

УДК 616.99-053.6

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ПОВТОРНОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ ПОДРОСТКА ОСТРЫМ БАКТЕРИАЛЬНЫМ МЕНИНГИТОМ

А.А. Береговой

Описан случай повторного заболевания менингитом подростка мужского пола в течение нескольких лет его жизни. Выявлены предрасполагающие факторы (наличие судорожного синдрома до трёх лет, перенесенные черепно-мозговые травмы) для развития повторных случаев болезни, особенности их течения с выявлением осложнений. Обозначены проблемы в проведении лечебно-профилактических мероприятий, способствующих возвращению пациента в социальную среду. Определена тактика ведения таких больных.

Ключевые слова: подросток; менингит; реабилитация; факторы риска.

ӨСПҮРҮМДҮН КУРЧ БАКТЕРИАЛДЫК МЕНИНГИТ

ООРУСУ МЕНЕН КАЙТАЛАП ООРУГАН КЛИНИКАЛЫК УЧУРУН СҮРӨТТӨӨ

Бул макалада өспүрүм эркек баланын жашоосунун бир нече жылында менингит менен кайталап ооруган учурлары сүрөттөлгөн. Кайталап ооруган учурларга алып келүүчү факторлор (үч жашка чейин тарамышы тырышып калуу, баш сөөгүнүн, мээнин жаракаты), өрчүп кетүүсүн аныктоо менен алардын өзгөчөлүктөрү чагылдырылган. Бейтаптын социалдык чөйрөгө кайтып келүүсүнө түрткү берүүчү дарылоо-профилактикалык иш-чараларды жүргүзүүдөгү негизги көйгөйлөр белгиленген. Мындай оорулууларды кароонун тактикасы аныкталган.

Түйүндүү сөздөр: өспүрүм; менингит; калыбына келтирүү; тобокелдик факторлору.

THE DESCRIPTION OF THE CLINICAL CASE OF RECURRENT ACUTE BACTERIAL MENINGITIS IN ADOLESCENT

A.A. Beregovoi

This article describes a case of repeated meningitis in a male teenager for several years of his life. Predisposing factors (presence of convulsive syndrome up to three years, suffered craniocerebral trauma) have been identified for the development of repeated cases of the disease, the features of their course with the detection of complications. Problems are identified in the implementation of therapeutic and preventive measures that facilitate the return of the patient to the social environment. The tactics of conducting such patients is defined.

Keywords: adolescent, meningitis, rehabilitation, risk factors.

Введение. Среди инфекционных заболеваний одно из ведущих мест занимают нейроинфекции, в частности острые бактериальные менингиты (ОБМ), характеризующиеся тяжёлым течением и высокой частотой остаточных поражений нервной системы (26–75 %). Несмотря на значительные достижения в инфектологии, частота стойкого органического поражения центральной нервной системы в резидуальном периоде регистрируется практически у половины переболевших детей и подростков, что нередко ведет к последующей интеллектуальной недостаточности [1].

Повторные случаи бактериального поражения нервной системы довольно редки, однако они ха-

рактеризуются более тяжёлым течением и частым развитием как непосредственных, так и отсроченных осложнений. Факторами риска, способствующими этому, являются иммунодефицитные состояния, черепно-мозговая травма, оперативные вмешательства на голове и шее. Микроорганизмы могут проникать непосредственно в нервную систему через раневое или операционное отверстие (контактно). Поражение головного мозга в большинстве случаев связано с наличием очага хронической инфекции, из которого различными путями происходит диссеминация возбудителя в оболочки головного мозга. В большинстве случаев входными воротами являются ЛОР-органы.

Генерализация инфекции происходит гематогенным, лимфогенным, контактным и периневральным путями [2].

Обязательная регистрация ОБМ по этиологии в Кыргызстане не проводится из-за трудности этиологической расшифровки, которая необходима для назначения оптимальной этиотропной терапии, поиска эффективных лечебно-диагностических и профилактических мероприятий.

Важным фактором, определяющим особенности исхода нейроинфекций, является возраст заболевшего и связанные с ним этапы последовательного созревания подкорковых, мозжечковых, диэнцефальных и корковых отделов мозга, степень незрелости которых определяет их подверженность влиянию вредных факторов. Считается, что у лиц с резидуальными поражениями нервной системы менингиты могут вызвать синдром “взаимного отягощения”, повреждение перивентрикулярной области мозга, нарушение венозного оттока и аксодендритного спраутинга и диссолюцию когнитивных функций [3–5]. У детей и подростков школьного возраста часто формируется цереб्रोастенический синдром, неврозоподобные состояния (60–70 %). В препубертатном и пубертатном периодах характерны вегетативные, поведенческие и эмоционально-волевые нарушения [6], что приводит к проблемам социальной активности, снижению обучаемости и памяти, нарушению психомоторных и когнитивных функций. В связи с этим повышается значение эффективной реабилитации последствий ОБМ.

