

УДК 616.831.9-002.3:616.94)-02-07

Турсунов Э.И., Ходжалиев Б. Г.,

Юлдашев З. Н., Шевкетова Л. Ш.

*Андижанский филиал Республиканского научного
центра скорой медицинской помощи*

ТЕЧЕНИЯ СЕПСИСА ОСЛОЖНЕННОГО МЕНИНГОЭНЦЕФАЛИТОМ

Резюме; В работе представлена клиническая и лабораторная характеристика 107 больных, в диагнозе у которых, как составляющие присутствовали сепсис и менингит (менингоэнцефалит).

Показано, что в 31 случае (28,9%) был первично диагностирован сепсис, приведший впоследствии к развитию менингита или менингоэнцефалита.

В остальных случаях клиника расценивалась как трансформация гнойных менингитов в сепсис. Этиологическое подтверждение диагноза сепсис или менингит (менингоэнцефалит) составило 29,9%. Летальные исходы чаще имели место в случаях первичного развития сепсиса.

Ключевые слова: сепсис, гнойный менингит, менингоэнцефалит, патогенетическая взаимосвязь.

Tursunov E.I., Khojaliev B. G.,

Shevketova L. Sh., Yuldashev Z. N.

*Andijan branch of the Republican Scientific Center of
Emergency Medical Care*

THE COURSE OF SEPSIS COMPLICATED BY MENINGOENCEPHALITIS

Resume: The paper presents clinical and laboratory characteristics of 107 patients diagnosed with sepsis and meningitis (meningoencephalitis) as components.

It was shown that in 31 cases (28.9%) sepsis was initially diagnosed, which subsequently led to the development of meningitis or meningoencephalitis.

In other cases, the clinic was regarded as the transformation of purulent meningitis into sepsis. Etiological confirmation of the diagnosis of sepsis or meningitis (meningoencephalitis) it was 29.9%. Deaths were more common in cases of primary sepsis.

Keywords: sepsis, purulent meningitis, meningoencephalitis, pathogenetic relationship.

Введение. Менингоэнцефалит — нейроинфекционное заболевание, протекающее с сочетанным поражением церебрального вещества и оболочек. Проявляется инфекционными, оболочечными, вариабельными очаговыми симптомами.

Диагностируется в результате неврологического осмотра, церебральной МРТ/КТ, исследования ликвора, лабораторной диагностики, направленной на поиск возбудителя[2]. Лечение базируется на этиотропной терапии (антибиотики, противовирусные, антимикотические, противопаразитарные препараты) в комбинации с патогенетическими, симптоматическими средствами[5].

Менингококковый сепсис (менингококкцемия) — тяжелая форма заболевания. Состояние больных очень тяжелое: сильная головная боль, рвота, температура может быть как очень высокой — 41° С, так и быть ниже 36,6° С[3].

Связано это с очень быстрым нарушением работы сосудов, падением артериального давления[1]. Быстро появляется пятнисто-папулезная сыпь: распространяясь по коже и слизистым, она часто сливается с образованием пузырей с кровянистым содержимым. Смертность при данной форме очень высокая — до 60%[4].

Цель исследования. Изучить особенности течения сепсиса осложненного менингоэнцефалитом

Материалы и методы исследования. В настоящей работе представлен материал последних 10 лет, включающий анализ 107 клинических наблюдений, в котором в диагнозе как составляющие присутствовали сепсис и менингит (менингоэнцефалит). При этом последовательность фиксации указанной патологии была прямой и обратной: сепсис предшествовал менингиту (менингоэнцефалиту) или менингит (менингоэнцефалит), доминировавший в начале заболевания, трансформировался (завершался) сепсисом.

Результаты исследования. В общей характеристике анализируемого материала отмечено преобладание взрослых - 61 больной (57%) и городских жителей - 64 (59,8%). Если учесть естественное соотношение городского и сельского населения, взрослых и детей, то, возможно, эта особенность будет и не столь заметной, а может, и обратной. Среди детей более половины составили пациенты первого года жизни (56,5%), дети первых 5 лет - почти 85%. У взрослых наиболее уязвимыми были лица старше 50 лет (55,7%), преобладали лица мужского пола (64,5%).

Основная масса заболевших поступила весной (52,3%), заметно меньше их было осенью (21,1%), летом - 15,9%, а зимой только 10,3%. На весенне-летний период приходилось 68,2% больных. Среди взрослых больных рабочих было 41%, служащих - 18%, работников сельского хозяйства - 16,4%; неработающих - 24,6%, т.е. каждый четвертый пациент. Основная масса больных поступила в первые 5 дней от начала болезни - 87 (81,3%), из которых в первые сутки поступили 18 человек (все дети в возрасте до 5 лет).

В 26 случаях (24,3%) больные поступили без сознания, в состоянии глубокого сопора - 7 (6,5%),

Вывод. Оценивая изложенную информацию, следует признать, что в последние 10 лет, как и ранее, развитие вторичного гнойного менингита патогенетически связывают с наличием первичного очага или имеющегося сепсиса, однако в 1/3 случаев можно говорить о своеобразной криптогенности его происхождения.

Остается, как и раньше, значительным процент неустановленной этиологии гнойного менингита при наличии явных признаков его вторичности. Однако если ранее среди этиологических агентов при вторичных гнойных менингитах доминировал стафилококк, то в настоящее время на передовые позиции вышли пневмококк (*Str.pneumoniae*) или ассоциация (*Str.pneumoniae* + *Ps.aeruginosae*). Хотя у детей первого года жизни своих ведущих позиций не потерял и стафилококк, который вызывает менингит, отличающийся высокой летальностью (более 30%). Очевидно, что само развитие менингита (менингоэнцефалита) говорит о генерализации вторичной инфекции в условиях несостоятельности гематоэнцефалического барьера.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Белошицкий Г.В., Королёва И.С., Чистяков Г.Г. Эпидемиологические особенности менингитов, обусловленные *Str.pneumoniae*.//Эпидемиология и инфекционные болезни, 2005. - № 3. - С. 28-30.

2. Вильнец А.А., Иванова М.В, Скриченко Н.В. и др. Современные клинические особенности пневмококковых и гемофиль-ных менингитов у детей. // Эпидемиология и инфекционные болезни, 2005. - № 3. - С. 56-58.

3.Сорокина Н.М., Иванова В.В., Скриченко Н.В. Бактериальные менингиты у детей, М., 2003. - 200 с.

4.Хохлова З.А, Захарова Е.Ц., Головин Г.П. и др. Особенности пневмококкового менингита в промышленной зоне Кузбасса.// Эпидемиология и инфекционные болезни, 2005. - № 3. - С. 47-49.

5.Цыркунов В.М., Лиопо Т.В. Менингеальный симптомокомп-лекс: вопросы клинической дифференциации // Журнал Гродненского госмедуниверситета. - 2005. - №1. - С.39-42.