

УДК 616.831.9-002-053.2-085.357

КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК МЕНІНГОКОКОВОЇ ІНФЕКЦІЇ З ПОЗИТИВНИМ РЕЗУЛЬТАТОМ

Поляк-Товт В.М., Поляк М.А., Горленко О.М.

*ДВНЗ «Ужгородський національний університет», медичний факультет,
Обласна клінічна інфекційна лікарня, м. Ужгород*

Резюме. *Вступ.* Як відомо, менінгококова інфекція – це гостре інфекційне захворювання, що спричинюється менінгококком і характеризується різноманітністю клінічних форм – назофарингіту і здорового носійства до генералізованих (менінгококцемії, менінгіту і менінгоенцефаліту).

Мета дослідження: привернути увагу лікарів як первинної ланки, так і вузьких спеціалістів до особливостей перебігу, а також підходів до диференційної діагностики менінгококової інфекції у дітей.

Результати досліджень. Дитина М.А.В., 2001 р.н. (медична карта стаціонарного хворого №869), студентка медичного училища м. Ужгород, 05.07.2018 р. направлена в обласну клінічну інфекційну лікарню з діагнозом «Бореліоз?» для дообстеження та лікування. При госпіталізації скарги на загальне нездужання, підвищення температури тіла до 39°С, головний біль, особливо в потиличній ділянці, та висипку на тілі. Після обстеження суміжних спеціалістів, при сумісному огляді лікуючого та чергового лікаря, враховуючи, що загальний стан хворої важкий, скарги на головний біль, підвищення температури до 39,0°С, об'єктивно кількість висипань бурого кольору збільшилась на сідницях, було вирішено призначити мікроскопію «товстої краплі». При прямій бактеріоскопії мазка виявлені диплококи (парні коки) морфологічно подібні до менінгококів. На підставі клінічних та лабораторних даних виставлено діагноз: Менінгококова інфекція, генералізована форма. Менінгококцемія, середнього ступеня важкості. На фоні проведеної інтенсивної терапії на 3-й день перебування в інфекційній лікарні загальний стан дитини покращився, але залишався середнього ступеня важкості, висипка стала блідішою, нові елементи не з'являлися, температура 36,6°С. На 11-й день перебування у лікарні після значного покращення загального стану та лабораторних показників хвору виписано додому.

Висновки. Проблема менінгококової інфекції зумовлена високою частотою тяжких форм захворювання, високим рівнем летальності, складністю диференційної діагностики. Тому необхідно пильнувати як лікарям первинної ланки, так і вузьким спеціалістам – інфекціоністам, невропатологам, алергологам щодо особливостей перебігу та диференційної діагностики менінгококової інфекції.

Ключові слова: менінгококова інфекція, менінгококцемія, діти.

Clinical manifestation of meningococcal infections with the following positive result

Polyak-Tovt V.M., Polyak M.A., Horlenko O.M.

Abstract. *Introduction.* As is known, meningococcal infection is a severe infectious disease caused by meningococcus and characterized by a variety of clinical forms - nasopharyngitis and healthy carriage to generalized (meningococcemia, meningitis and meningoencephalitis)

The purpose of the work is to draw the attention of family doctors and narrow specialists to the peculiarities of the course, as well as approaches to differential diagnosis of meningococcal infection in children.

The results of the research of the child M.V., 2001. (medical card of the inpatient patient №869), a student of the medical college in Uzhgorod which was admitted in the regional clinical infectious hospital on July 5, with the diagnosis «Borelios?» for observation and treatment. When she was hospitalizing had next a complaints - general malaise, fever to 39oC, headache, especially in the occipital area, and rash on the body. After examination with the participation of related specialists, taking into account that the general condition of the patient is heavy, complaints of headaches, temperature increase up to 39.0 oC, the amount of brown rash was objectively increased on the buttocks, and was decided to appoint a microscopy « thick drop ». With direct bacterioscopy of the smear, diplococci (paired cocci) are morphologically similar to meningococci. Based on clinical and laboratory data, a diagnosis was made: Meningococcal infection, generalized form. Meningococcemia, moderate severity. On the background of intensive therapy on the 3rd day of stay in an infectious hospital, the general condition of the baby improved, but remained moderate, the rash became pale, were not new elements appeared, the temperature was 36.6 ° C. On the 11th day of hospital stay after a significant improvement in the general condition and laboratory parameters of the patient was discharged home

Conclusions. The problem of meningococcal infection is due to the high frequency of severe forms of the disease, high mortality, and the complexity of differential diagnosis. Therefore, it is necessary to have caution



both primary care physicians and narrow specialists - infectious disease specialists, neuropathologists, allergists regarding the features of the course and differential diagnosis of meningococcal infection.

