

КАЗАНСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ЖУРНАЛ

НОЯБРЬ
ДЕКАБРЬ
1974

6

ОРГАН МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ТАССР
И СОВЕТА НАУЧНО-МЕДИЦИНСКИХ ОБЩЕСТВ

КЛИНИЧЕСКАЯ И ТЕОРЕТИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА

УДК 616.981.232

КЛИНИКА И ЛЕЧЕНИЕ МЕНИНГОКОККОВОЙ ИНФЕКЦИИ

Проф. А. Е. Резник

Кафедра инфекционных болезней (зав.— проф. А. Е. Резник) Казанского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института им. С. В. Курашова

С января 1971 г. по апрель 1974 г. в 1-й инфекционной больнице было госпитализировано 1682 больных генерализованными формами менингококковой инфекции. Эта волна заболеваемости менингококковой инфекцией клинически во многом отличалась от спорадических случаев, наблюдаемых нами в прошлые 30 лет. Различие заключалось главным образом в огромной частоте менингококцемий (80%), преобладании тяжелых форм течения болезни, выраженности геморрагического синдрома, значительном количестве молниеносных форм заболевания, небольшом проценте осложнений после перенесенной болезни.

Генерализованные формы менингококковой инфекции сопровождались выраженной интоксикацией со значительным нарушением деятельности ц. н. с. При менингококцемии регистрировались различной глубины нарушения сердечно-сосудистой системы, свертывающей системы крови, поражение надпочечников. Все это определяет значительную тяжесть течения болезни.

Заболевание генерализованными формами менингококковой инфекции начинается быстрым подъемом температуры до высоких цифр при явлениях озноба. Вместе с тем обращает на себя внимание, что у некоторых больных, находящихся в состоянии крайне тяжелой интоксикации, температура может быть в пределах 36—37°. Одним из ведущих симптомов является головная боль, которая наблюдается у подавляющего большинства больных при всех формах тяжести болезни. Постоянным начальным признаком является рвота. На высоте развития болезненного процесса у 52% взрослых и 34% детей развивалось нарушение сознания различной степени: от оглушенности и безразличия к окружающему до сомноленции, сопора, комы. У некоторых больных, чаще у детей, возникали клонико-тонические судороги с преобладанием клонического компонента.

У 80% больных наблюдались явления менингококцемии: появление на коже сыпи геморрагического характера звездчатой формы. Обычно сыпь появлялась в первые сутки болезни, а при тяжелых формах — уже в первые часы и была тем обильнее, чем тяжелее заболевание. У 28,4% больных в первые дни возникла герпетическая сыпь. Электрокардиографические исследования уже в первые дни болезни выявили у многих пациентов нарушения метаболических процессов в сердечной мышце. При аускультации отмечалось приглушение тонов сердца.

У 84% больных развилась тахикардия, соответствующая высоте подъема температуры, у 7,7% — брадикардия на фоне отека мозга, у 15,6% — повышения АД, у 18,2% больных, преимущественно с клиникой менингококцемии, зарегистрировано снижение АД, что зависело, по-видимому, от глубины поражения надпочечников. При полной гибели надпочечников наступало состояние коллапса, заканчивающееся смертью больного.

При поражении оболочек мозга (подтвержденном соответствующими изменениями ликвора) почти у 100% больных определялась ригидность затылочных мышц; симптом Кернига наблюдался у 86,8%, Брудзинского — у 43,3% больных.

У 91% больных был обнаружен лейкоцитоз со значительным сдвигом лейкоцитарной формулы влево. Исследованием ликвора у 80% больных установлен цитоз выше 1000 клеток в 1 мм³. Клеточный состав ликвора характеризовался преимущественным содержанием нейтрофилов даже тогда, когда общее количество клеток в ликворе было в порядке нескольких сотен или даже меньше сотни.

Наиболее угрожаемыми состояниями при генерализованных формах менингококковой инфекции следует считать набухание и отек мозга и острую недостаточность надпочечников, которые в 83% являются основными причинами смерти. Острый отек мозга мы диагностировали на основании нарушения сознания, двигательного беспокойства, иногда гипертермии, судорог, гиперемии лица, цианоза, повышения АД, брадикардии, одышки, аритмии дыхания, угасания корнеальных рефлексов, сужения зрачков, снижения их реакции на свет.

Острая недостаточность надпочечников (синдром Уотерхауза — Фридрихсена) развивается молниеносно и уже в первые 12—18 часов болезни приобретает максимальную напряженность. Температура с резким ознобом повышается до высоких цифр, а через несколько часов от начала заболевания на коже появляются обильные геморрагии, нарушается сознание, развивается тахикардия, одышка, цианоз, двигательное возбуждение, АД прогрессивно снижается, на коже появляются багрово-синие пятна, развивается олигурия вплоть до анурии. У ряда больных наблюдается одновременное развитие отека мозга и острой недостаточности надпочечников. В этих случаях диагностика весьма затруднительна; по-видимому, о развитии отека мозга у больных острой недостаточностью надпочечников можно судить в основном по появлению судорог и развитию аритмии дыхания¹.

