

СЛУЧАЙ ТЕЧЕНИЯ МЕНИНГОКОККОВОЙ ИНФЕКЦИИ В СОЧЕТАНИИ С ВИРУСНЫМ ГЕПАТИТОМ А

*А. В. Шкурба, К. Г. Пашковская, Н. И. Золоева,
И. А. Анастасий, К. И. Чепилко (Киев)*

В настоящее время участились случаи сочетанного течения инфекционных заболеваний (микст-инфекция). Распространение микст-инфекции требует правильной оценки симптомов заболевания, а также применения различных методов для ее диагностики.

УДК 616.37-002-036.12

Надійшла 25.11.93

*І. В. РЕДЧИЦЬ, К. В. БАЖАН, В. Г. КУЛАКОВА,
Н. І. КОСТИЛЕНКО, В. І. ГАВРИЛЕНКО*

СИНДРОМ ЕДЕЛЬМАНА

Кафедра пропедевтики внутрішніх хвороб (зав. – проф. І. В. Редчиць)
Полтавського медичного стоматологічного інституту

Синдром Едельмана – поєднання хронічного панкреатиту з шкірними, неврологічними і психічними симптомами (симптоми хронічного панкреатиту, кахексія, атрофія шкіри, дифузна сірвата пігментація, фолікулярний гіперкератоз, петехіальні крововиливи, параліч очних м'язів, вестибулярні порушення, поліневрити). Нерідкі різноманітні порушення психіки [2]. У клінічній практиці поєднання перерахованих симптомів при панкреатиті зустрічається рідко. Енцефалопатія, поліневрит частіше спостерігаються при алкогольному панкреатиті [1]. Наводимо спостереження з клінічної практики.

Хвора Т., 44 років, лаборант механічного заводу, знаходилась на стаціонарному лікуванні в гастроентерологічному відділенні міської клінічної лікарні № 7 з 07.09.1993 р. Скаржилась на постійний біль в надчеревній ділянці, в ділянці правого та лівого підребер'я оперізуючого характеру, нудоту, періодично блювання кислим, спрагу, відсутність апетиту, здуття живота, а також біль в кінцівках, особливо ніг, їх слабкість, неможливу ходьбу, значне схуднення, загальну слабкість, запаморочення. Вперше біль в ділянці правого підребер'я виник у 1991 р., відмічалася його залежність від вживання їжі (жирної, смаженої). Симптоми наростали поступово, хвора обмежувала себе в харчуванні, не їла жирної та смаженої їжі, продовжувала працювати. У 1992 р. стали частішими приступи болю в ділянці правого підребер'я, приєднався біль в надчеревній ділянці і лівому підребер'ї, який набув оперізуючого характеру, приєднався метеоризм, нудота, нерідко – блювання. Під час обстеження в стаціонарі встановлено діагноз: виразкова хвороба дванадцятипалої кишки. Жовчокам'яна хвороба. Калькульозний холецистопанкреатит. Остеохондроз грудного і поперекового відділів хребта. Після лікування (дієта № 5, платифіліну гідротартрат, гемодез, фестал, оксациліну натрієва сіль, вентер) настало покращання загального стану хворої, зменшився біль у верхньому відділі живота. Поступово наростав біль в ногах і руках, особливо в кульшових, колінних та гомілковоступневих суглобах.

У травні 1993 р. хвора з діагнозом деформуючого артрозоартриту госпіталізована в ревматологічне відділення, де після курсу лікування (імуноглобулін, анальгін, курантил, унітіол) стан її поліпшився. З травня по серпень 1993 р. виробництво, на якому працювала хвора, було зупинене, і вона знаходилась вдома. Могла подолати відстань до 500 м з допомогою опори, але швидко втомлювалась. Хвору турбував біль в крижах, слабкість ніг. Дотримувалась дієти № 5, для зменшення болю в ногах робила розтирання ділянок суглобів.

Дані анамнезу: росла і розвивалась в задовільних матеріально-побутових умовах. В дитинстві хворіла на простудні захворювання. Має дорослу доньку. Чоловік зловживає спиртними напоями, конфліктує. Сімейний та алергологічний анамнез не обтяжений. На роботі шкідливих факторів не виявлено. Не палить і не вживає спиртних напоїв.

