

И.И. Протасеня

СЛУЧАЙ МЕНИНГИТА, ОБУСЛОВЛЕННЫЙ КОИНФЕКЦИЕЙ ЭНТЕРОВИРУСА И МЕНИНГОКОККА

Дальневосточный государственный медицинский университет,
680000, ул. Муравьева-Амурского, 35, тел.: 8(4212)-32-63-93, e-mail: nauka@mail.fesmu.ru, г. Хабаровск

Резюме

В работе представлен анализ наблюдения вирусно-бактериального менингита у ребенка в возрасте 3 лет 2 мес., вызванного ассоциацией энтеровируса Коксаки В5 и менингококка серогруппы С.

Ключевые слова: менингит, энтеровирус, менингококк, дети.

I.I. Protasenia

A CASE OF MENINGITIS, CAUSED BY ENTEROVIRAL AND MENINGOCOCCAL COINFECTION

Far East state medical university, Khabarovsk

Summary

The article presents the analysis of viral bacterial meningitis in a child of 3 years 2 months caused by combination of enterovirus Coxsacki B5 and meningococcus of serogroup C.

Key words: meningitis, enterovirus, meningococcus, children.

Из множества инфекционных заболеваний у детей болезни центральной нервной системы (ЦНС) занимают особое место, что определяется тяжестью течения и исходов болезни [4]. В структуре нейроинфекций у детей менингиты являются самыми распространенными формами поражения ЦНС, удельный вес которых составляет до 70% [2].

Менингит — полиэтиологическое инфекционное заболевание, характеризующееся воспалением мягкой мозговой оболочки и сопровождающееся общей инфекционной интоксикацией, синдромом повышенного внутричерепного давления, менингеальным синдромом, а также воспалительными изменениями цереброспинальной жидкости (ЦСЖ) [6].

В силу традиций отечественной клинической практики все менингиты, с учетом, прежде всего, ликворологических данных, делятся на гнойные и серозные. При наличии клиники менингита, а также нейтрофильного плеоцитоза (в клеточном составе ЦСЖ нейтрофилы составляют 60% клеток и более) диагностируют гнойный менингит. При лимфоцитарном плеоцитозе (в клеточном составе лимфоциты и моноциты составляют 60% клеток и более) устанавливают диагноз серозного менингита.

Диагноз гнойного менингита практически всегда подразумевает бактериальную природу заболевания, а диагноз серозного менингита преимущественно вирусную. В то же время при формулировке окончательного диагноза следует учитывать весь комплекс клинко-лабораторных и лабораторно-инструментальных данных, в том числе результатов этионаправленного обследования, что позволяет провести дифференциальную диагностику бактериальных и вирусных инфекций [3].

Во всем мире ведущими возбудителями бактериальных гнойных менингитов у детей в возрасте от 2 мес. до 14 лет является менингококк, пневмококк и гемофильная палочка, тип b, составляющие 90-95% гнойных менингитов [1]. В этиологической структуре бактериальных менингитов в нашей стране 54,1% случаев заболевания ассоциировано с *Neisseria meningitidis* [4]. Этиологической причиной серозных менингитов в 50-60% случаев являются энтеровирусы [5]. Наиболее достоверным основанием для подтверждения клинического диагноза менингита является изоляция возбудителя из ЦСЖ [5].

Клинически вирусные менингиты характеризуются менее выраженным, по сравнению с бактериальными симптомами интоксикации, превалированием общемозговых симптомов при относительно умеренных собственных менингеальных и лимфоцитарном плеоцитозом [4]. В то же время, у 1/3 больных энтеровирусным менингитом в первые двое суток болезни определяют плеоцитоз с преобладанием нейтрофилов (до 56%), который

вскоре сменяется на лимфоциты [5]. Данное обстоятельство представляет сложность для клиницистов, поскольку подходы к терапии гнойных и серозных менингитов различаются.

В доступной литературе мы не встречали сообщений о менингите, вызванном ассоциацией возбудителей — энтеровируса и менингококка, в связи с этим нам представлялось целесообразным привести случай из практики.

Больной Т. Максим, 3 г. 2 мес., поступил в Хабаровскую детскую инфекционную больницу им. А.К. Пиотровича 22.07.2008 г. с диагнозом «энтеровирусная инфекция, подозрение на менингит».

Из анамнеза болезни: заболел утром, жаловался на головную боль, боли в животе, дважды отмечалась рвота. Днем вновь отмечалась повторная рвота, сохранялись головная боль, температура тела повысилась до 37,8°C.

При поступлении в стационар состояние средней тяжести, в сознании, вялый, плаксивый. Жаловался на головную боль и боли в животе. Кожные покровы чистые, на щеках — румянец. Наблюдалась гиперемия задней стенки глотки. Подчелюстные лимфатические узлы до 1 см, эластичные, подвижные, безболезненные. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС - 120 уд./мин. Дыхание проводится во все отделы, хрипов, одышки нет. Живот не вздут, мягкий, урчания и болезненности при пальпации не определяется. Печень и селезенка не увеличены.

