

По нашим данным, вакуат кислорода крови в норме у взрослых и у детей равен 181 мг%.¹

В первые 3 дня заболевания как у взрослых, так и у детей отмечается резкое повышение содержания недоокисленных продуктов в крови. Вакуат кислорода крови в 2—2,5 раза превышает норму. Подобные явления наблюдаются как у больных с менингококкемией и менингитом, так и у больных с менингитом без клинических проявлений менингококкемии. К 7—9-му дню заболевания концентрация недоокисленных продуктов в крови несколько уменьшается, но еще в 1,5 раза превышает норму; к моменту выписки из стационара она снижается еще больше, но не достигает нормы.

С суточной мочой в разгаре заболевания как при тяжелой, так и при средне-тяжелой форме болезни выделяется огромное количество недоокисленных продуктов, превышающее норму (по данным вакуата кислорода) у взрослых в 2,5 раза, а у детей — в 4 раза. На 7—9-й день болезни выделение недоокисленных продуктов уменьшается, однако еще значительно превышает норму. К моменту выписки больных из стационара у взрослых величина вакуата кислорода в моче приближается к норме, а у детей еще в 1,5 раза выше нормы. Количество выделяющихся с мочой недоокисленных продуктов обмена находится в тесной зависимости от диуреза. В разгаре заболевания отмечается снижение диуреза у взрослых до 1000 мл в сутки, у детей — до 800 мл. Следует учесть, что все обследованные нами больные с первых же часов госпитализации получали значительное количество жидкости, гемодез, а в ряде случаев диуретики. На 7—9-й день болезни суточный диурез приближался к возрастной норме, то же наблюдалось и к моменту выписки из стационара.

Таким образом, у больных генерализованной формой менингококковой инфекции значительно повышается образование недоокисленных продуктов обмена, особенно в разгаре заболевания.

Поступила 17 июня 1974 г.

УДК 615.7:616.981.232

ПРИМЕНЕНИЕ ДРОПЕРИДОЛА У БОЛЬНЫХ МЕНИНГОКОККОВОЙ ИНФЕКЦИЕЙ

Доц. Д. Ш. Еналеева

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

Генерализованные формы менингококковой инфекции, протекающие с явлениями менингита, довольно часто сопровождаются выраженным синдромом отека мозга. Одним из клинических симптомов этого осложнения является двигательное беспокойство больных, затрудняющее быстрое проведение интенсивной терапии. Для снятия двигательного беспокойства мы применяли препарат нейролептической анальгезии — дроперидол, который вводили в дозе 0,2—0,4 мг/кг (взрослым 5—10 мл) внутривенно или внутримышечно в зависимости от показаний. При внутривенном введении препарата действие его начиналось через 2—3 мин. и продолжалось 6—8 часов, максимальный эффект у подавляющего большинства больных наступал через 10—12 мин. после введения и длился 30—60 мин.; при внутримышечном введении эффект наблюдался через 30—40 мин., длительность действия была такой же, как и при внутривенном введении.

Дроперидол не токсичен, не имеет абсолютных противопоказаний, и поэтому его можно применять при менингитах различной этиологии, протекающих с выраженным синдромом отека мозга. Важным преимуществом дроперидола является его хорошая сочетаемость с различными медикаментами при проведении интенсивной терапии, а также выраженные противорвотные свойства. Помимо этого, дроперидол, вызывая значительное и стойкое падение сопротивления кровотоку в сосудах головного мозга (М. А. Кондратович и А. А. Мелещенко), улучшает его кровоснабжение.

Под нашим наблюдением было 64 больных менингококковым менингитом или сочетанием менингококкового менингита с менингококкемией. Из 50 взрослых (28 мужчин и 22 женщины) 45 были в возрасте от 15 до 40 лет. Из 14 детей (10 мальчиков и 4 девочки) 9 были в возрасте от 11 до 14 лет.

У взрослых больных дроперидол применялся нами 60 раз внутривенно и 17 раз внутримышечно. У 36 больных двигательное беспокойство было снято после однократного применения препарата, 8 больным дроперидол пришлось ввести дважды в острый период заболевания (1—3 и сутки), 6 больным — три и более раз (4 из них страдали алкоголизмом). 12 детям препарат вводили 1 раз, двум — 2 раза.

