 60/30 мм рт. ст. без реакции на норадреналин. В 5:50 на фоне прогрессирующей брадикардии (55-42-30 в мин.) - асистолия. Тоны сердца не определяются, пульсации на центральных сосудах нет. На ЭКГ мониторе изолиния. Начаты реанимационные мероприятия: ИВЛ, непрямой массаж сердца, в/в введение адреналина. После 15 минут проведения реанимационных мероприятий эффекта нет. Продолжено СЛР в течение 30 минут, неэффективно. В 6:20 констатирована биологическая смерть.

По клиническим признакам листериозный менингит не отличается от бактериальных менингитов другой этиологии. СМЖ реже имеет нейтрофильный состав, но со значительным содержанием лимфоцитов (до 20-30%). Этот факт заслуживает особого внимания клиницистов, так как лимфоцитарный плеоцитоз обычно дает основания предполагать вирусную этиологию менингита и не назначать антибактериальную терапию, которая, безусловно, показана при менингите листериозной этиологии. Даже на фоне антибактериальной терапии часто развивается ОНГМ с дислокацией ствола. Летальность – до 90%.

Выводы. Листериоз остается актуальной проблемой здравоохранения. Правильная дифференциальная диагностика менингита как вирусного, так и бактериального типа, с учетом характерных особенностей цереброспинальной жидкости, особенно лимфоцитарного плеоцитоза при листериозе, играет ключевую роль. Ранняя и точная диагностика позволяет своевременно начать целенаправленное лечение, что особенно важно в свете сложностей, связанных с диагностикой и угрозой тяжелых последствий. Таким образом, знание особенности клинических и лабораторных признаков листериоза и вовремя начатая терапия являются критически важными для повышения эффективности профилактики и лечения этого опасного заболевания.

Список литературы:

1. Груздева О.А., Тартаковский И.С., Малеев В.В., Сайтгареев Р.Ш., Кормилицина В.Г., Шарапченко С.О., Кисиль О.В., Габриэлян Н.И. *Listeria monocytogenes* сегодня // Российский медицинский журнал. 2021. Т. 27, № 5. С. 491-500. DOI: <http://doi.org/10.17816/0869-2106-2021-27-5-491-500>
2. <https://sescao.ru/listeria-monocytogenes-segodnya/>

Для цитирования: Киселева В.В., Хмелевской В.И., Евдокимова В.А. *Listeria monocytogenes* как этиологический агент менингита: разбор клинического случая // Вестник фундаментальной и клинической медицины. – 2026. – № 4(24). – С. 197–200. doi: <https://doi.org/10.5281/zenodo.19479740>