На початку вересня хвору шодня почав турбувати біль в підчеревній ділянці, нудота, блювання, у зв'язку з чим була направлена на стаціонарне лікування.

Об'єктивно: загальний стан хворої середньої тяжкості. Астенічна. На запитання відповідає поволі. Погляд затримуюється. Рухи повільні. Шкіра бліда, лущиться. Слизові оболонки блідо-рожеві. Температура тіла 36,6° С. Підшкірна жирова клітковина розвинена задовільно. Набряки ніг відсутні. Суглоби: конфігурація не змінена. Припухлості не виявлено. Відмічено гіпотрофію міжкісткових м'язів. Активні і пасивні рухи в суглобах в повному обсязі, але настає швидко втомлюваність. Над легенями перкуторно легкий легеневий звук, при аускультатії везикулярне дихання, пульс 85 за 1 хв, ритмічний. Ліва межа серця по лівій серединно-ключичній лінії, верхня і права не змінені. Тони серця ослаблені.

Артеріальний тиск – 110/70 мм рт. ст. Язик обкладений білим нальотом, вологий. Живіт дещо збільшений, перкуторно-тимпанічний звук. Бере участь в диханні, при поверхневій пальпації болочий в надчеревній ділянці, правому і лівому підребер'ях. Розміри печінки за Курловим 10×9×8 см, селезінки – 6×4 см. Біль в точках Кера, Дежардена.

Аналіз крові (7.09.93 р.): ШОЕ – 4 мм/год, л. – $8,6 \cdot 10^9$ в 1 л, Нб – 124 г/л, ер. – $4 \cdot 10^{12}$ в 1 л, кол. пок. – 0,9, е. – 1%, н. п. – 6%, н. с. – 70%, лімф. – 20%, мон. – 3%; 15.09: ШОЕ – 10 мм/год, л. – $18,7 \cdot 10^9$ в 1 л, Нб – 130 г/л, ер. – $4,2 \cdot 10^{12}$ в 1 л, кол. пок. – 0,9, е. – 2%, н. п. – 4%, н. с. – 70%, лімф. – 22%, мон. – 2%; 16.09: ШОЕ – 18 мм/год, л. – $14,5 \cdot 10^9$ в 1 л, Нб – 140 г/л, ер. – $4,26 \cdot 10^{12}$ в 1 л, кол. пок. – 0,9, тр. – $220 \cdot 10^9$ в 1 л, е. – 3%, н. п. – 6%, н. с. – 67%, лімф. – 20%, мон. – 4%; 21.09: ШОЕ – 26 мм/год, л. – $19 \cdot 10^9$ в 1 л, Нб – 140 г/л, ер. – $4,3 \cdot 10^{12}$ в 1 л, е. – 1%, н. п. – 4%, н. с. – 76%, лімф. – 18%, мон. – 1%.

Біохімічні дослідження (8.09.93 р.): білірубін загальний – 12 мкмоль/л, прямий – 4 мкмоль/л, непрямий – 8 мкмоль/л, холестерин – 4,4 ммоль/л, β-ліпопротеїди – 47 г/л, амілаза – 18 г/л за 1 год, тимолова проба – 2,2 од., аспаратамінотрансфераза (АсАТ) – 0,2 ммоль/л, аланінамінотрансфераза (АлАТ) – 0,3 ммоль/л. Залишковий азот – 30 мг%, сечовина – 6,6 ммоль/л, креатинін – 0,070 ммоль/л; 15.09: загальний білірубін – 36 мкмоль/л, прямий – 22 мкмоль/л, непрямий – 14 мкмоль/л, тимолова проба – 3,8 од., амілаза – 28 г/л за 1 год, АсАТ – 0,6 ммоль/л, АлАТ – 1 ммоль/л, залишковий азот – 42 мг%, сечовина – 9 ммоль/л, креатинін – 0,120 ммоль/л. Загальний білок – 56 г/л, калій – 3,2 ммоль/л, хлориди – 108 ммоль/л; 21.09.: загальний білірубін – 16 ммоль/л, прямий – 6 ммоль/л, непрямий – 10 ммоль/л, холестерин – 4 ммоль/л, тимолова проба – 3 од., АсАТ – 0,5, АлАТ – 0,8, калій – 4 ммоль/л, хлориди – 100 ммоль/л, залишковий азот – 40 мг%, сечовина – 8 ммоль/л, креатинін – 0,085 ммоль/л. Австралійський антиген не виявлено.