Лечение больных мы проводили согласно методическим указаниям Министерства здравоохранения СССР от 1970 г. Этиотропную терапию осуществляли пенициллином в средних дозировках 200—300 тыс. ед. на кг веса в сутки. В ряде случаев применяли левомицетин-сукцинат натрия в суточной дозе 50—100 мг/кг. Для борьбы с токсикозом и для нормализации гемодинамики мы назначали рингеровский раствор, гемодез с точным регулированием водно-электролитного баланса. В рингеровский раствор добавляли по необходимости глюкокортикоиды, кокарбоксилазу, кордиамин, строфантин, эфедрин. Внутримышечно

¹ Описание отдельных клинических форм менингококковой инфекции приведено нами в сборнике «Менингококковая инфекция», Казань, 1974.

вводили дезоксикортикостерон (взрослым по 5—10 мг 4 раза в сутки). Для дегидратационной терапии использовали маннитол и лазикс. Судороги купировали дегидратационной терапией. Для борьбы с ацидозом внутривенно вводили 4% раствор бикарбоната натрия. У ряда больных для борьбы с тромбогеморрагическим синдромом в начальном периоде заболевания до развития резкой гипофибринемии применяли гепарин.

Проводимая терапия при своевременной госпитализации больного, несмотря на огромный процент тяжелых и крайне тяжелых форм болезни, в настоящее время весьма эффективна.

Поступила 17 июня 1974 г.

УДК 616.981.232

ОСЛОЖНЕНИЯ И БЛИЖАЙШИЕ ПОСЛЕДСТВИЯ МЕНИНГОКОККОВОЙ ИНФЕКЦИИ У РЕКОНВАЛЕСЦЕНТОВ

В. Я. Давыдов

Кафедра инфекционных болезней (зав. — проф. А. Е. Резник) Казанского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института им. С. В. Курашова

В данной работе мы приводим результаты анализа историй болезни и диспансерного осмотра 807 реконвалесцентов менингококковой инфекции всех возрастов, явившихся на обследование через 1—3 месяца после выписки из 1-й инфекционной больницы. При диспансерном осмотре у реконвалесцентов собирали подробные сведения о жалобах и общем самочувствии, проверяли состояние сердечно-сосудистой и нервной систем, слух, зрение, трудовую деятельность, успеваемость у учащихся.

Среди реконвалесцентов, явившихся на диспансерный осмотр, было 586 детей и 221 взрослый; лиц мужского пола — 421, женского — 386. У 380 чел. заболевание в остром периоде протекало в тяжелой форме, у 379 — в среднетяжелой и у 48 — в легкой. Наиболее серьезные осложнения наблюдались преимущественно у больных с тяжелой формой течения болезни. Следует отметить, что только 42 больных (5,2% обследованных) были выписаны на амбулаторное и стационарное лечение с осложнениями и резидуальными явлениями, главным образом со стороны нервной и сердечно-сосудистой систем.

Осложнения, купированные ко времени выписки, были следующими: аллергические реакции на антибиотики (аллергические сыпи) — у 16 чел., инфильтраты и абсцессы области ягодиц — у 4, стоматиты — у 13, токсические гепатиты — у 3, обострение менингита — у 1. Так называемый «диабетический синдром», выражавшийся в кратковременном увеличении процентного содержания сахара в крови, появлению гликозурии и положительной реакции на ацетон в моче, был у 13 пациентов с тяжелым течением болезни. Артриты и бурситы одного или нескольких суставов наблюдались у 19 чел., из них только у 1 был гнойный бурсит коленного сустава. У 3 детей отмечались катаральные отиты, у 4 — бронхопневмонии, 7 детей и 1 больная 19 лет перенесли менингококковую инфекцию с тяжелой формой синдрома Уотерхауза — Фридрихсена, но были выписаны из стационара клинически здоровыми. При диспансерном осмотре этих реконвалесцентов существенных патологических изменений не было установлено. Дети школьного возраста начали посещать школу и успешно учились; взрослая приступила к прежней работе.

У подавляющего большинства реконвалесцентов независимо от тяжести течения болезни в первые 2—3 недели после выписки были явления постинфекционной астении и легкой вегето-сосудистой дистонии. У 143 чел. (16,5%) эти же явления обнаруживались и при диспансерном осмотре через 1—3 месяца после выписки. Однако следует отметить, что в ряде случаев астено-невротическое состояние реконвалесцентов менингококковой инфекции было связано с неудовлетворительными жилищно-бытовыми условиями и семейными обстоятельствами, а у детей имело значение неправильное воспитание. Характеристика наиболее серьезных осложнений и последствий представлена в таблице (см. стр. 4).

Как видно из данных таблицы, диагноз гидроцефалии был поставлен 3 детям. Из них у 1 ребенка 3 месяцев при диспансерном осмотре признаков гидроцефалии не было обнаружено. Второй мальчик 2,5 лет продолжал лечение в детском неврологическом отделении и был выписан с улучшением. 3-й ребенок 1,5-месячного возраста в тяжелом состоянии был увезен в деревню и через 2 месяца умер.

Среди реконвалесцентов, перенесших тяжелую форму менингоэнцефалита, у 2 взрослых (мужчина и женщина) наступило изменение личности. Из нашей клиники они были переведены на лечение в неврологическое отделение, откуда выписались