Key words: meningococcal infection, meningococemia, children.

Вступ

Як відомо, менінгококова інфекція – це гостре інфекційне захворювання, що спричинюється менінгококом і характеризується різноманітністю клінічних форм – назофарингіту і здорового носійства до генералізованих (менінгококцемії, менінгіту і менінгоенцефаліту) [2].

Не зважаючи на розвиток медицини і вакцинацію, приблизно кожні 10-30 років спалахує підвищення захворюваності на менінгококову інфекцію. Щороку реєструється у світі приблизно 500000 випадків інфекції. Сьогодні захворюваність на менінгококову інфекцію становить від 1 до 5 на 100 тис. осіб у розвинених країнах і від 10 до 25 на 100 тис. людей – у країнах, що розвиваються. Під час епідемій захворюваність на менінгококову інфекцію доходить до 1000 на 100 тис. населення. Менінгококову інфекцію реєструють у всіх вікових групах: від перших днів життя до літнього віку. Проте це типова «дитяча» інфекція, діти до 5 років становлять більше 70% усіх хворих [3]. Менінгококова інфекція залишається однією з провідних причин дитячої смертності в Україні, як і в цілому у світі. Незважаючи на відносно невисокий рівень захворюваності, летальність при менінгококовій інфекції в Україні на сьогодні досягає 11–17% [4]. За останні десять років у Закарпатській області зареєстровано 170 випадків менінгококової інфекції, з них 133 випадки серед дітей. За ці роки менінгококова інфекція стала причиною 22 летальних випадків, 20 з них – діти. За 2018 рік захворіло 42 особи, з них 36 дітей, померло 2 дитини.

Мета дослідження

Привернути увагу лікарів як первинної ланки, так і вузьких спеціалістів до особливостей перебігу, а також підходів до диференційної діагностики менінгококової інфекції у дітей.

Матеріали та методи

Найважча генералізована форма менінгококової інфекції – менінгококцемія або менінгококовий сепсис. Менінгококцемія у більшості випадків розвивається після попереднього назофарингіту, іноді – на фоні повного здоров'я. Ця форма менінгококової інфекції трапляється в усіх вікових групах і характери-

зується гострим початком, підвищенням температури тіла, що досягає за кілька годин 40–41°C. При огляді хворого відзначають блідість обличчя з ціанотичним відтінком, задишку, тахікардію. Виражена схильність до значного зниження артеріального тиску, може розвинути колапс. Основний клінічний симптом, що дає змогу розпізнати менінгококцемію, – характерна геморагічна висипка, яка зазвичай з'являється у першу добу захворювання, рідше – трохи пізніше. Патогномонічні для менінгококцемії геморагічні елементи різної величини, від яскраво-червоного до темно-червоного або фіолетового відтінку, мають неправильні обриси зірчастого характеру, щільні на дотик і злегка виступають над шкірою. Середні елементи мають 3-7 мм у діаметрі. При тяжких формах захворювання розміри геморагічних елементів можуть досягати 5-15 см і більше, з некрозом шкіри у центрі. Висип найчастіше з'являється на сідницях, нижніх кінцівках, у пахвових западинах, на тулубі, на верхніх повіках і має тенденцію до зливання. Нерідко геморагічний висип виникає разом із розеолезним чи розеолезно-папулезним. Можливі носові, шлункові, маткові кровотечі, мікро- і макрогематурія, субарахноїдальні крововиливи. На ранніх термінах хвороби можуть з'явитися ознаки ураження суглобів; при цьому в перші дні захворювання зазвичай виникають ураження дрібних суглобів кисті, а на другому тижні хвороби – великих суглобів (колінний, тазостегновий, плечовий). Хворі відзначають виражену болючість в ураженому суглобі при рухах, гіперемію і набряклість шкіри [1, 3, 5]. Актуальність сучасної діагностики менінгококцемії полягає не тільки у важкості диференційної діагностики з іншими захворюваннями, а й і в необхідності проведення невідкладних лікувальних та профілактичних дій, відтермінування яких може призвести до високої захворюваності та летальності хворих [5].

Фахівці вважають, що для зниження смертності необхідно інформувати про особливості хвороби не тільки медичних працівників, але й самих пацієнтів або батьків дітей.

Результати досліджень

Згідно з поставленими завданнями, наводиться клінічний випадок даного захворювання.



Дитина М.А.В., 2001 р.н. (медична карта стаціонарного хворого №869), студентка медичного училища м. Ужгород, 05.07.2018 р. направлена в обласну клінічну інфекційну лікарню з діагнозом «Бореліоз?» для дообстеження та лікування. При ушпиталенні – скарги на загальне нездужання, підвищення температури тіла до 39° С, головний біль, особливо в потиличній ділянці, та висипку на тілі.

