

## РІДКИЙ ВИПАДОК ХРОНІЧНОЇ МЕНІНГОКОКОВОЇ ІНФЕКЦІЇ

Тупикова Т.Б.

Шосткинська центральна районна лікарня

Захворювання з ураженням центральної нервової системи залишаються досить поширеними у практиці лікаря-інфекціоніста і призводять до суттєвих економічних та соціальних втрат внаслідок інвалідизації та високої летальності. Питома вага нейроінфекцій у загальній патології нервової системи складає до 30-40 %, з них до 2 % - менінгококової етіології.

До рідких форм менінгококової інфекції відноситься менінгококова інфекція з хронічним перебігом. Кожен її випадок являє клінічний інтерес та сприяє поглибленню знань про особливості інфекційного процесу при цій інфекції.

У цьому контексті ми вважаємо доцільним довести наше спостереження випадку хронічної менінгококової інфекції.

Хворий Н., 21 року, звернувся за допомогою в інфекційне відділення Шосткинської ЦРЛ за направленням лікаря швидкої медичної допомоги 20.12.2003 року о 08.30 год. зі скаргами на різку слабкість, ломоту, біль у м'язах, суглобах, хребті, помірний головний біль, підвищення температури тіла до 40<sup>0</sup> С, одноразове блювання, висип на животі, нижніх кінцівках. Захворів 13.12.03, коли з'явилися нежить, дискомфорт у горлі, сухий кашель, підвищилась температура до 39<sup>0</sup> С. Приймав аспірин, відвари трав. За медичною допомогою не звертався. Ввечері 19.12.2003 року стан погіршився, посилилися болі в м'язах, попереку, температура підвищилась до 40<sup>0</sup>С. Вранці 20.12.2003 року до вищезазначених скарг приєднався геморагічний висип на животі та нижніх кінцівках.

З анамнезу: в 11 років переніс менінгококову інфекцію, менінгококцемію; в 14 років – менінгококову інфекцію, менінгококовий менінгіт, менінгококцемію з великими некрозами шкіри. У сестри пацієнта теж була діагностовано менінгококова інфекція.

При госпіталізації: стан тяжкий, температура тіла 40.5<sup>0</sup> С. Менінгеальних ознак немає. На животі, гомілкях – геморагічний висип до 1-1.5 см у діаметрі з некрозом у центрі. Збільшена печінка. В клінічному аналізі крові - лейкоцитоз, прискорення ШОЕ, зсув формули вліво. Зі слизу носоглотки 21.12.2003 року виділена *Neisseria meningitidis*. Хворий консультований отоларингологом, невропатологом, окулістом. На підставі анамнезу, скарг, клініко-лабораторних даних був встановлений діагноз: хронічна менінгококова інфекція, стадія загострення. Менінгококцемія, тяжкий перебіг.

Хворому призначена комплексна етіотропна (цефтриаксон 4 г на добу внутрішньовенно) та патогенетична терапія. З другої доби госпіталізації відмічалася стабільна позитивна динаміка. На 10-ий день після госпіталізації хворий переведений у Сумську обласну інфекційну клінічну лікарню ім. З.Й. Красовицького, де діагноз хронічної менінгококової інфекції підтверджений. Виписаний 15.01.2004р. у задовільному стані. Протягом 2004 року пацієнт знаходився під диспансерним наглядом лікаря кабінету інфекційних захворювань Шосткинської ЦРЛ, як хворий, який переніс гостру менінгококову інфекцію (щоквартально проходив загальні клінічні обстеження, був консультований невропатологом, окулістом), оскільки в наявній нормативній базі не відображені особливості нагляду за хворими з хронічною менінгококовою інфекцією. З 2005р. хворий проживає у м. Києві.

Наведене клінічне спостереження ілюструє можливість хронічного перебігу менінгококової інфекції та свідчить про необхідність перегляду діючої нормативної бази, зокрема з питань диспансерного нагляду реконвалесцентів імунотерапії хворих та імунoproфілактики в осередках хронічної менінгококової інфекції.