

DOI: <https://doi.org/10.51922/2074-5044.2022.2.133>Е. В. Франскевич¹, И. А. Важаева²

СЛУЧАЙ ВИРУСНОГО МЕНИНГИТА КАК ОСЛОЖНЕНИЯ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ

УЗ ГК БСМП¹Минский городской клинический онкологический диспансер²

Рассмотрен случай вирусного менингита, который развился у пациента с Covid-19. Клинические проявления данной патологии изначально имели атипичный характер: в дебюте заболевания отсутствовала головная боль и менингеальные симптомы. В результате проведенных дополнительных исследований, тщательного анализа полученных клинико-лабораторных данных у пациента был выявлен вирусный менингит, ассоциированный с коронавирусной инфекцией.

Имевший место вирусный менингит является редким осложнением ковид инфекции. В данном случае заболевание протекало со стертой клинической картиной и под маской инфаркта мозга в левом каротидном бассейне. Своевременное подозрение на данный диагноз и его объективизация по результатам церебро-спинальной жидкости и нейровизуализации, а также принятая стратегия лечения позволили остановить развитие заболевания на начальной стадии и в дальнейшем добиться его полного регресса.

Ключевые слова: вирусный менингит, коронавирусная инфекция, люмбальная пункция, клинико-лабораторный мониторинг, магнитно-резонансная томография головного мозга.

E. V. Franskevich, I. A. Vazhaeva

A CASE OF VIRAL MENINGITIS AS A COMPLICATION OF CORONAVIRUS INFECTION

A case of viral meningitis that developed in a patient with Covid-19 is considered. Clinical manifestations of this pathology initially had an atypical character: at the onset of the disease, there was no headache and meningeal symptoms. As a result of additional studies, a thorough analysis of the obtained clinical and laboratory data, the patient was diagnosed with viral meningitis associated with coronavirus infection.

Past viral meningitis is a rare complication of covid infection. In this case, the disease proceeded with an erased clinical picture and under the guise of cerebral infarction in the left carotid pool. Timely suspicion of this diagnosis and its objectification based on the results of cerebrospinal fluid and neuroimaging, as well as the adopted treatment strategy, made it possible to stop the development of the disease at the initial stage and further achieve its complete regression.

Key words: viral meningitis, coronavirus infection, lumbar puncture, clinical and laboratory monitoring, magnetic resonance imaging of the brain.

Данный клинический случай представляет собой практический интерес ввиду развития редкого неврологического осложнения Ковид-19 – вирусного менингита, изначально проявляющегося симптомами криптогенного инфаркта мозга в левом КБА с выраженными афатическими нарушениями,

психомоторным возбуждением и генерализованным эпилептическим приступом в дебюте заболевания. Дополнительными трудностями в постановке правильного диагноза были: отсутствие головных болей и менингеальных знаков в дебюте заболевания, отсутствие воспалительных изменений в общем анализе крови.

Оценка неврологического статуса в динамике, исследование церебро-спинальной жидкости, оценка лабораторных показателей в динамике применение методов нейровизуализации позволили объективизировать диагноз.

В качестве материала представлено единичное клиническое наблюдение.

Пациентка З., 54 года была переведена из МНПЦ Т и Г 10.10.21 в УЗ ГК БСМП неврологическое отделение для пациентов с ОНМК+ ковид 19 по экстренным показаниям с диагнозом Криптогенный инфаркт мозга в левом КБА с выраженными афатическими нарушениями.

Анамнез заболевания:

Пациентка находилась на больничном листе по поводу ОРВИ с 04.12.21. 06.10.21 был проведен мазок ПЦР на ковид инфекцию № 1289 – положительный. Амбулаторно была выполнена КТ ОГК 09.10.21: Двухсторонний интерстициальный процесс с поражением легочной паренхимы 30% 10.10.21 около 15.00 нарушилась речь. Около 20.30 час. супруг пациентки вызвал бригаду СМП. На момент осмотра пациентка не отвечала на вопросы, была агрессивна, возбуждена. При выходе из подъезда к машине СП у пациентки случился генерализованный судорожный приступ, бригадой СМП был введен в/в диазепам 2,0 мл в/в. Доставлена в МНПЦ Т и Г с диагнозом: Ковид инфекция. В приемном отделении по результатам осмотра невролога был выставлен **диагноз:** Ковид + Инфаркт мозга в левом КБА. Затем пациентка была переведена в профильное отделение в Больницу скорой медицинской помощи.

