

ХИБ-инфекция: менингит, панникулит у ребенка 6 месяцев

Г. А. ХАРЧЕНКО¹, В. А. КОЛОКОЛОВ¹, О. Г. КИМИРЛОВА¹, А. А. КИМИРЛОВ²

¹Астраханский медицинский университет Минздрава России,

²Областная инфекционная клиническая больница, Астрахань, РФ

Описан клинический случай гемофильной инфекции, протекавшей с клиникой гнойного менингита и панникулита у ребенка раннего возраста. Показана сложность дифференциальной диагностики, при сочетании менингита с панникулитом, с менингококковой инфекцией (менингит, менингококкцемия).

Ключевые слова: гемофильная инфекция, менингит, панникулит, дети

HIB-infection: Meningitis, Cellulitis in the Child of 6 Months

G. A. Harchenko¹, V. A. Kolokolov¹, O. G. Kimirlova¹, A. A. Kimirlov²

¹Astrakhan State Medical University of Russian Ministry of Health,

²Regional Clinical Hospital of Infectious Diseases, Astrakhan, Russia

A clinical case of Hib-infection is the clinic purulent meningitis and panniculitis young child. Shows the complexity of the differential diagnosis of meningitis in combination with panniculitis with meningococcal disease (meningitis, meningococcktsemya).

Keywords: *Haemophilus influenzae* meningitis, panniculitis, children

Контактная информация: Харченко Геннадий Андреевич — д.м.н., проф., зав. кафедрой детских инфекций, ГБОУ ВПО Астраханский государственный медицинский университет; Россия, 414000, г. Астрахань, ул. Бакинская, д. 121; (8512) 75-56-05; xarchenkoGA@mail.ru

Kharchenko Gennady Andreyevich — doctor of medical sciences, professor, Head of childhood infections of Astrakhan State Medical University Ministry of Health of Russia; Russia, 414000, Astrakhan, ul. Bakinskaya, d. 121; (8512) 75-56-05; e-mail: xarchenkoGA@mail.ru

УДК 616.9:579.845-053.3

У детей первого года жизни одной из клинических форм гемофильной инфекции является панникулит (целлюлит) Вебера-Крисчена, основными клиническими симптомами которого являются поражение респираторного тракта (ринофарингит) с последующим появлением инфильтратов в подкожной клетчатке с изменением цвета кожи в зоне поражения до синюшно-красного или фиолетового цвета [1–3].

Приводим собственное клиническое наблюдение бляшечного панникулита Вебера-Крисчена в сочетании с менингитом.

Ребенок Л. 6 мес., заболел остро, повысилась температура до 38,5 °С, появились синюшность ушных раковин, отечность нижних конечностей. Поступил в реанима-

ционное отделение с направительным диагнозом «Менингококковая инфекция, менингококкцемия».

Состояние при поступлении тяжелое, температура тела 38,5 °С. Ребенок в сознании, беспокоен, возбужден, гиперестезия, напряжение большого родничка, слабо выраженная ригидность мышц затылка. Симптомы Кернига, Брудзинского отрицательные. Кожные покровы бледные, цианоз ушных раковин, отечность голеней, единичные геморрагические элементы сыпи без некрозов на туловище и нижних конечностях. Число дыханий 36 в минуту. В легких дыхание пуэрильное, проводится по всем полям, хрипы не выслушиваются. Число сердечных сокращений 130 в минуту. Тоны сердца умеренно приглушены. В зеве умеренная гиперемия небных дужек, задней стенки глотки. Живот мягкий, безболезненный, печень + 2 см из под края



Фотография 1.



Фотография 2.

реберной дуги, плотно-эластичной консистенции. В общем анализе крови лейкоцитоз $13,1 \times 10^9$, пал. — 22%, сегм. — 52%, лимф. — 23%, мон. — 3%, СОЭ — 21 мм/ч. Проведена диагностическая люмбальная пункция: цитоз 125 клеток (90 нейтрофилов, 35 лимфоцитов). Ликвор прозрачный, бесцветный, вытекал под давлением.

