

Vilniaus universitetas
Medicinos fakultetas



STUDENTŲ MOKSLINĖS VEIKLOS TINKLO LXXVI KONFERENCIJA



Vilnius, 2024 m. gegužės 13–17 d.

PRANEŠIMŲ TEZĖS

Leidinį sudarė

VU MF Mokslo ir inovacijų skyriaus

inovacijų specialistas Kristijonas PUTEIKIS ir

administratorė Rima DAUNORAVIČIENĖ



VILNIAUS
UNIVERSITETO
LEIDYKLA

2024

Mokslo komitetas:

doc. dr. Valdemaras Jotautas
dr. Diana Bužinskienė
prof. dr. Violeta Kvedarienė
prof. dr. (HP) Saulius Vosylius
prof. habil. dr. (HP) Gintautas Brimas
Indrė Sakalauskaitė
Laura Lukavičiūtė
dr. Agnė Abraitienė
doc. dr. Jūratė Pečeliūnienė
prof. dr. Vaiva Hendrixson
doc. dr. Ieva Stundienė
prof. dr. Eglė Preikšaitienė
doc. dr. Birutė Zablockienė
prof. dr. Pranas Šerpytis
Artūras Mackevičius

dr. Žymantas Jagelavičius
doc. dr. Agnė Kirkliauskienė
prof. dr. Marius Miglinas
Žilvinas Chomanskis
doc. dr. Kristina Ryliškienė
prof. dr. Vilma Brukienė
doc. dr. Saulius Galgauskas
Andrius Žučenka
doc. dr. Birutė Brasiūnienė
doc. dr. Jaunius Kurtinaitis
prof. dr. Eugenijus Lesinskas
doc. dr. Goda Vaitkevičienė
prof. dr. Alvydas Navickas
doc. dr. Rima Viliūnienė
prof. dr. (HP) Edvardas Danila

prof. dr. Nomedą Rima Valevičienė
Teresė Palšytė
doc. dr. Vytautas Tutkus
doc. dr. Danutė Povilėnaitė
dr. Viktorija Andrejevaitė
prof. dr. Robertas Stasys Samalavičius
dr. Agnė Jakavonytė-Akstinienė
doc. dr. Jurgita Stasiūnienė
dr. Arnas Bakavičius
prof. dr. Gilvydas Verkauskas
prof. dr. Sigitą Lesinskienė
doc. dr. Marija Jakubauskienė
prof. dr. (HP) Janina Tutkuvienė

Organizacinis komitetas:

Kristina Marcinkevičiūtė
Viktorija Rakovskaitė
Austėja Grudytė
Justina Semenkovaite
Matas Žekonis
Rokas Žekonis
Milvydė Marija Tamutyte
Augustė Senulytė
Miglė Miglinaitė
Rokas Bartuška
Damian Luka Mialkowskyj
Karina Mickevičiūtė
Jovita Patricija Druta
Emilija Šauklytė

Austėja Račytė
Tadas Abartis
Mindaugas Smetaninas
Rafal Sinkevič
Gerda Šlažaitė
Kamilė Čeponytė
Einis Novičenko
Benas Matuzevičius
Gabriela Šimkonytė
Ieva Ruzgytė
Milda Mikalonytė
gyd. rez. Valentinas Kūgis
gyd. rez. Gabrielė Bielinytė
Vėjas Vytautas Jokubynas

Deivilė Kvaraciejūtė
Julija Pargaliauskaitė
Paulius Montvila
Rūta Bleifertaitė
Alicija Šavareikaitė
Julija Kondrotaitė
Gediminas Gumbis
Joana Leščevskaja
Gabrielė Bajoraitė
Augustinas Stasiūnas
Odeta Aliukonytė
Robertas Basijokas
Elvin Francišek Bogdzevič

ISSN 2783-7831 (skaitmeninis PDF)

© Tezių autoriai, 2024

© Vilniaus universitetas, 2024

KLINKINIS ATVEJIS. ERKINIS ENCEFALITAS. MENINGOENCEFALOMIELITINĖ FORMA

Darbo autorė. Jovita Patricija DRUTA, VI kursas.

Darbo vadovas. Lekt. Karolina ŽVIRBLYTĖ – SKREBUTĖNIENĖ, VU MF Klinikinės medicinos institutas, Infekcinių ligų ir dermatovenerologijos klinika, VUL Santaros klinikų Infekcinių ligų centras.

Darbo tikslas. Pateikti literatūros analizę apie erkinio encefalito meningoencefalomielitinę formą bei pristatyti ligos išraišką iliustruojantį klinikinį atvejį.

Darbo metodika. Literatūros apžvalga atlikta naudojantis *PubMed* duomenų baze.