Анамнез жизни:

Наджелудочковая экстрасистолия;

Артериальная гипертензия 1, риск 4;

В приемном отделении БСМП на КТ головного мозга от 10.10.21: КТ-данных за инфаркт головного мозга на момент проведения обследования не выявлено;

Общий анализ крови и мочи от 10.12.21 – норма;

Б/х ан. крови от 11.10.21 – повышение С-реактивного белка до 36,39. АЛТ до 49,6. АСТ до 37,1, ЛДГ до 345,1;

Профиль глюкозы в пределах 7,6–9,2 ммоль/л;

Сатурация при дыхании атмосферным воздухом 94%, при дыхании увлажненным кислородом со скоростью 5/мин 99%;

Прокальцитонин с 12.10.21 по 21.10.21 – не превышал нормальных показателей (0,05).

Первичный осмотр в отделении лечащим врачом совместно зав. отд. 11.11.21

Жалоб не предъявляет в связи с тяжестью состояния и афатическими (?) нарушениями.

Общее состояние средней тяжести. Тоны сердца: приглушены, ритмичные АД 120/80 мм рт ст. Органы дыхания: Число дыханий 18 в мин. Дыхание: везикулярное, сатурация при дыхании атмосферным воздухом 94%, при дыхании увлажненным кислородом со скоростью 5 л/мин 98%. Органы пищеварения и мочевыделительная система: Язык: влажный, не обложен. Зев: не гиперемирован. Живот: мягкий, доступен для глубокой пальпации во всех отделах, безболезненный. Печень: не увеличена, безболезненна. Желчный пузырь: не определяется, безболезненный. Селезенка: не увеличена. Почки: не пальпируются. Симптом поколачивания: отрицательный. Стул: ежедневный. Мочеиспускание: свободное, безболезненное.

ШКГ 12 б- за счет афазии. Выраженное психомоторное возбуждение, контакту доступна с трудом, продуктивная речь отсутствует (афатические нарушения-?), на осмотр реагирует негативно. ЧН – зрачки D = S, РЗС сохранена, нистагма нет, движения глазных яблок в полном объеме. Легкая сглаженность правой н/губной складки. Язык по средней линии, прикушен. Мягкое небо фонировано. глоточный р-с вызывается. Мышечный тонус не изменен. Правыми конечностями двигает несколько хуже, чем правыми. СПР D = S, патологических стопных знаков нет. На уколы справа и слева реагирует одинаково. КП не выполняет. В позе Ромберга не оценивалась. Менингеальные знаки отрицательные. NIYHSS 9 б.

На момент осмотра нельзя исключить диагноз: Криптогенный инфаркт мозга в ле-

вом КБА (от 10.10.21) на фоне энцефалопатии сложного генеза (атеросклеротической, гипертензивной) 1 ст, при церебральном атеросклерозе, артериальной гипертензии 2 риск 4, 1, риск 4 с выраженной сенсорной афазией, генерализованным судорожным приступом в дебюте (10.10.21), купирован, легким правосторонним гемипарезом. Острый период. Коронавирусная инфекция (ПЦР положительный от 06.10.21), среднетяжелое течение. Двусторонняя интерстициальная полисегментарная пневмония. ДН 0-1.

МРТ головного мозга от 12.10.21

Объемные образования, очаговые изменения головного мозга не выявлены. Снижение пневматизации лобных пазух, ячеек решетчатого лабиринта за счет пристеночного утолщения слизистой.

В связи с субфебрильной температурой тела, отсутствием изменений на КТ и МРТ головного мозга, речевыми нарушениями и психомоторным возбуждением пациентки принято решение о проведении люмбальной пункции.

Анализ церебро-спинальной жидкости от 13.10.21: бесцветная, прозрачная, белок 0,2, глюкоза 4,13, хлориды 136, цитоз 51,2×10⁶ бесцветная, прозрачная, белок 0,2, глюкоза 4,13, хлориды 136, цитоз 51,2. Лимфоциты 95%, нейтрофилы 5% Лимфоциты 95%, нейтрофилы 5%.

По результатам анализа ЦСЖ и наличием у пациентки полисегментарного процесса в легких принято решение о проведении консилиума совместно с инфекционистом.