Довольно трудно снять двигательное возбуждение при отеке мозга у лиц, страдающих алкоголизмом. Им требовалось повторное назначение дроперидола через 2—3 часа, причем приходилось или увеличивать дозу препарата до 12—13 мл (0,5 мг/кг) внутривенно, или сочетать уменьшенную дозировку дроперидола внутривенно (6—8 мл) с введением нейролептической смеси внутримышечно. При синдроме

Уотерхауза — Фридрихсена применение дроперидола бывает желательным не только для снятия двигательного беспокойства, но и для улучшения перфузии тканей, которое наступает благодаря специфическому блокированию дроперидолом альфарцепторов симпатической нервной системы и уменьшению периферического сопротивления. В подобных ситуациях во избежание падения АД ниже «критического» (60—70 мм рт. ст.) дроперидол взрослым больным желательно вводить внутримышечно по 3—4 мл или внутривенно по 1—3 мл на фоне внутривенных вливаний жидкостей и медикаментов, направленных на улучшение гемодинамики.

Итак, дроперидол может быть широко использован для снятия двигательного беспокойства при синдроме отека мозга у больных менингококковой инфекцией, тем более что он оказывает и ряд других фармакологических воздействий, благоприятно влияющих на течение заболевания (снижает периферическое сопротивление сосудов, проявляет противорвотные свойства).

ЛИТЕРАТУРА

Кондратович М. А., Мелешенко А. А. Кардиология, 1973, 1.

Поступила 17 июня 1974 г.

УДК 616.981.232:616.831.9—002

КЛИНИКА И ПАТОМОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ПРИ МЕНИНГОКОККОВОМ МЕНИНГОЭНЦЕФАЛИТЕ

С. Б. Перельштейн, Н. П. Попов

Кафедра инфекционных болезней (зав. — проф. А. Е. Резник) Казанского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института им. С. В. Курашова и 15-я горбольница (главврач — Л. А. Баранчикова)

У 71 из 1532 больных менингококковой инфекцией, поступивших в 1-ю клиническую инфекционную больницу г. Казани в период эпидемической вспышки 1971—1972 гг., заболевание протекало в форме менингоэнцефалита. Умерло 10 больных (14,1%): 7 детей в возрасте от 1,5 мес. до 14 лет и 3 взрослых — 15, 19 и 46 лет (лиц мужского и женского пола поровну).

5 больных поступили в больницу в первые сутки заболевания и 5 — на 2—3-и сутки. У 5 больных менингоэнцефалит сочетался с менингококкемией. На кожных покровах туловища и конечностей наблюдалось значительное количество крупных и мелких геморрагических элементов. У остальных больных менингококкемией не было.

У 6 чел. заболевание отличалось молниеносным течением с необычайно бурным началом и выраженной интоксикацией. Температура быстро достигала 39—40°, возникали резкая головная боль, многократная рвота. Уже через 3—24 часа наступала потеря сознания, появлялись судороги конечностей и вскоре следовал летальный исход. Эти больные умерли через 10—30 мин.—4,5 часа после поступления в больницу; они были госпитализированы в агональном или предагональном состоянии. Продолжительность жизни их составила 4—38 часов от начала болезни. У остальных больных (4 чел.) прогрессирование болезни было не столь бурным. На 2-й или 3-й день тяжесть заболевания достигала максимума: наступало расстройство сознания различной выраженности — от состояния оглушения до делириозной спутанности и комы. У 3 больных наряду с проявлениями двигательного возбуждения наблюдался судорожный синдром. В пределах 1,5—6 суток с начала болезни у них наступила смерть. Менингеальный синдром отсутствовал лишь у 2 чел. У всех больных в ликворе регистрировался нейтрофильный цитоз (от 6500 до 40 000 клеток в 1 мм³). Отек мозга наблюдался у 3 больных, умерших, как выяснилось на аутопсии, вследствие вклинивания миндалин мозжечка в большое затылочное отверстие. У ряда больных (3 чел.) отмечалась церебральная симптоматика, выражавшаяся в глазодвигательных расстройствах, поражении лицевого нерва, анзорефлексии. У 4 больных процесс имел стволовую локализацию: отмечались нарушения глотания, дыхания.

У умерших от менингоэнцефалита вес головного мозга превышал норму — от верхней возрастной границы до 30%, он был дряблым, пастозным. На разрезе отмечались множественные мелкоточечные кровоизлияния. Иногда кровоизлияния занимали значительную площадь и располагались в коре больших полушарий, захватывая чаще лобные, височные, теменные доли и, наконец, основание мозга. Реже кровоизлияния можно было видеть в коре мозжечка.

Воспалительные изменения вещества головного мозга у умерших имели преимущественно приваскулярный характер. Диффузная лейкоцитарная инфильтрация встречалась реже и располагалась главным образом в коре больших полушарий. Выраженным дистрофическим изменениям подвергались нервные клетки. Кроме явлений острого набухания, имелись признаки тяжелого изменения их. Цитоплазма оказывалась