Діастаза сечі (8.09.93 р.) – 16 од. за Вольгемутом, 10.09 – 4 од., 17.09 – 32 од. Загальний аналіз сечі 8.09, 10.09, 17.09.93 р. без відхилень від норми.

Ультразвукове дослідження (13.09.93 р.): метеоризм. Розміри печінки не збільшені. Ультразвукова структура низької акустичної щільності. Стінки жовчного міхура потовщені до 3 мм, в жовчному міхурі велика кількість дрібних конкрементів. Підшлункова залоза: контур нечіткий, вірсунгова протока не розширена. Ультразвукова структура дрібновогнищеводифузно ушліплена, болочість при маніпулюванні датчиком.

Рентгеноскопія травного каналу: рубцева деформація цибулини дванадцятипалої кишки.

Електрокардіограма – синусовий ритм 85 за 1 хв. Горизонтальна позиція. Дифузні дистрофічні процеси в міокарді.

Консультації окуліста: ангіопатія сітківки обох очей; невропатолога: шийний остеохондроз, астенічний синдром; психіатра: патологічних відхилень не виявлено. Клінічний діагноз: жовчнокам'яна хвороба. Калькульозний холецистопанкреатит, стадія загострення. Вторинний коліт. Хронічна виразкова хвороба дванадцятипалої кишки в стадії неповної ремісії. Поширений остеохондроз. Нейроциркуляторна дистонія.

Проводили лікування: дієта № 5, ампіцилін натрієва сіль, атропіну сульфат, платифіліну гідротартрат, контрикал, гемодез, гентаміцин, реополіглюкін, розчин Рінгера, панангін, кокарбоксілаза, корглікон, димедрол, актовегін, вентер.

Стан хворої протягом 2 тиж перебування в клініці не поліпшувався: турбував біль оперізуючого характеру в надчеревній ділянці, нудота, блювання, відсутність апетиту. Двічі (15 і 16 вересня 1993 р.) хвору консультував хірург. Висновок хірурга: дані, що свідчили б про наявність гострої хірургічної патології органів черевної порожнини, відсутні. Операція: холецистектомія показана в плановому порядку. Від операції хвора категорично відмовлялась. 18–20.09 стан хворої поліпшився: припинилось блювання, зменшився біль в животі. Хвора почала їсти. Але враховуючи наявність гіперлейкоцитозу, підвищеної ШОЕ (30 мм/год), призначена консультація хірурга. Проведено клінічний розбір даного випадку, і хвору переведено до хірургічного відділення 21.09.93 р. Протягом дня стан хворої залишався без змін, біль в животі був помірний, блювання не було. Хвора сподівалася на покращання без оперативного втручання. Раптово о 2 год ночі 22.09 з'явився різкий головний біль, біль в животі, розвинувся колапс. За кілька хвилин настала смерть, незважаючи на реанімаційні заходи. На секції: жовчнокам'яна хвороба. Панкреонекроз. Кровилив в наднирники.

Очевидно, у хворої розвинувся синдром Уотерхауза–Фрідеріксена – блискавично перебігаючий сепсис з апоплексією кори наднирників. Наведений випадок заслуговує на увагу в зв'язку з поліморфізмом симптомів, неухильним прогресуванням, тяжким перебігом, що призвів до летального наслідку.

Список літератури

1. Григорьев П. Я., Яковенко Е. П. Диагностика и лечение хронических заболеваний органов пищеварения. – М.: Медицина, 1990. – 384 с.
2. Лазовский И. Р. Справочник клинических симптомов и синдромов. – 2-е изд., перераб. и доп. – М.: Медицина, 1981. – 512 с.

СИНДРОМ ЭДЕЛЬМАНА

*И. В. Редчиц, Е. В. Бажан, В. Г. Кулакова, Н. И. Костиленко,
В. И. Гавриленко (Полтава)*

Приводится описание редко встречаемого в клинике сочетания хронического панкреатита с неврологическими, психическими и глазными симптомами. Летальный исход наступил в результате развития синдрома Уотерхауса-Фридериксена – молниеносно протекающего сепсиса с апоплексией коры надпочечников.