Неврологический статус: зрачки D=S, фотореакции живые, симметричные. Лицо симметричное. Сухожиль-

ные рефлексы $D=S$, высокие. Патологических рефлексов нет. Все виды чувствительности сохранены. Умеренная диффузная миопатия. Определяются менингеальные симптомы: ригидность затылочных мышц на 1 см, положительный верхний симптом Брудзинского.

Диагноз менингита не вызывал сомнений. При проведении люмбальной пункции в первый день болезни ЦСЖ прозрачная, вытекала под давлением, плеоцитоз $470 \times 10^6/\text{л}$ (нейтрофилов — 65,1%, лимфоцитов — 34,9%). Белок — 0,28 г/л. Сахар и хлориды в пределах нормы.

В гемограмме: Hb — 127 г/л, Эр. — $3,9 \times 10^{12}/\text{л}$, цв.п. — 0,98, лейкоц. — $9,0 \times 10^9/\text{л}$ (палочкоядерных нейтрофилов — 2%, сегментоядерных — 59%, лимфоцитов — 29%, моноцитов — 10%, эозинофилов — 0%), СОЭ — 21 мм/час.

В общем анализе мочи — без патологии. При копрологическом исследовании обнаружены слабовыраженные ферментативные нарушения.

При бактериоскопии ликвора обнаружены грамотрицательные диплококки, расположенные вне- и внутриклеточно. Методом ОТ-ПЦР в ЦСЖ и фекалиях обнаружена РНК энтеровирусов.

С учетом нейтрофильного плеоцитоза была назначена антибактериальная терапия цефотаксимом в дозе 150 мг/кг массы внутримышечно. Больной получал комплексную терапию, включающую дегидратационные («Диакارب»), сосудистые («Кавинтон») и ноотропные («Пантагам») препараты.

Течение заболевания было гладким. После проведения люмбальной пункции прекратилась рвота, улучшилось самочувствие, купировалась головная боль. Температура тела сохранялась в течение 2 сут с максимальным подъемом до $38,9^\circ\text{C}$ вечером первого дня заболевания. Менингеальные симптомы с 4 дн. заболевания были отрицательными.

При контрольной люмбальной пункции, проведенной на 7 дн. болезни, определили частичную санацию ЦСЖ: плеоцитоз до $48 \times 10^6/\text{л}$ (все лимфоциты), содержание белка в пределах нормы.

Клиническое наблюдение демонстрирует гладкое течение менингита, который манифестировал острым началом, кратковременной лихорадкой, умеренно выраженными оболочечными симптомами и ликворологическими изменениями с быстрой нормализацией клинического состояния, что более характерно для серозного менингита.

При вирусологическом исследовании на культуре ткани из ЦСЖ и двух порций фекалий был выделен энтеровирус Коксаки В5, который явился доминирующим этиологическим фактором сезонного подъема заболеваемости энтеровирусной инфекцией в г. Хабаровске в 2008 г. Наряду с этим из ЦСЖ был выделен менингококк серогруппы С. Выделение возбудителя из «чистых» сред, в частности из ЦСЖ, безусловно, является этиологическим подтверждением диагноза.

Данное наблюдение подчеркивает важность этиологической расшифровки менингита и применения в случаях нейтрофильного или смешанного плеоцитоза антибактериальной терапии коротким курсом (лечение *ex juvantibus*). Этот прием позволяет провести клиническую дифференциальную диагностику серозного и гнойного менингита. Мало изменяющийся плеоцитоз, уже лимфоцитарного характера, полученный при повторной пункции через 3-5 дн., при уже удовлетворительном состоянии позволял отменить антибиотики и установить диагноз серозного менингита. Кроме того, данный пример наглядно демонстрирует возможность одновременного инфицирования больного вирусным и бактериальным агентом.

Л и т е р а т у р а

1. Венгеров Ю.Я. Менингиты // Лечащий врач. - 1999. - №2-3. - С. 17-23.
2. Куприна Н.П., Земсков А.М., Кокарева С.П. Клинико-иммунологические особенности серозных менингитов энтеровирусной этиологии // Детские инфекции. - 2002. - №1. - С. 59-61.
3. Лобзин Ю.В., Пилипенко В.В., Громыко Ю.Н. Менингиты и энцефалиты. - СПб.: Фолиант, 2003. - 128 с.
4. Сорокина М.Н., Иванова В.В., Скрипченко Н.В. Бактериальные менингиты у детей. - М.: Медицина, 2003. - 320 с.
5. Сорокина М.Н., Скрипченко Н.В. Вирусные энцефалиты и менингиты у детей. - М.: Медицина, 2004. - 416 с.
6. Цукер М.Б. Клиническая невропатология детского возраста. - М.: Медицина, 1978. - 464 с.

Координаты для связи с автором: Протасеня Ирина Ивановна — канд. мед. наук, доцент кафедры детских инфекционных болезней, тел.: 8-914-197-11-73.

