

Редкий случай бруцеллезного менингоэнцефалита

А. М. ГУСНИЕВ, Н. С. КАРНАЕВА, С. Г. АГАЕВА

ГБОУ ВПО «Дагестанская государственная медицинская академия», кафедра инфекционных болезней, кафедра пропедевтики детских болезней с курсом детских инфекций, Махачкала

Представлен редкий в наши дни случай бруцеллезного менингоэнцефалита. Указывается на особенности его клинического течения с поражением ЦНС, приводятся различные лабораторные анализы и обсуждаются методы рациональной терапии.

Ключевые слова: бруцеллез, менингоэнцефалит, диагностика, люмбальная пункция, терапия

The One Uncommon Case of Brucellosis Meningoencephalitis

A. M. Gusniev, N. S. Karneeva, S. G. Agaeva

Dagestan State Medical Academy, Makhachkala

Nowadays, a rare case of brucellosis meningoencephalitis is presented. Indicated on the features of its clinical course, the various laboratory analyzes are added and the methods of rational therapy are discussed.

Keywords: brucellosis, meningoencephalitis, diagnosis, lumbar puncture, therapy

Контактная информация: Карнаева Наргиз Сабировна — аспирант, асс. каф. пропедевтики детских болезней с курсом детских инфекций ДГМА; г. Махачкала, ул. Пл. Ленина, д. 1; т. (8722) 67-07-90

УДК 616.98:579.841

Поражение нервной системы при бруцеллезе встречается довольно часто. Давно замечено, что частота поражения нервной системы возрастает по мере перехода острого бруцеллезного процесса в хронический. Многие больные предъявляют жалобы на головную боль, раздражительность, парестезии, боли в пояснице и ногах. У них можно выявить симптомы пояснично-крестцового радикулита, неврита, невралгий, вегето-сосудистой дистонии. Именно поэтому в бруцеллезные отделения инфекционных стационаров часто приглашают на консультацию врачей — неврологов.

Известно, что при бруцеллезе в патологический процесс может вовлекаться периферическая и вегетативная нервная система. Периферическая нервная система, по данным различных авторов, поражается в 37—90% [1—3]. Наиболее часты — невралгии, невриты, плекситы, причем особенно часто поражаются седалищный нерв и пояснично-крестцовое сплетение [2—4, 6]. Вегетативные нарушения особенно характерны для хронического бруцеллеза. Е. С. Белозеров (1985) наблюдал их у 96,2% больных.

В то же время поражение центральной нервной системы встречается исключительно редко [3, 4]. Например, тот же Е. С. Белозеров в 2000 году сообщает, что диагноз менингит в их исследовании был выставлен только у 1,6% больных с подострым бруцеллезом. Течение бруцеллезного менингита или менингоэнцефалита обычно вялое и затяжное, без четкой выраженности менингеальных симптомов [5, 6, 7]. Наиболее постоянные симптомы менингита — невыраженные головная боль и тошнота, повышение температуры до субфебрильных цифр. Симптомы Брудзинского и Кернига выражены слабо. Спинномозговая жидкость вытекает под небольшим давлением и, как правило, прозрачная с положительной реакцией Панди и Нонне-Апельта и повышенным цитозом. Цитоз — смешанного характера, в одних случаях преобладают лимфоциты, в других — нейтрофилы.

Мы наблюдали редкий случай бруцеллезного менингита осенью 2012 года. После долгих обследований и безуспешного лечения в течение 1 месяца в различных

стационарах республики по поводу лихорадки неясной этиологии, в РЦИБ поступила больная К. Р. 58 лет. Серологический бруцеллезный анализ Райта-Хеддельсона был положителен в диагностическом титре 1 : 200. Учитывая этот анализ и длительную волнообразную лихорадку, сопровождавшуюся ознобами, потливостью, артралгиями, гепатоспленомегалией и принимая во внимание, что женщина проживает в сельской местности, имеет крупный и мелкий рогатый скот в личном хозяйстве, был выставлен диагноз — бруцеллез.

При поступлении пациентка жаловалась на общую слабость, боли в суставах рук и ног, повышенную температуру, выраженную потливость, неприятные ощущения в пояснично-крестцовой области. Были жалобы и неврологического характера — на периодически появляющуюся тупую монотонную головную боль, раздражительность, нервозность, плохой сон, кожные парестезии.