Наличие неврологической симптоматики, характер ликвора явились основанием для постановки диагноза гнойный менингит и проведения этиопатогенетической терапии (цефтриаксон, гормоны, иммуноглобулин в/в, дезинтоксикационная терапия с использованием препаратов волемического действия, гепаринотерапия под контролем коагулограммы и времени свертывания крови) на фоне которой температура тела нормализовалась, состояние улучшилось. На 4-й день заболевания появились болезненные инфильтраты в подкожной клетчатке до 10 см в диаметре темно-фиолетового цвета, на внутренних поверхностях бедер (фото 1, 2). При исследовании ликвора методом ПЦР обнаружена ДНК *Haemophilus influenzae*. С учетом клиники и лабораторных данных выставлен диагноз «Гемофильная инфекция, генерализованная форма, панникулит, менингит». Инфильтраты в подкожно жировой клетчатке разрешились бесследно на 14-й день болезни. Полная санация ликвора произошла на 20-й день. Выписан на 24 день заболевания с клинико-лабораторным выздоровлением. Клинический пример отражает возможность развития тяжелых форм гемофильной инфекции у детей, протекающих с одновременным поражением нескольких органов (менингит, панникулит и других). При поздней диагностике данная патология может привести к септицемии и неблагоприятному исходу. При сочетанных формах гемофильной инфекции (менингит, панникулит) схожесть клинической симптоматики затруд-

няет проведение дифференциальной диагностики с менингококковой инфекцией (менингит, менингококкцемия). Вопрос о диагнозе решается по характеру разрешения экзантемы (отсутствие некрозов) и результатам лабораторного исследования.

Для лечения гемофильной инфекции применяют: цефалоспорины, левомицетин, аминогликозиды, макролиды, монобактамы, карбапенемы. Длительность антибактериальной терапии не менее 10 дней. В нашем случае больной получил два курса антибактериальной терапии: цефалоспорины, аминогликозиды.

Для профилактики используется полисахаридная вакцина. Учитывая высокий риск заражения и тяжесть заболевания контактным, непривитым детям до 4-х лет проводят общеукрепляющую терапию, назначают рифампицин.

Литература:

1. Детские инфекции: справочник практического врача / Л.Н. Мазанкова, Л.Ф. Нестерина, Л.А. Павлова и др. — М.: МЕДпресс-информ., 2009. — 239 с.
2. Ющук Н.Д. Заразные болезни человека / Н.Д. Ющук, Ю.Я. Венгеров. — М.: Медицина, 2009. — 345 с.
3. Lipoatrophic panniculitis: case report and review of literature / L.Y. Shen, M.B. Edmondson, G.P. Williams et al. // Arch. Dermatol. — 2010. — № 146 (8). — P. 77–81.

References:

1. [Children's infection: Directory of Practitioners] / L.N. Mazankova, L.F. Nesterina, L.A. Pavlova et al. — M.: MEDpress-inform., 2009. — 239 p. (In Russ.)
2. Yushchuk N.D. [Infectious human disease] / N.D. Yushchuk, Y.Y. Vengerov. — M.: Medicine, 2009. — 345 p. (In Russ.)
3. Shen L.Y. Lipoatrophic panniculitis: case report and review of literature / L.Y. Shen, M.B. Edmondson, G.P. Williams et al. // Arch. Dermatol. — 2010. — № 146. (8). — 77–81.

Случай менингоэнцефалита у ребенка из очага туберкулезной инфекции

Л. А. Гузницева¹, О. С. Поздеева⁴, О. Г. Бояринцева², М. В. Петренко², С. В. Михайлов²,
Е. А. Тюлькина³, О. В. Кузнецова³, О. В. Моисеева⁴, И. В. Федорова⁵

¹ Министерство здравоохранения УР,

² БУЗ УР Республиканская клиническая инфекционная больница МЗ УР,

³ БУЗ УР Республиканская клиническая туберкулезная больница МЗ УР,

⁴ ГБОУ ВПО Ижевская государственная медицинская академия МЗ РФ,

⁵ Республиканское патологоанатомическое бюро МЗ УР

Описан клинический случай туберкулезного менингоэнцефалита у ребенка 6 лет из очага лекарственно-устойчивого бактериовыделения туберкулеза. Приведен анализ причин и факторов риска возникновения данной остро прогрессирующей формы туберкулеза.

Ключевые слова: туберкулез, менингит, лекарственная устойчивость микобактерий туберкулеза

The Case of Meningoencephalitis in a Child from the Source Tuberculosis Infection

L. A. Gusnisheva¹, O. S. Pozdeeva⁴, O. G. Boyarinceva², M. V. Petrenko², S. V. Michaylov²,
E. A. Tulkina³, O. V. Kuznetsova³, O. V. Moiseeva⁴, I. V. Phedorova⁵

¹ Ministry of Public Health Services,

² Republican Clinical Infectious Hospital,

³ Republican Clinical Tuberculosis Hospital,