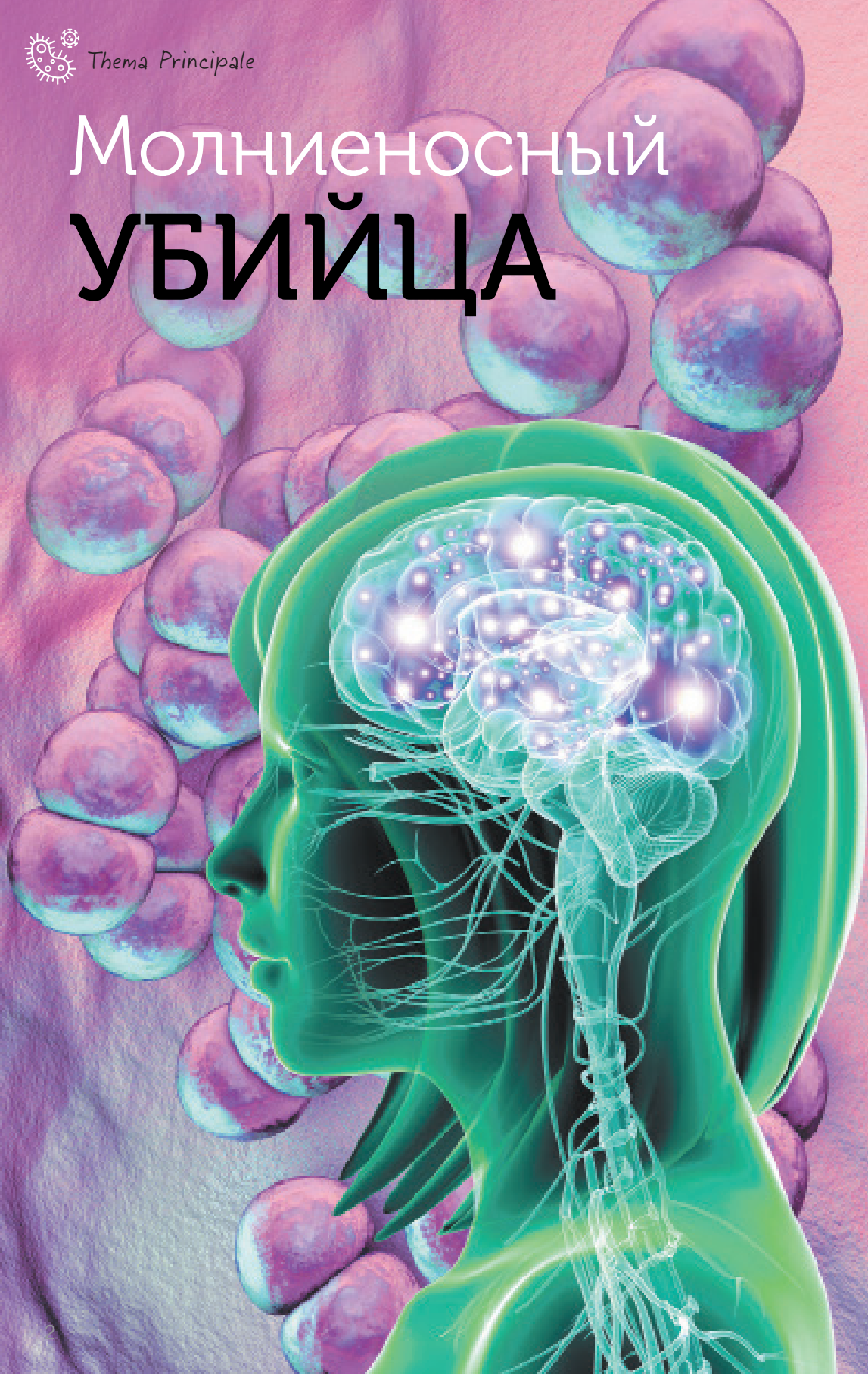




Thema Principale

Молниеносный УБИЙЦА





Авторы: Игорь Александрович Карпов, врач-инфекционист, д.м.н., профессор, заведующий кафедрой инфекционных болезней УО «Белорусский государственный медицинский университет»



Никита Владимирович Соловей, врач-инфекционист, к.м.н., доцент кафедры инфекционных болезней УО «Белорусский государственный медицинский университет»

САМОЕ ВАЖНОЕ, ЧТО НУЖНО ЗНАТЬ ВРАЧАМ ЛЮБОЙ СПЕЦИАЛЬНОСТИ О МЕНИНГИТЕ, СФОРМУЛИРОВАНО J. HERRICK В 1919 Г.: «НИ ОДНА ИНФЕКЦИЯ НЕ УБИВАЕТ ТАК БЫСТРО, КАК МЕНИНГОКОККОВАЯ».