При осмотре К. Р. первое, что обращало на себя внимание, было бледное, амимичное лицо с полностью закрытым правым глазом. При искусственном поднятии правого верхнего века можно было заметить расходящееся косоглазие и мидриаз. Острота зрения на правом глазу, со слов пациентки, снизилась. Левый глаз функционировал относительно хорошо. При попытке взглянуть на предметы обоими глазами — больная отмечала двоение.

Правый глаз закрылся несколько дней назад на фоне лихорадки. Со слов К. Р., перед тем как возникла проблема с глазом, у нее появились довольно сильные головные боли. Боль большей частью локализовалась в области лба и глазниц. Но как только появился птоз — боль стихла.

На правой стороне шеи выступала безболезненная и эластичная опухоль размером с грецкий орех. При опросе выяснилось, что шейное образование существует в неизменном виде уже многие годы. Врачи-онкологи классифицировали её как липому.

Продолжая клинический осмотр заболевшей, мы выявили слабовыраженные менингеальные симптомы — ригидность затылочных мышц на 1 п/палец, симптом Керни-

га под углом 170°. Однако характерных для классического менингита жалоб на головную боль и рвоту на момент госпитализации в РЦИБ не было. Тем не менее, учитывая односторонний птоз, сочетающийся с косоглазием и мидриазом, амимию лицевой мускулатуры, слабо выраженные оболочечные симптомы, мы решили пригласить на консультацию невролога и окулиста. Окулист выявил застойный диск зрительного нерва справа. Невролог, осмотрев К. Р., рекомендовал провести магнитно-резонансную томографию и люмбальную пункцию.

Приводим результаты лабораторного обследования. Общий анализ крови: Нв — 130 г/л, Эр. — $4,6 \times 10^{12}$ /л, ЦП — 0,8, СОЭ — 18 мм/ч, лейкоц. — $4,6 \times 10^9$ /л, Э — 1, П — 1, С — 60, Л — 30, М — 8; общий анализ мочи — без патологии; кровь на серологическую реакцию Видала — отриц.; реакция Хеддельсона — положительная, р-я Райта — титр 1 : 200, РПГА с эритроцитарным бруцеллезным антигеном 1:40 с последующим нарастанием титра до 1 : 160; ИФА на бруцеллез: обнаружены Ig G в большом количестве к бактериям рода *Brucella* — 1,544 (в норме до 0,219); флюорография органов грудной полости в пределах нормы, кровь на гемокультуру — отрицательна, кровь на стерильность — отрицательна, посев ликвора не дал; биохимический анализ крови: креатинин — 88,2 мкмоль/л, мочевины — 5,1 ммоль/л, СРБ > 25 мг/л, сиаловые кислоты — 0,347 уе, РФ — слабоположительный.

Результаты МРТ: органической патологии не выявлено, имеются признаки дисциркуляторной энцефалопатии. Ликворограмма: спинномозговая жидкость бесцветная и прозрачная, реакция Нонне-Апельта +, Панди ++, белок — 0,4 г/л, глюкоза — 2,5 ммоль/л, цитоз — 96/3, нейтрофилы — 80%, лимфоциты — 20%; в последующем цитоз 76/3 (за счет лимфоцитов), белок — 0,24 г/л, р-я Панди +, р-я Н-Апельта ±, глюкоза 2,7 ммоль/л, в последнем анализе ликвора — цитоз 82/3, нейтрофилы — 50/3, лимфоциты 32/3, глюкоза 3,0 ммоль/л, белок — 0,12 г/л, р-я Панди ++, р-я Н-Апельта +. Невролог на основании всех выше приведенных данных сделал заключение о наличии у больной подострого базального менингита с параличом правого глазодвигательного нерва. Он предположил бруцеллезную этиологию этого менингоэнцефалита до проведения серологических реакций.

