

СЪМЪКОСНИ ИХОБЪКЪНИ

2
2000

АРТЕМОВ А.Е., ГАРНИЦКАЯ Л.А., ЧУБА П.С.

Центр инфекционных болезней ЦГКБ г. Киева,

руководитель Центра – чл.-корр. АМН Украины, профессор Велишанова Ж.И.

УДК 616.832.9 – 002.3 – 085.281

ТРУДНОСТИ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ МЕНИНГОКОККЕМИИ

Ключевые слова:

менингококковая инфекция, менингококкемия, сепсис, септицемия, антибактериальная терапия

Течение инфекционного процесса при менингококковой инфекции характеризуется значительным полиморфизмом — от бессимптомного носительства до тяжелых генерализованных форм. Менингококковая инфекция повсеместно распространена, однако в большинстве случаев заболевание протекает в виде локализованных форм и не всегда диагностируется. Генерализованные формы встречаются относительно редко. Этим объясняется недостаточная настороженность практикующих врачей в отношении менингококковой инфекции, а иногда и недостаточные знания этой патологии. А ведь на благоприятный прогноз при генерализованных формах менингококковой инфекции можно надеяться только при раннем распознавании заболевания и активной ранней и адекватной терапии [1, 3].

Одной из наиболее тяжелых форм менингококковой инфекции является менингококкемия, которая часто протекает в комбинации с менингоэнцефалитом. Менингококкемия по своей сути представляет септический процесс, при котором в организме появляются вторичные метастатические очаги инфекции. Обязательным компонентом менингококкемии является тромбогеморрагический синдром, проявлением которого служит экзантема [2]. Она в типичных случаях бывает геморрагической, но может отличаться разнообразием как по характеру и величине элементов (розеолезная, папулезная, везикулезная, в виде узловитой эритемы), так и по локализации. Учитывая это, менингококкемию приходится дифференцировать с другими острыми лихорадочными заболеваниями, сопровождающимися появлением сыпи, в первую очередь, геморрагической. Среди этих заболеваний одно из первых мест занимает сепсис, частота которого в общей статистике болезней, несмотря на применение самых современных методов лечения с использованием новейших антибиотиков, не имеет тенденции к снижению. Сложность постановки диагноза "сепсис" является причиной госпитализации больных в стационары различного профиля, наиболее часто — в инфекционные отделения (преимущественно под диагнозом "лихорадка неясного генеза"). Мы приводим два случая из практики, которые, как нам представляется, имеют определенный клинический интерес.

Больная К., 59 лет, заболела остро, вечером 19 января 2000 года, когда появилась головная боль. На утро 20 января 2000 года отметила повышение температуры тела до 38,6°C. В тот же день в 19-00 больная была госпитализирована в терапевтическое отделение по месту жительства с подозрением на правостороннюю очаговую пневмонию, для лечения которой назначается гентамицин. На фоне начатого лечения состояние больной прогрессивно ухудшается. Через сутки после начала заболевания больная отмечает появление сыпи на коже. Утром 21 января 2000 года отмечается дестабилизация гемодинамических показателей



цинат 4 г/сутки), глюкокортикоидов (5 мг/кг/сутки), контроля (100000 ЕД/сутки), гемотической терапии, фриксарина, дезинтоксикационной терапии в объеме до 4 - 4,5 л. Несмотря на проводимую терапию, в сутки под строгим контролем ЦВД и баланса жидкости, состояние больной продолжало ухудшаться, и на 6-е сутки пребывания в ОИР больная умерла. Причиной смерти явились: инфекционно-токсический шок 3 степени, ДВС-синдром, субарахноидальное кровоизлияние в левой гемисфере с переходом на основание черепа, кровоизлияние в левую и правую надпочечники, гнойный менингоэнцефалит, гнойный менингококцит, отек мозга с вклинением миндалин мозжечка в большое затылочное отверстие.

Теперь рассмотрим второй случай, когда заподозренный вначале диагноз менингококкемии в дальнейшем не подтвердился.