Описание случая. Больной М., мужского пола, 2004 года рождения. Анамнез жизни, со слов матери: проживает в селе в частном доме с удовлетворительными бытовыми условиями. Находится на социальном учете как член малоимущей семьи. Учится в сельской средней школе. Не имеет вредных привычек. Преморбидный фон отягощен – до 3 лет отмечался судорожный синдром, по поводу которого состоял на учете у невролога, в 2012 и 2015 гг. дважды перенес черепно-мозговую травму, в связи с чем проходил полный курс лечения. Дважды (в 2013 и в 2016 гг.) проводились операции на голове по поводу ОЧМТ. В связи с тяжестью неврологического статуса ребенку была присвоена I группа инвалидности в 2016 г. Случаи заболевания нервной системы, а также патологии со стороны различных систем организма у других членов семьи не выявлены.

В июне 2014 г. пациент М. в возрасте 9 лет впервые поступает в Республиканскую клиническую инфекционную больницу (РКИБ) с предварительным диагнозом Менингит. Клиническая кар-

тина, соответствующая тяжести заболевания, характеризуется классической симптоматикой, а именно: интоксикацией и лихорадочным синдромом, общемозговыми, менингеальными знаками. Лабораторно картина общего анализа крови и ликвора имеет выраженный воспалительный характер, бактериологическими методами исследования выявить возбудителя не удалось. По поводу данного заболевания пациент проходит курс лечения в течение двух недель, включающий антибиотикотерапию, симптоматическое и патогенетическое лечение. Несмотря на адекватную терапию, на второй неделе течения менингита развилось осложнение в виде левостороннего снижения слуха. Выставлен клинический диагноз: гнойный менингит неустановленной этиологии, тяжёлая форма. Тугоухость слева. При выписке даны рекомендации продолжить лечение и реабилитацию у невролога и ЛОР-врача.

В феврале 2015 г., в возрасте 10 лет, пациент М. поступает повторно в РКИБ на второй день болезни с характерной для ОБМ клинической картиной. Из анамнеза заболевания выяснилось, что мать больного пыталась заниматься самолечением в домашних условиях. Самостоятельно давала антибиотик, название которого она не уточнила (рекомендован в аптеке). Не видя положительного эффекта, мать обратилась за помощью в ГКДБ СМП, откуда получила направление в РКИБ с последующей госпитализацией. Удалось также выявить первичный очаг – гайморитомидит, наличие которого в итоге сыграло решающую роль в постановке верного диагноза. В приемном отделении состоянии расценили как очень тяжелое, в связи с развивающимся отеком головного мозга и нарушением гемодинамических показателей. Больной переведен в отделение реанимации и интенсивной терапии (РИТ), где находился в течение суток. На момент осмотра сознание больного оценивалось как сопор. Отмечались выраженная интоксикация, лихорадка (до 39,7 °С), гемодинамические нарушения, общемозговая симптоматика, менингеальные знаки, гиперестезия, реактивные болевые симптомы. **Лабораторно:** в общем анализе крови выраженный лейкоцитоз (25,4 x 10⁹/л, ПЯ 5 %, СЯ 90 %), гнойный характер ликвора (мутный, цитоз, не поддающийся счёту и представленный сегментоядерными нейтрофилами), определить этиологию заболевания доступными методами исследования ликвора и крови не удалось. Больной находился на стационарном лечении в течение 15 суток. Получал терапию: комбинированную антибактериальную (цефтриаксон, затем метрид с цефепимом), инфузионную и синдромаль-

ную. Заключительный диагноз: Вторичный гнойный менингит неустановленной этиологии, тяжёлая форма. **Осложнение:** отёк головного мозга. Сопутствующий диагноз: левосторонняя тугоухость. Выписан с улучшением состояния. Даны рекомендации: наблюдение у невропатолога.

В августе 2015 г. пациент М. в течение 10 суток находился в РКИБ в профильном отделении с клиническим диагнозом острый гнойный менингит неустановленной этиологии, тяжёлая форма. Поступил в первые сутки болезни. **В октябре этого же года** пациент М. вновь поступил в РКИБ с развитием вторичного гнойного менингита неустановленной этиологии, тяжёлой формы и находился в стационаре в течение 11 суток. В обоих случаях из анамнеза не удалось узнать никаких особенностей, которые могли бы сузить эпидемиологический поиск. Клиническая и лабораторная картина заболевания была характерной для менингита. Больной получал антибактериальную терапию (в первом случае – комбинированную: цефтриаксон с пенициллином, во втором – цефтриаксон), дезинтоксикационную и симптоматическую терапию. В обоих случаях пациент выписан с улучшением, с дальнейшим наблюдением и реабилитацией у невропатолога.