Хворіє з 04.07, коли вперше підвищилась температура тіла до 38° С, з'явилась висипка на тілі та свербіж, особливо вночі, а також головний біль, особливо в потиличній ділянці. Із вищевказаними скаргами 05.07. хвора звернулася в дитячу поліклініку, де була оглянута консілярно педіатром, невропатологом, інфекціоністом і направлена в обласну клінічну інфекційну лікарню з діагнозом: бореліоз? У приймальному відділенні при огляді дитини – загальний стан середньої важкості, свідомість ясна, температура тіла 38,5° С, шкірні покриви звичайного кольору, дрібноточкова зливна висипка на руках, грудях, животі, спині, в пахових ділянках та під колінами. Язик вологий, мигдалики не збільшені, зів спокійний. При пальпації печінка, селезінка не збільшені. Менінгеальні симптоми від'ємні. Враховуючи скарги хворої, дані об'єктивного обстеження, хвору госпіталізовано в дитяче відділення обласної клінічної інфекційної лікарні м. Ужгород із попереднім діагнозом скарлатина, токсико-алергічний дерматит?

Наступного дня стан хворої погіршився. При огляді стан хворої середнього ступеня важкості, хвора квола, температури тіла 39,5°С. Слизова ротової порожнини рожева, зів спокійний, мигдалики не збільшені. Лімфатичні вузли пальпуються в потиличній ділянці, величиною з горошину, болючі. Шкірні покриви обличчя, кінцівок бліді, синці під очима. На грудях, спині, череві, в пахвинних складках геморагічна, петехіальна, багряно-червона висипка. На нижніх кінцівках розеолезно-папулезні елементи різних розмірів, які не зникають при натисканні. На лівій нижній кінцівці в підколінній ділянці та на правій нижній кінцівці в нижній ділянці стегна синці розміром 2,0*2,5 см. У легенях дихання везикулярне, серце – діяльність ритмічна, тони звучні, тахікардія. Менінгоознаки від'ємні.

У загальному аналізі крові – гемоглобін 110 г/л, лейкоцити 4,9 г/л, ШОЕ 10 мм/год, паличкоядерні 17%, сегментоядерні 70%, еозинофіли 3%, лімфоцити 7%, моноцити 3%. Ана-

ліз на ревмопроби – С-реактивний білок +++++.

Враховуючи стан дитини, наявність симптоматики, згідно з якою важко поставити правильний діагноз, рекомендовано зібрати консіліум для подальшої тактики лікування хворої. На основі вищевказаних скарг, об'єктивних даних консілярно виставлено діагноз: геморагічний васкуліт? Рекомендовано консультації гематолога, алерголога, невропатолога. Консультація гематолога: по даних клінічного обстеження та аналізу периферичної крові у хворої токсико-алергічний васкуліт. Консультація алерголога: анамнестичних, клінічних даних за алергопатологію не виявлено, еозинофільний катіонний білок – 22,7 нг/мл. Повторна консультація гематолога: враховуючи важкий стан хворої та наростання симптоматики, для виключення діагнозу гострої лейкемії, було прийняте рішення виконати стерильну пункцію, результати якої не підтвердили діагноз гострої лейкемії. Пунктат кісткового мозку: бластні клітини – 1, промієлоцити – 4, мієлоцити – 15, метамієлоцити – 16, п/я нейтрофіли – 19, с/я нейтрофіли – 25, еозинофіли – 4, базофіли – 1, моноцити – 2, лімфоцити – 7, плазматичні клітини – 1, еритробласти – поодинокі, еритрокаріоцити: базофільні – 1, поліхроматофільні – 2, оксифільні – 2, у препараті трапляються великі групи аглютинованих тромбоцитів. Консультація невролога: ригідності немає, симптоми Керніга та Брудзинського негативні.

Після обстеження суміжних спеціалістів, при сумісному огляді лікуючого та чергового лікаря, враховуючи, що загальний стан хворої важкий, скарги на головний біль, підвищення температури до 39,0° С, об'єктивно кількість висипань бурого кольору збільшилась на сідницях, було вирішено призначити мікроскопію «товстої краплі». При прямій бактеріоскопії мазка виявлені диплококи (парні коки) морфологічно подібні до менінгококів. На підставі клінічних та лабораторних даних виставлено діагноз: Менінгококова інфекція, генералізована форма. Менінгококцемія, середнього ступеня важкості. Хворій назначено меропенем 1,0 г 3 рази на добу в/в крапельно. Ввечері скарги хворої на біль у потиличній ділянці, висипку, кількість якої збільшилась, загальну слабкість. Об'єктивно: загальний стан дитини середнього ступеня важкості, адинамія, кількість висипки збільшилась на животі, руках, стала бурою, особливо внизу черева та пахвинних ділянках. На нижніх кінцівках