Больная Ш., 31 года, заболела остро 27 февраля 2000 года, когда повысилась до высоких цифр температура тела, появилась выраженная общая слабость. Больная оставалась дома, принимала жаропонижающие. Учитывая сохраняющуюся высокую температуру тела (38 - 41°C), нарастание общей слабости, выраженные боли в крупных суставах и похмелье, 2 марта 2000 года вызвала КСП и была госпитализирована в урологическое отделение. После обследования и консультации специалистов (уролог, терапевт, хирург, невропатолог) с диагнозом острый вирусный менингоэнцефалит была переведена в ОИР. При поступлении в ОИР состояние больной тяжелое. В сознании, однако, заторможена. На коже в области кистей, стоп и ягодиц определялись единичные элементы геморрагической сыпи, неправильной формы, размером 0,5 - 1,0 см. Учитывая острое начало заболевания с повышенной температуры тела с последующим появлением признаков менингоэнцефалита и геморрагической сыпи, у больной была заподозрена генерализованная форма менингококковой инфекции: менингоэнцефалит + менингококкемия. В анализе ликвора лейкоцитоз - 720 клеток с преобладанием нейтрофилов (60%), патологическая флора не обнаружена. Несмотря на проводимую антибиотикотерапию (левомецитина сукцинат в/в), дезинтоксикационную, противоотечную, гемостатическую терапию наблюдалось ухудшение состояния больной, что выразилось в нарастании неврологической симптоматики (повышение систолического давления, парез мягкого неба, правостороннего гемипареза, патологическое кровоизлияние в вещество мозга с развитием дислокации и бульбарного синдрома. К этому времени геморрагические высыпания на коже трансформировались в пустулезные (шелушный ликвор (в 1 порция 31 200, во 2 - 2 200 и в 3 - 1 900 неизмененных эритроцитов) с лейкоцитозом 512 клеток. Левомецитина сукцинат был заменен пенициллином.

Отсутствие эффекта от антибиотикотерапии, гнойничковые высыпания на коже позволяют усомниться в диагнозе менингококковой инфекции и думать об остром септическом процессе в веществе мозга с развитием локального кровоизлияния. Наличие септальной крови и ликвора на менингококк, а также последующим обнаружением в посевах цереброспинальной жидкости золотистого стафилококка. Пекициллин был заменен комбинацией выраженной токсикацию (120 — 140 уд. в мин.), не соответствующую температуре предрасположенности бактериального эндокарита. 10 марта 2000 года была произведена ЭХОКС, митрального клапана. Следовательно, был подтвержден диагноз бактериального эндокарита, как проявление нераспознанного ранее септического процесса. Дальнейшее лечение больной продолжил в Украинском центре интенсивной терапии сепсиса.

Таким образом, при постановке диагноза менингококкемии необходимо учитывать целый комплекс клинических и диагностических критериев. В связи со схожестью многих клинических проявлений, менингококкемию необходимо дифференцировать с другими (в первую очередь — кокковыми) септицемиями. Тщательно собранный анамнез может помочь в постановке диагноза, так как генерализованным формам менингококковой инфекции часто предшествует назофарингит. Необходимо широко применять такой экспресс метод, как бактериоскопическое исследование мазков из носоглотки, крови, ликвора, соскоба с элементов сыпи. При взятии материала на бакпосев необходимо помнить о чрезвычайной неустойчивости менингококка к физическим и химическим факторам внешней среды. При назначении антибактериальной терапии менингококкемии препаратами выбора следует считать бактериостатические антибиотики, так как назначение бактерицидных препаратов может резко усилить эндотоксинемию, провоцируя развитие инфекционно-токсического шока.

ЛИТЕРАТУРА

1. Венгеров Ю.Я., Покровский В.И. Клиника и лечение инфекционно-токсического шока и отека-набухания мозга у больных менингококковой инфекцией // *Материалы 2 Всесоюзной научно-практической конференции по менингококковой инфекции* — М — 1978. — с. 89-93
2. Гуревич П.С., Попов Н.П. К патоморфологии и патогенезу полимикробных форм менингококковой сепсиса // *Материалы 1 Всесоюзной научно-практической конференции по менингококковой инфекции* — М — 1975. — с. 107-113
3. Покровский В.И., Костюкова Н.Н., Фаворова Д.И. Менингококковая инфекция. — М. — 1976. — 271с.

УДК-616.832.9-002.3-085.281

Артыменко О.С., Гармизька Л.А., Чуба П.С.

Труднощі диференційної діагностики менингококкемії

У статті наведені два випадки з клінічної практики, які показують труднощі диференційної діагностики менингококкемії з септицеміями іншої етіології. У першому випадку у жінки виявлено важку форму менингококкемії в поєднанні з менингоенцефалітом, яка, незважаючи на відносно ранню діагностику (через 36 годин від початку захворювання), закінчилась летально. У другому випадку у жінки було підозрювано генералізовану форму менингококковий інфекції, проте подальший клінічний і обстежуваний жінки в динаміці дозволили встановити діагноз стафілококкового сепсису.

UDK-616.832.9-002.3-085.281

Artyomenko O., Garmizkaya L., Chuba P.

Difficulties of differential diagnostics of meningococemia

Two cases from the clinical practice that show some difficulties of differential diagnostics of meningococemia with different etiology septicemia are demonstrated in the article. In the first case there was combination of severe form of meningococemia and meningoencephalitis that nevertheless relatively early diagnostics (in 36 hours after beginning of the disease) had lethal outcome. In the second case generalized form of meningococcal disease was suspected but further medical supervision and investigation permitted to diagnose staphylococcal sepsis. It is shown stages of diagnostics and treatment. Photos of skin manifestation of meningococemia are attached.