В марте 2016 г. в возрасте 12 лет пациент М. в пятый раз поступает в стационар с уже похожей симптоматикой. Обратились на третий день болезни без направления. Лечение амбулаторно не проводилось, в другие стационары и ЦСМ не обращались. Состояние пациента оценивалось как тяжёлое, за счёт интоксикации и неврологической симптоматики. Клиническая и лабораторная картина соответствовали диагнозу Менингит. Экспресс-методы лабораторной диагностики латекс-агглютинация и *Vinax Test* показали отрицательные результаты анализа. А путём исследования крови на менингококковую инфекцию удалось выявить возбудителя заболевания *Neisseria meningitidis* s/g A. На основании последнего анализа выставлен клинический диагноз: Менингококковая инфекция (группа А) генерализованная (менингит), тяжёлая форма. Больной получал антибактериальную терапию с комбинацией препаратов цефтриаксон и пенициллин, дезинтоксикационное и симптоматическое лечение в профильном отделении в течение всего времени пребывания (10 дней) и выписан с улучшением. Рекомендовано наблюдение у невролога по месту жительства.

В октябре 2016 г. пациент М. поступает в РКИБ на вторые сутки заболевания с характерной клинической картиной менингита. Из анамнеза заболевания удалось установить фактор пере-

охлаждения. В приёмном отделении был выставлен предварительный диагноз: энтеровирусная инфекция, тяжёлая форма. Менингит? Больной направлен в профильное отделение, откуда уже через несколько часов был переведён в отделение РИТ в связи с развитием осложнения отёка головного мозга. Отмечалось sopорозное сознание, психомоторное возбуждение. Клиническая картина и лабораторные анализы соответствовали гнойному менингиту. Бактериологическими методами возбудителя заболевания выявить не удалось. Пациента перевели на третьи сутки в профильное отделение, где продолжая получать антибактериальную (с трёхкратной сменой препаратов – цефтриаксон, сульзанцеф, цефбак), инфузионную и симптоматическую терапию в течение ещё 8 дней с последующей выпиской домой с улучшением. Клинический диагноз: Вторичный гнойный менингит неуточнённой этиологии, тяжёлая форма. **Осложнение:** отёк головного мозга. Рекомендовано – наблюдение у невропатолога.

Дискуссия. Данный пациент представляет интерес для динамического наблюдения с целью отслеживания влияния нейроинфекции на состояние здоровья больного, поиска более эффективных мер лечения и профилактики болезни, а также проведения комплекса реабилитационных мероприятий, необходимых для предотвращения повторных случаев возникновения заболеваний ЦНС и возвращения больному социальной значимости. Последнее невозможно: частые рецидивы ОБМ привели к необратимым изменениям и присвоению подростку группы инвалидности.

Показателен тот факт, что пациент имеет патологию нервной системы с раннего детства (судорожный синдром до трёхлетнего возраста), что делает его реактивным и иммунитет более чувствительным к бактериальной инфекции. А перенесённые ЧМТ явились своего рода пусковым механизмом для развития заболеваний ЦНС, в связи с нарушением целостности гемато-энцефалического барьера. В представленном случае границы эпидемиологического поиска наиболее распространённых нейроинфекций стираются, и значимость приобретают вторичные очаги инфекции. Сроки же развития тяжёлых форм болезни с возникновением неотложных состояний, таких как отёк головного мозга, укорачиваются до 1 суток и приобретают фульминантный характер течения. А это, в свою очередь, определяет неблагоприятный исход.

Выводы

1. Учитывая тяжёлые последствия, данный случай показывает необходимость проведения мероприятий, направленных на профилактику

патологических состояний ЦНС (судорожный синдром, ЧМТ), которые могут стать причиной развития нейроинфекций.

2. Необходимо применение более точных методов диагностики бактериальных нейроинфекций с использованием экспресс-методов, что приведёт к подбору верной тактики терапии.
3. Обязательным является проведение комплекса реабилитационных мероприятий после перенесённых нейроинфекций с целью возвращения пациентов в социальную среду.

Автор заявляет об отсутствии конфликта интересов.

Литература

1. *Скрипченко Н.В.* Применение цитофлавина в комплексной терапии нейроинфекций у детей / Н.В. Скрипченко, Е.С. Егорова // Журнал неврологии и психиатрии. 2011. Т. 111. № 9. С. 28–31.
2. Гнойные менингиты на EUROLAB. Архивировано 19 августа 2011 года. URL: <http://www.eurolab.ua/encyclopedia/Neurology.patient/6878/>.
3. *Кожушко Н.Ю.* Диагностика и коррекция снижения обучаемости у детей / Н.Ю. Кожушко. СПб.: Детство-Пресс, 2008. С. 121.
4. *Пивнева О.В.* Преморбидное состояние у детей дошкольного возраста – реконвалесцентов по энтеровирусному менингиту / О.В. Пивнева, Т.А. Захарычева, К.Н. Костицин // Дальневосточный медицинский журнал. 2010. № 4. С. 24–25.
5. *Фомин В.В.* Клинико-иммунологические особенности энтеровирусного менингита у детей / В.В. Фомин, А.У. Сабитов // Вестник Уральской медицинской академической науки. 2008. № 2. С. 144–146.
6. *Иванова М.В.* Современные подходы к реабилитации больных бактериальными менингитами / М.В. Иванова, А.А. Вильниц, Н.В. Скрипченко // Эпидемиология и инфекционные болезни. 2005. № 3. С. 61–64.