

АО “МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ АСТАНА”
КАФЕДРА ИНФЕКЦИОННЫХ БОЛЕЗНЕЙ С
ЭПИДЕМИОЛОГИЕЙ

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА МЕНИНГЕАЛЬНОГО СИНДРОМА

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ - СВЛ (СЛУЧАЙ
ОРИЕНТИРОВАННОГО ОБУЧЕНИЯ)

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

Больная М., 35 лет обратилась к врачу с жалобами на заложенность носа, сухость и першение в горле, повышение температуры тела.

**Какие вопросы Вы зададите
больной?**

-
1. Паспортные данные
 2. Жалобы на момент курации и день болезни
 3. Анамнез болезни
 4. Анамнез жизни
 5. Эпидемиологический анамнез

ИНФОРМАЦИЯ О БОЛЬНОЙ

Болеет около 3 суток. Отмечает с первого дня болезни головную боль, разбитость, головокружение, повышение температуры тела до 38 С.

Анамнез жизни: из перенесенных заболеваний отмечает хронический гайморит, отит среднего уха. Травма головы 2 месяца назад.

Эпидемиологический анамнез: работает в школе-интернате. В течении последних 3 месяцев была в контакте с родственником, который болен туберкулезом легких.

**Какое объективное
обследование Вы проведете?**

ОБЪЕКТИВНОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ

1. Общее состояние больной
2. Кожные покровы, слизистые
3. Лимфатические узлы
4. Костно-суставная система
5. Дыхательная система, ССС, ЖКТ, нервная и мочеполовая системы

ИНФОРМАЦИЯ О БОЛЬНОЙ

Объективно. Состояние средней степени тяжести. Сознание ясное. Температура тела 38 С. Положительные менингеальные симптомы (ригидность мышц затылка, симптом Кернига, Брудзинского). Кожные покровы обычной окраски, сыпи нет. Осмотр слизистой рта: слизистая оболочка рта ярко гиперемирована, задняя стенка глотки отечная. Миндалины, язычок, небные дужки без изменений. Язык сухой. Из носа - обильные выделения серозного характера. Поднижнечелюстные лимфоузлы увеличены, мягкой консистенции, умеренно чувствительные при пальпации. Со стороны легких, сердца изменений нет. Печень и селезенка не пальпируются. Стул и диурез в норме.

-
- Дополнительно к анамнезу заболевания: на 2 день госпитализации состояние больной ухудшилось – нарушение сознания, больная заторможена, на вопросы отвечает с трудом, временами в пространстве не ориентирована, появилась тахикардия, частота дыхания – 28. Артериальное давление 160/90 мм.рт.ст. Больная не слышит левым ухом, парестезии и мышечная слабость верхних конечностей.

**УКАЖИТЕ ОСНОВНЫЕ
СИНДРОМЫ**

ОПОРНЫЕ СИНДРОМЫ

1. Интоксикационный синдром
2. Катаральный синдром
3. Менингеальный синдром
4. Синдром отека головного мозга

Ваш предварительный диагноз

ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ

- Менингококковый назофарингит, менингит
- Менингококковая инфекция, менингит
- ОРВИ, менингоэнцефалит
- Ангина, менингоэнцефалит
- Грипп, менингоэнцефалит
- Энтеровирусная инфекция, менингоэнцефалит
- Туберкулезный менингит
- Вторичный менингит
- Посттравматическая энцефалопатия
- Отек головного мозга, менингоэнцефалит

**Сформулируйте
предварительный диагноз**

ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ

Острая респираторная вирусная инфекция. Менингоэнцефалит ?