Более чем 20-летний период подъема заболеваемости менингококковой инфекцией в последнее десятилетие сменился стойким снижением и стабилизацией на уровне до 0,5–1 случая на 100 тыс. населения. Заболеванию подвержены люди любого возраста. Однако наиболее уязвимы дети от 4 до 24 месяцев и молодежь от 12 до 22 лет. Причем в последней группе летальность считается наиболее значительной.

ГДЕ И КАК

Менингококковая инфекция распространена повсеместно. Наиболее опасным всегда считался «менингитный пояс Африки» – от Ганы и Гвинеи-Бисау на западе до Эфиопии и севера Кении на востоке. Описывались вспышки заболевания во время хаджа в Саудовской Аравии. Однако появление вакцин и активное использование их в указанных регионах позволили резко снизить эпидемические риски. Менингококк представляет собой грамотрицательный диплококк, основной фактор вирулентности которого – эндотоксин (липополисахарид, ЛПС). Микроорганизм имеет капсулу, особенности которой позволяют выделить 13 серотипов. Наиболее актуальные менингококки – А, В, С, W135, Y, X. Микроб неустойчив во внешней среде. Погибает при комнатной температуре, передается воздушно-капельно при близком контакте. Часто вспышки менингококковой инфекции возникают в закрытых коллективах (в армии, общежитиях, домах-интернатах). Появление пациента с менингококковым назофарингитом в семье резко увеличивает вероятность передачи инфекции близким. Являясь антропонозом, менингококк довольно широко распространен в человеческой популяции. Носителями являются 3–10% населения. Генерализованные формы инфекции относительно редки. Они развиваются, когда

микроорганизм из лимфоидных образований слизистой носоглотки проникает в кровь и мозговые оболочки. Выраженная бактериемия приводит к каскаду провоспалительных реакций и быстрому развитию прогрессирующего сепсиса или гнойного менингита.

Современные классификации менингококковой инфекции близки по своему содержанию и складываются из клинических форм, вызываемых данным микроорганизмом. Это прежде всего группа, в которую включены носители менингококка и больные с менингококковым назофарингитом. Последние встречаются реже, но имеют большое значение в распространении инфекции из-за катаральных симптомов. Заболевание проявляется заложенностью носа, покашливанием, болями в горле, гиперплазией фолликулов задней стенки глотки. Диагноз хорошо подтверждается бактериологически при соблюдении правил забора материала для посева и правильной транспортировке с соблюдением температурного режима (микроорганизм очень нестоек во внешней среде).

ГЛАВНОЕ – НЕ ПЕРЕПУТАТЬ!

Генерализованные формы разделяют на менингококцемию, менингит и менингококцемию в сочетании с менингитом. Помните об отдельных и смешанных формах важно потому, что врач, ежедневно не встречающийся с этим в общем-то нечастым, заболеванием, иногда не может выделить ключевые симптомы, путаясь в их разнообразии.

Менингококцемию, по существу менингококковой сепсис, сопровождается быстро нарастающими явлениями интоксикации, ДВС-синдромом и, как следствие, септическим шоком и полиорганной недостаточностью. Менингит – это поражение мозговых оболочек с преобладанием явлений внутричерепной гипертензии на фоне микробной интоксикации с последующим отеком головного мозга.



Ключевые симптомы менингококцемии – быстрый подъем температуры, бледность кожных покровов и появление геморрагической сыпи. Но здесь есть определенные клинические закономерности, нередко затрудняющие раннюю диагностику заболевания.

Одна из них – **разнородность сыпи**. Это может быть небольшая папулезная сыпь, в центре которой (не во всех элементах) встречаются **мелкие геморрагии** – они напоминают след от укола иглой и не исчезают после надавливания. В дальнейшем без адекватной терапии геморрагический компонент такой сыпи нарастает. Однако при своевременной терапии шанс остановить заболевание, как правило, велик. Еще один вариант – **крупные пятнистые геморрагии**, склонные к слиянию и локализующиеся на разных участках тела (чаще выступают на верхней части груди, ногах и ягодицах). Также нередки **крупнопятнистые облако-видные элементы сыпи**, носящие явный геморрагический характер на фоне гиперемизированной кожи. Такую сыпь принимают за аллергическую, хотя нет ни характерного зуда, ни крапивницы.

