

ПРО ВИПАДОК МЕНІНГОЕНЦЕФАЛІТУ ТУБЕРКУЛЬОЗНОЇ ЕТІОЛОГІЇ В ІНФЕКЦІЙНОМУ ВІДДІЛЕННІ

Зарічанська Н.О., Антоненко З.П., Петренко І.В.
Конотопська центральна районна лікарня

Питома вага нейроінфекцій у патології нервової системи складає 34-38 %. Провідне місце в структурі нейроінфекцій займають бактеріальні гнійні менінгіти - вони займають друге місце після ВІЛ як причина смерті в інфекційних стаціонарах. У типових випадках клінічний діагноз менінгіту не являє значних труднощів. Велике значення в клініці має етіологічна розшифровка діагнозу менінгіту в зв'язку з тим, що з нею пов'язана етіотропна терапія.

Крім гнійних бактеріальних менінгітів зустрічаються серозні бактеріальні менінгіти, на долю яких припадає від 1 до 4 % всіх захворювань.

Вашій увазі представлений випадок менінгоенцефаліту туберкульозної етіології. Хвора Ч., 20 років, жителька м. Конотоп, не працює, має дитину 1,5 років, соціально адаптована, займається кінним спортом. Доставлена машиною швидкої допомоги в інфекційне відділення 12.08.08р. з діагнозом "Гостра інфекція верхніх дихальних шляхів. Менінгіт?" Скарги на головний біль, нудоту, повторне блювання, зниження гостроти зору, гарячку, біль у горлі. Захворіла гостро 9.08.08 р., коли з'явилась гарячка, біль у горлі, лівому вусі, головний біль. За медичною допомогою не зверталась, приймала анальгетики. За тиждень до захворювання упала з коня, 9.08.08 р. було переохолодження. Стан хворої при поступленні важкий, загальмована, продуктивному контакту недоступна. Температура 38,8⁰ С, шкіра бліда, слизова ротоглотки гіперемійована. Над легенями везикулярне дихання, ЧД 26 за 1 хв., ЧСС 102 в 1 хв., АТ 120/80 мм.рт.ст. Виражена ригідність потиличних м'язів, позитивний симптом Керніга з обох сторін. Інших менінгеальних знаків не виявлено. Проведена спинномозкова пункція. Спинномозкова рідина прозора, білок - 0,06 г/л, реакція Нонне – Апельта +, глюкоза - 2,0 ммоль/л, цитоз 38x10⁹/л. В аналізі крові: – Нв 130 г/л, Л 13,0 x10⁹/л, формула: п – 12 %, с – 72 %, л – 14 %, м – 2 %, ШОЕ 40 мм в годину, глюкоза крові 3,2 ммоль/л. Оглянута отоларингологом, окулістом - патології не виявлено. Виставлений діагноз: серозний менінгіт тяжкий перебіг. Призначено обстеження та лікування згідно стандартів якості.

На 3-ий день перебування в стаціонарі стан хворої покращився – температура нормалізувалась, в свідомості, орієнтована, головний біль не турбує, ригідність потиличних м'язів зберігається, симптом Керніга - слабопозитивний. Хворій продовжується антибактеріальна, патогенетична терапія.

На 5-ий день перебування в стаціонарі стан хворої різко погіршується – поновлюються блювання, головний біль, свідомість спутана, горизонтальний ністагм, зіниці: D=S, реакція на світло в'яла, знижена м'язова сила в лівій нижній кінцівці, симптом Керніга позитивний зліва. В аналізі крові: Л – 21,0 x10⁹/л, формула: п – 6 %, с – 82 %, е – 0 %, л – 9 %, м – 2 %, ШОЕ 19 мм в годину, глюкоза крові - 5,4 ммоль/л. СМР – мутна, білок 0,2 %, глюкоза 1,5 ммоль/л, реакція Панді +, реакція Нонне – Апельта +, хлориди - 120 ммоль/л, цитоз - 245x10⁹/л, мікроскопія: Л – 40-60 у полі зору, Ер. – 6-10 у полі зору, нейтрофіли – 20-40 у полі зору, міцями до 60, лімфоцити – 5-10 у полі зору, знайдені кислотостійкі бактерії: 4 екземпляри на 50 полях зору. Бакпосів слизу з ротоглотки, СМР – мікрофлори не виділено. При бактеріоскопії товстої краплі крові виявлені поодинокі коки, із крові виділений *St. aureus*.

Рентгенографія ОГК – без патології. В анамнезі: в лютому 2008р. у брата чоловіка, який загинув в ДТП, на секції виявлений вогнищевий туберкульоз легень. Виявлений вогнищевий туберкульоз легень у брата, МБТ -, у батька МБТ -. У сестри хворої в серпні встановлений діагноз вогнищевого туберкульозу легень, МБТ -.

Хвора для подальшого лікування переведена в обласну туберкульозну лікарню з діагнозом: туберкульозний менінгоенцефаліт.

Даний випадок досить складний для діагностики, оскільки початок хвороби гострий, не виявлено первинне вогнище, хоча в лікворі характерні для туберкульозного менінгіту зміни:

зниження вмісту глюкози, наростання цитозу, виділений із крові *St. aureus* свідчить про наявність мікст-інфекції як прояв імунодефіциту.

На даний час хвора продовжує лікування в туберкульозному стаціонарі, стан розцінюється як середньої важкості.