**Назначьте план
обследования**

ПЛАН ОБСЛЕДОВАНИЯ

1. Общий анализ крови
2. Общий анализ крови
3. Бактериологическое исследование мазка из носоглотки
4. ПЦР мазка-отпечатка с носовых ходов
5. Исследование спинномозговой жидкости (мазок и бакпосев)
6. Серологические исследования крови
7. Рентгенография органов грудной клетки
8. КТ головного мозга

ЛАБОРАТОРНЫЕ ДАННЫЕ

1. ОАК –лейкоциты $5,6 \times 10^9$ /л, тромбоциты 180 тыс. Нв 110 г/л, п-3%, с- 36%, м – 1%, л-60%, СОЭ 25 мм/час
2. Бактериологическое исследование мазка из носоглотки: отрицательный
3. Анализ спинномозговой жидкости: давление повышено, прозрачная, бесцветная, цитоз 900×10^6 /в кл, нейтрофилы 30%, лимфоциты 70%, белок 0,9 г/л, глюкоза 2,5 ммоль/л, фибриновой пленки нет.
4. ПЦР мазка-отпечатка с носовых ходов – геном вируса гриппа типа А
5. РПГА с менингококковым антигеном – отриц.
6. R-графия ОГК – без особенностей.
7. КТ головного мозга – набухание мозгового вещества и расширение желудочков и субарахноидального пространства больших полушарий.

**СФОРМУЛИРУЙТЕ
КЛИНИЧЕСКИЙ ДИАГНОЗ**

КЛИНИЧЕСКИЙ ДИАГНОЗ

Грипп, тяжелой степени тяжести.
Осложнение: Серозный менингоэнцефалит.
Отек головного мозга.

Назначьте лечение больной

ЛЕЧЕНИЕ

1. Постельный режим
2. Диета – стол №15 (полноценная, легкоусвояемая пища)
3. Интерферон и индукторы интерферона (Тилорон в первые два дня заболевания по 125мг 1 раз в сутки, далее принимают по 125 мг через каждые 48 часов. Курсовая доза составляет 750 мг (6 таблеток);
4. Дезинтоксикационная терапия - глюкозо-солевыми растворами из расчета 10 мл/кг; дегидратация осмо – и петлевые диуретики. ГКС.
5. Жаропонижающие препараты (НПВП - Парацетамол – таблетки по 0,2 и 0,5 г, суппозитории ректальные 0,25; 0,3 и 0,5 г (при гипертермии выше 38°С);
6. Сосудосуживающие назальные капли и спреи, полоскание ротоглотки растворами антисептиков.

ЛЕЧЕНИЕ ОТЕКА ГОЛОВНОГО МОЗГА

- **Возвышенный головной конец. Адекватная вентиляция легких и газообмен (оксигенотерапия).**
- **Дегидратационная терапия:**
- • инфузионная терапия в объеме $\frac{1}{2}$ - $\frac{3}{4}$ физиологической потребности. Состав: глюкозо-солевые растворы (с контролем сахара крови и натрия плазмы);
- • осмодиуретики: маннитол (10, 15 и 20%): - 400 мл в течение 10-20 мин.
- • салуретики: фуросемид в дозах 40-60 мг (в тяжелых случаях до 100 мг) 1 раз в день; диакарб – таблетки по 250,0 мг
- • ангиопротекторы и корректоры микроциркуляции: L-лизина эсцинат (5-10 мл в 15-50 мл р-ра натрия хлорида в/в капельно; максимальная доза для взрослых 25 мл/сутки);
- **Кортикостероиды:**
- Дексаметазон по схеме: начальная доза 0,2 мг/кг, через 2 часа – 0,1 мг/кг, затем каждые 6 часов в течение суток – 0,2 мг/кг; далее 0,1 мг/кг/сутки при сохранении признаков отека мозга;

ПРОФИЛАКТИКА

1. Вакцинация против гриппа
2. Изоляция больных
3. Частое проветривание помещения, где находится больной
4. Влажная уборка в помещении
5. Все лица, общавшиеся с больным должны подвергаться медицинскому наблюдению с ежедневным клиническим осмотром и термометрией, однократному бактериологическому обследованию (мазок из носоглотки)

Спасибо за внимание!!!