Но больше всего пугает отсутствие у пациента явной органной симптоматики. Врач ориентирован прежде всего на появление сыпи на фоне неспецифических проявлений интоксикации, а она появляется на 5–15-й час заболевания. Это значительно затрудняет диагностику быстро развивающейся и реально угрожающей жизни болезни.

Легко смоделировать ситуацию, когда по вызову, скажем, родителей приезжает скорая помощь. Пациента осматривают, тщательно и внимательно ищут сыпь. Но ее нет, так как за-

ЗАБОЛЕВАНИЕ ПЕРЕДАЕТСЯ ПРИ БЛИЗКОМ КОНТАКТЕ ВОЗДУШНО- КАПЕЛЬНЫМ ПУТЕМ

болевание находится в дебюте. Родители отказываются от провизорной госпитализации, или она не предлагается. Инъекция жаропонижающих сделана, температура снизилась, самочувствие улучшилось. Наступил период, который можно охарактеризовать как «драматическое улучшение». Уложенный спать ребенок выпадает из-под активного наблюдения, в котором очень нуждается. Однако замеченное родителями ухудшение, появление органной симптоматики, нарастание дыхательной, сердечной, почечной недостаточности, энцефалопатии, распространение сыпи приводят к повторному обращению за медицинской помощью. И здесь уже при развернутой картине заболевания диагноз не вызывает сомнений.

Фульминантную менингококцемию в классификации выделяют как наиболее жизнеугрожающую форму со значительной летальностью.

Фульминантное течение менингококцемии характеризуется выраженной интоксикацией (температура, как правило, выше 39,5 °С), последующим появлением облако-видной сливающейся сыпи и отсроченным на несколько часов присоединением явлений органной недостаточности (как тут не вспомнить о скрытой органной недостаточности при сепсисе).

Однако на практике все выглядит по-другому. У пациента поднимается высокая температура. Вызвана скорая помощь, лихорадку снижают медикаментозно. Пациент, не имеющий других проявлений заболевания, отказывается от госпитализации. Затем появляется сыпь, принимаемая за аллергическую (после приема жаропонижающих). Повторно вызывается врач, которому пациент самостоятельно открывает дверь, абсолютно адекватно отвечает на вопросы, часто имеет нормальное АД. Врач не чувствует опасности, так как тяжесть состояния не очевидна. Подведем итог. При фульминантной менингококцемии проявление интоксикации в значительной мере опережает остальную органную симптоматику, которая присоединится в течение ближайших часов. Особенно путают врачей адекватность пациента, отсутствие дисциркуляторной энцефалопатии.

К сожалению, далеко не всегда медицинская помощь в этих случаях является эффективной – интоксикация вырывается вперед, а вся остальная симптоматика приходит позже, но приходит обязательно, определяя часто драматический исход заболевания в 1–2-е сутки болезни.

Менингококковый менингит также проявляется внезапно. Классическая менингеальная триада симптомов – повышение температуры (плохо купируемое антипиретиками), рвота (центрального генеза, не контролируется пациентом – «фонтаном», не приносит облегчения) и головная боль (выраженная, нарастающая по интенсивности, как правило, вовсе не уменьшающаяся или не проходящая полностью при приеме анальгетиков). Однако такая картина менингита бывает далеко не всегда.

В основе менингеальных симптомов лежит снижение порога чувствительности нервной ткани к внешним раздражителям на фоне нарастающего отека головного мозга. Отсюда гиперестезия кожных покровов, гиперактузия, фотофобия. Мышечная ригидность является защитной реакцией на повышенную чувствительность нервной ткани. Совершенно понятно, что клинические проявления в данном случае зависят от реактивности организма, возраста, наконец, от индивидуальных особенностей пациента.