Ivadas. Erkinis encefalitas – Ixodes rūšies erkių pernešamo *Flaviviridae* šeimos viruso sukeltas smegenų dangalų uždegimas, kurio didžiausias paplitimas stebimas Šiaurės ir Rytų Europos bei Azijos regionuose. Pagal smegenų dangalų, parenchimos, nugaros smegenų ir šaknelių bei nugarinių nervų pažeidimo požymius erkinio encefalito klinika gali būti meningitinė, meningoencefalitinė, meningoencefalomielitinė. Pastaroji yra sunkiausia, kadangi su dangalų ir parenchimos pažeidimo požymiais nustatomi ir nugaros smegenų bei nugarinių nervų pažeidimo simptomai – vangios periferinės arba spazminės parėzės, jutimo sutrikimai, mažojo dubens organų disfunkcija bei vegetacinių funkcijų sutrikimai. Meningoencefalomielitinės formos paplitimas yra reikšmingai mažesnis lyginat su kitomis – 5–10 proc. visų atvejų – visgi stebima didesnė letalių išvečių ir komplikacijų tikimybė.

Atvejo aprašymas. 19 metų vyras kreipėsi į Priėmimo ir skubios pagalbos skyrių (PSPS) dėl 2 dienas varginančio febrilaus karščiavimo (iki 38,6 °C), galvos skausmo, svai-gimo, pykinimo, vėmimo (iki 5 k. per parą), bendro silpnumo, sunkumo einant ir dešinės rankos nusilpimo. Iš epidemiologinės anamnezės buvo žinoma, kad prieš 2 savaites buvo įsisegusi erkė. Lėtinės ligos, operacijos ir alergijų medikamentams neigė. PSPS atliktame bendrajame kraujo tyrime stebėta neutrofilinė leukocitozė, biocheminiame kraujo tyrime – nežymus C reaktyvaus baltymo (CRP) padidėjimas. Atliktoje galvos smegenų kompiuterinėje tomografijoje ūmių pataloginių židinių nestebėta. Įtarus erkinį encefalitą, atlikta juosmeninė punkcija, kurioje nustatyti serozinio uždegimo požymiai. Ligonis hospitalizuotas į Infekcinių ligų skyrių, paros bėgyje ligonio būklė ženkliai pablogėjo: persistavo febrilus karščiavimas, stebėta naujai atsiradusi dizartija, rijimo sutrikimas, horizontalus nistagmas į kairę, tetraparezė. Tolesniam gydymui pacientas perkeltas į Intesyvios terapijos skyrių (ITS), kuriame buvo gydomas 24 paras. Antrąją parą po perkėlimo, blogėjant ligonio neurologinei būklei, pacientas intubuotas. Kraujo tyrimuose stebėti didėjantys uždegiminiai žymenys, ryškus elektrolitų disbalansas. Progresuojant ligai, fiksuoti desaturacijos epizodai, apsunkinta ventiliacija, skyrėsi sekretas iš kvėpavimo takų. Atlikus bronchoskopiją bei bronchoalveolinį lavąžą (BAL),

paimtas pasėlis, kuriame nustatytas Gram+ kokių augimas, skirta antibiotikoterapija. Dėl išliekančios sunkios paciento būklės ir ilgalaikio dirbtinės plaučių ventiliacijos taikymo planavimo suformuota tracheostoma. Paciento būklei negerėjant, stebint neigiamą laboratorinių ir instrumentinių tyrimų rezultatų dinamiką, kartotas BAL pasėlis, kuriame nustatyta *P.aeruginosa* augimas, koreguota antibiotikoterapija. 11 gydymo ITS parą būklė stabilizavosi, pradėtas atjunkymo planas. Stebėta teigiama būklės dinamika, gerėjanti sąmonės būklė. Po 24 parų ITS, esant stabiliai būklei pacientas grąžintas į Infekcinių ligų skyrių, kuriame tęstas gydymas iki paciento perkėlimo į Stacionarinės reabilitacijos skyrių. Gydymo stacionare pabaigoje pacientas buvo sąmoningas, kontaktiškas, orientuotas, nekarščiuojantis, stabilios hemodinamikos, neurologiškai stebėta viršutinių galūnių parėzė ir dešinės pusės *m. sternocleidomastoideus* hipotonija. Pacientas perkeltas reabilitaciniam gydymui.

Išvados. Meningoencefalomielitui, sukeltam erkių pernešamo *Flaviviridae* šeimos viruso, būdingi aukšti mirštamumo rodikliai ne tik dėl pačios būklės sukeltų padarinių, tačiau ir dėl visų sunkinančių aplinkybių, kadangi tokie pacientai dažniausiai ilgą laiką praleidžia gydymo įstaigose, kas padidina antrinių infekcijų, komplikacijų išsivystymo riziką. Nors kol kas nėra nustatyto adekvataus šios ligos patogenezę veikiančio gydymo, efektyviausia apsaugos priemonė – vakcinacija nuo erkinio encefalito.

Raktažodžiai. Erkinis encefalitas; meningoencefalomielitas.