з'явилися декілька елементів неправильної форми багряно-червоного кольору з синюшим відтінком, не зникають при натисканні, підвищуються над поверхнею шкіри, щільні при пальпації. На 2-й день у загальному аналізі крові – гемоглобін 109 г/л лейкоцити 3,41 г/л, ШОЕ 16 мм/год. Скарги попередні, покращення не відзначає, висипка на попередньому рівні. Враховуючи динаміку хвороби та стан дитини, рекомендовано до лікування додати біо-вен-моно та збільшити об'єм інфузій. На фоні проведеної інтенсивної терапії на 3-й день перебування в інфекційній лікарні загальний стан дитини покращився, але залишається середнього ступеня важкості, висипка стала блідшою, нові елементи не з'являлися, температура 36,6° С. Обстеження: у клінічному аналізі крові – лейкоцити 11,7 г/л, паличкоядерні 9%, сегментоядерні 74%, еозинофіли 3%, лімфоцити 13%, моноцити 4%, гемоглобін 116 г/л, ШОЕ 10 мм/год.; посів крові на менінгокок – ріст менінгокока та інших мікроорганізмів не виявлено; посів з носоглотки – менінгокок не виявлено; посів зіву на бак. флору – *S.aureus* середній ступінь обсіменіння; посів крові на

стерильність – ріст аеробної мікрофлори не виявлено; посів крові на гемокультуру – бактерії тифо-паратифозної групи не виявлені. При обстеженні контактних осіб, у одного з членів родини, при посіві з носоглотки – *N.meningitis*.

На 11-й день перебування у лікарні після значного покращення загального стану та лабораторних показників хвору виписано додому. Рекомендовано амбулаторне спостереження.

Висновки

Актуальність проблеми менінгокової інфекції зумовлена високою частотою тяжких форм захворювання, високим рівнем летальності, складністю диференційної діагностики. Таким чином, необхідно пильнувати як лікарям первинної ланки, так і вузьким спеціалістам – інфекціоністам, невропатологам, алергологам щодо особливостей перебігу та диференційної діагностики менінгокової інфекції. Наведений клінічний випадок демонструє небезпечність захворювання та показує доцільність активної імунопрофілактики.

ЛІТЕРАТУРА

1. Чорновіл А.В. Менінгоконова хвороба / А.В. Чорновіл, Р.Ю. Грицко // Інфекційні хвороби. – 2010. – С. 275–282.
2. Крамар'ов С.О. Менінгоконова інфекція / С.О. Крамар'ов, О.Б. Надрага, Л.П. Пипа // Інфекційні хвороби у дітей. – 2010. – С. 191–203.
3. Голубовська О.А. Менінгоконова інфекція / О.А. Голубовська, В.В. Юрків, С.П. Дяченко, О.А. Галушко // Гострі та невідкладні стани у практиці лікаря. – 2016. – №1(57). – С.13–18.
4. Волоха А.П. Менінгоконова інфекція у дітей / А.П. Волоха // Сучасна педіатрія. – 2014. – №7(63). – С. 89–95.
5. Богадельніков І.В. Менінгококцемія / І.В. Богадельніков // Диференційний діагноз інфекційних хвороб у дітей. – 2009. – С. 210–212.

Authors have no conflict of interest to declare.

REFERENCES

1. Chornovil A.V. Meninhokokova khvoroba / A.V. Chornovil, R.YU. Hrytsko // Infektsiyni khvoroby. – 2010. – S. 275–282.
2. Kramar'ov S.O. Meninhokokova infektsiya / S.O. Kramar'ov, O.B. Nadraha, L.P. Pyra // Infektsiyni khvoroby u ditey. – 2010. – S. 191–203.
3. Holubovs'ka O.A. Meninhokokova infektsiya / O.A. Holubovs'ka, V.V. Yurkiv, S.P. Dyachenko, O.A. Halushko // Hostri ta nevidkladni stany u praktytsi likarya. – 2016. – 1(57). – S. 13–18.
4. Volokha A.P. Meninhokokova infektsiya u ditey / A.P. Volokha // Suchasna pediatriya. – 2014. – 7(63). – S. 89–95.
5. Bohadel'nikov I.V. Meninhokoktsemiya / I.V. Bohadel'nikov // Dyferentsiynny diahnoz infektsiynnykh khvorob u ditey. – 2009. – S. 210–212.

Authors have no conflict of interest to declare.