Определенные сложности возникают при диагностике менингококкового менингита у детей до одного года. Здесь отсутствуют жалобы

на головную боль, и родители встревожены высокой температурой и рвотой. Довольно часто предварительным диагнозом в этом случае становится острое кишечное заболевание. Помогают сориентироваться наличие или отсутствие у пациента диареи, а также быстрое развитие сопорозного состояния и общемозговой симптоматики. Еще одной сложностью является то, что врач может забыть о существовании нечасто встречающегося в практике менингита. И тогда предварительный диагноз состоит из двух частей. Первая – это что-то «родное и близкое», например ОРВИ, а вот вторая свидетельствует, что привычное заболевание протекает в необычной форме. К ОРВИ добавляется «тяжелое течение», «с менингеальным синдромом», «гипертоксическая форма» и прочее. По итогу в одном диагнозе уместаются два, дающие в результате диагностический ноль.

Следует помнить, что малейшее подозрение на менингит предполагает диагностическую пункцию.

Если у пациента наблюдаются судорожный синдром, септический шок, признаки начинающегося вклинения, пункция откладывается до купирования данных проявлений.

Если есть возможность, необходимо незамедлительно сделать МРТ или КТ головного мозга.

АНТИБАКТЕРИАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ

Базируется на высокой чувствительности менингококка к бета-лактамам антибиотикам, в том числе пенициллинам. Пенициллин применяется в дозе 300 тыс. ЕД/на 1 кг массы тела внутривенно в 6 приемов (для взрослых обычные дозировки 12 млн ЕД/сут при менингококцемии, 24 млн ЕД/сут при менингоковом менингите или смешанной форме заболевания). Альтернативные препараты – цефотаксим 150–200 мг/кг/сут (12,0 г/сут в 4–6 введений для взрослых) или цефтриаксон 50–80 мг/кг/сут (4,0 г/сут в 2 введения для взрослых). Назначается также хлорамфеникол в дозе 50–100 мг/кг/сут (4–6 г в 4 введения для взрослых). Хлорамфеникол подобно бета-лактамам антибиотикам действует на менингококк бактерицидно. Чем раньше назначена антибактериальная терапия, тем лучше исход менингококковой инфекции.

При септическом шоке инициируют интенсивную противошоковую терапию – инфузию кристаллоидов (минимальный объем 30 мл/кг), коррекцию уровня глюкозы, назначение катехоламинов (лекарственное средство выбора – норэпинефрин), гидрокортизона (при подозрении на острую надпочечниковую недостаточность), обеспечение основных жизненных параметров. При менингите наряду с антибиотикотерапией проводят противоотечную терапию (осмодиуретики, петлевые диуретики), при необходимости – респираторную поддержку, дезинтоксикационную и симптоматическую терапию.

БОЛЬШЕ ШАНСОВ

Организационные мероприятия, позволяющие улучшить раннюю диагностику и прогноз генерализованных форм менингококковой инфекции:

– общество в целом и прежде всего родители должны знать о наличии данного заболевания. Необходимо постоянно предоставлять сведения об основных проявлениях генерализованной менингококковой инфекции. Подобный опыт давно существует в мире и вполне может быть применен в нашем регионе. При появлении только высокой лихорадки и выраженной интоксикации у ребенка без других явных симптомов респираторной или иной инфекции родители должны самостоятельно осматривать его кожные покровы каждые 2–3 ч и при малейших подозрениях на менингококцемию обращаться за неотложной медицинской помощью, даже если к ребенку уже вызван врач.

У практикующего врача (скорой помощи, участкового терапевта, педиатра, других специалистов первичного звена) должна быть постоянная настороженность в отношении данного заболевания. Пациенты с неясной высокой лихорадкой (выше 39,5 °С) должны госпитализироваться провизорно, или по крайней мере у них должен быть в обязательном порядке взят общий анализ крови и обеспечено динамическое наблюдение.

При госпитализации в стационар необходимо правильно определить тяжесть состояния пациента и обеспечить динамическое наблюдение неясного, высоколихорадящего больного.

Менингококковая инфекция не является высококонтагиозным заболеванием. Через сутки антибиотикотерапии вопрос о контагиозности пациента снимается. Поэтому пациент должен получить максимально возможное релаксационное пособие, в том числе при необходимости в общесоматическом стационаре.

Профилактический прием антибактериальных препаратов необходим всем, кто близко контактировал с пациентом в домашних условиях, по месту учебы или работы. Для санации носителей используют двухдневные курсы рифампицина или однократное введение цефтриаксона или ципрофлоксацина. В настоящее время доступны вакцинации против менингококков всех типов, включая менингококк В.