Удивительно, но не все наблюдавшую больную инфекционисты поддерживали эту точку зрения. Дело в том, что за многие годы работы в бруцеллезном отделении никто из них не видел такого рода менингит. Это положение требовало тщательного подхода к диагностике. Необходимо было провести дополнительные лабораторные исследования, чтобы подтвердить бруцеллезную этиологию менингита. С этой целью мы дважды провели исследования методом РПГА с эритроцитарным бруцеллезным антигеном с интервалом в 1 неделю. Исследование показало четырехкратное нарастание титра антител в разведении от 40 до 160 раз. ИФА с бруцеллезным антигеном также подтвердил наличие бруцеллезной инфекции. Одновременно с этим были получены результаты исследований, позволившие исключить другие причины поражения ЦНС.

Еще одним аргументом в пользу бруцеллезной этиологии менингоэнцефалита был эффект от проводимой тера-

пии. Назначение таких антибиотиков, как стрептомицин и левомицетин, а затем рифампицин и цефтриаксон длительными курсами способствовало нормализации температуры, улучшению самочувствия больной, исчезновению артралгии и менингеальных симптомов. В динамике наблюдения исчезла и глазная патология — открылся правый глаз и нормализовалось зрение. Однако повторные люмбальные пункции указывали на незавершенность патологического процесса в ЦНС: сохранялся умеренный цитоз смешанного характера то с преимущественным увеличением числа лимфоцитов, то нейтрофилов. И все же после назначения пенициллина (по 5 млн. ЕД х 6 раз в день в/м 12 дней) одновременно со стрептомицином (1 г х 1 раз в сутки в/м 10 дней) и ципролетом (по 200 мг х 2 раза в сутки в/в 10 дней), ликвор нормализовался и больная была выписана в удовлетворительном состоянии на 46 день стационарного лечения.

Приведенный здесь случай не оставляет никакого сомнения в этиологии менингоэнцефалита. Диагноз основывается на данных эпидемиологического анамнеза, жалоб больной, клинической картины заболевания, лабораторных анализов и, в целом, положительного эффекта от лечения. Приведенный здесь случай подострого нейробруцеллеза проявлялся вялым и затяжным течением, со слабым симптомокомплексом поражения мягких мозговых оболочек и в целом соответствовал литературным описаниям менингоэнцефалита бруцеллезной этиологии.

Таким образом, диагноз бруцеллезный менингит нашел свое полное подтверждение. Окончательный клинический диагноз звучит так — бруцеллезный менингоэнцефалит, подострое течение.

Заключение

В практике инфекционистов, особенно инфекционистов Дагестана, диагноз «нейробруцеллез» не является большой редкостью. Когда речь идет о нейробруцеллезе, то всегда подразумевается поражение периферической нервной системы по типу радикулита, плексита, полиневрита, полирадикулоневрита. А вот поражение ЦНС у современных больных бруцеллезом встречается исключительно редко. Данное обстоятельство явилось причиной написания статьи.

Литература:

1. Арбулиева Е.А., Зульпукарова Н.М.-Г., Кичиева Б.Н. и др. Клиническая характеристика бруцеллеза в Республике Дагестан: Сб. Науч. тр. 6 Республ. НПК «Зоонозы: актуальные проблемы в клинике и эксперименте». — Махачкала, 2000. — С. 121—124.
2. Беклемишев Н.Д. Клиническая диагностика бруцеллеза: Сб. науч. тр. НИИ эпидемиологии, микробиологии и инфекционных болезней. — Казань, 1975. — С. 107—127.
3. Белозеров Е.С. Бруцеллез. — Л., 1985. — С. 102—108.
4. Белозеров Е.С., Змушко Е.И. Органопатология при бруцеллезе: Сб. науч. тр. 6 Республ. НПК «Зоонозы: актуальные проблемы в клинике и эксперименте». — Махачкала, 2000. — С. 131—137.
5. Вершилова П.А., Голубева А.А., Кайтамазова Е.И. и др. Бруцеллез. — М., 1972. — С. 288—289.
6. Тихонова Е.П., Сергеева И.В. Клинические проявления нейробруцеллеза // Современные проблемы науки и образования. — 2013. — № 4.
7. Bahemuka M., Shemena A.R., Panayiotopoulos C.P. et al. Neurological syndromes of brucellosis // J. Neurol. Neurosurg. Psychiatry. — 1988. — P. 1017—1021.