Консилиум совместно с зав. отд. и инфекционистом 13.10.21

Жалобы на головную боль.

Общее состояние средней тяжести. Тоны сердца: приглушены, ритмичные. АД 130/80 мм рт.ст. Органы дыхания: Число дыханий 18 в мин. Дыхание: везикулярное, сатурация при дыхании атмосферным воздухом 95%. Органы пищеварения и мочевыделительная система: Язык: влажный, не обложен. Зев: не гиперемирован. Живот: мягкий, доступен для глубокой пальпации во всех отделах, безбо-

лезненный. Печень: не увеличена, безболезненна. Желчный пузырь: не определяется, безболезненный. Селезенка: не увеличена. Почки: не пальпируются. Симптом поколачивания: отрицательный. Стул: ежедневный. Мочеиспускание: свободное, безболезненное.

Локальный статус: ШКГ 15 б. В сознании, сонлива, заторможена на вопросы отвечает с задержкой, инструкции выполняет, ЧН: зрачки D = S, РЗС сохранена, нистагма нет, движения глазных яблок в полном объеме, лицо симметрично, язык по средней линии, прикушен. Глоточный рефлекс в норме. Мышечный тонус и сила не изменены. СПР без четкой разницы сторон. Патологических знаков нет. Нарушений чувствительности не выявлено. КП выполняет удовлетворительно. В позе Ромберга не оценивалась. Менингеальные знаки отрицательные.

Клинический диагноз:

Коронавирусная инфекция (ПЦР положительный от 06.10.21), тяжелое течение. Вирусный менингит с наличием генерализованного приступа в дебюте. Двухсторонняя интерстициальная полисегментарная пневмония ДН 0-1.

Рекомендовано к лечению добавить противовирусную терапию Ацикловир 500 мг 3 р в сутки в/в капельно до нормализации цитоза в ЦСЖ и получения отрицательного результата посевов ПЦР в ЦСЖ.

Лечение ацикловиром продолжалось на протяжении 21 дня. За время лечения исчезло психомоторное возбуждение пациентки, поведение стало адекватным, исчезли головные боли, нормализовался цитоз в ЦСЖ.

Дополнительно были проведены следующие обследования и консультации специалистов:

Осмотр психиатра 13.10.21

В сознании. Продуктивный контакт ограничен, на вопросы не отвечает, команды частично выполняет, умеренная сенсорная афазия. Испугана, растеряна. Со слов мед. персонала, был эпизод неадекватного поведения, плевалась, сопротивлялась осмотру. Сама пациентка произошедшее амнези-

рует. На момент осмотра вне острой психотики и суицидальных тенденций.

Заключение: По психическому статусу может находиться в общесоматическом отделении. Лечение и выписка на общих основаниях.

ЭКГ от 13.10.21

Нормальная ЭОС. ЧСС 62–136 уд. в мин. Гипертрофия ЛЖ. Синусовый нерегулярный ритм. Одиночная наджелудочковая экстрасистола с аберрацией комплекса. Изменения миокарда высоких боковых отделов ЛЖ и в передних отделах. QTc [Framingham] = 396 мс.

ЭХО-КГ от 20.10.21

Заключение: Аорта уплотнена с участками кальциноза, не расширена. Аортальный клапан: фиброз створок. Кальциноз створок 2 ст. Левое предсердие не расширено. Митральный клапан фиброз створок, кальциноз основания створок, кальцинаты в кольце, регургитация 1–2 ст. Левый желудочек не расширен. Умеренная гипертрофия миокарда МЖП. Сократительная функция не нарушена ФВ 72/58%. Правые отделы не расширены, миокард не утолщен, сократительная функция не нарушена. Трикуспидальная регургитация 1–2 ст. Регургитация на КЛА 1 ст. Перикард не изменен. Плевральные синусы свободны.

УЗИ ОБП + почки от 12.10.21

Невыраженные изменения стенки желчного пузыря. В просвете желчного пузыря мелкодисперсная взвесь. Диффузные изменения печени и поджелудочной железы.

Осмотр ассистентом кафедры кардиологии и внутренних болезней от 14.10.21

Диагноз: ИБС: кардиосклероз. Наджелудочковая экстрасистолия. Атеросклероз аорты. Артериальная гипертензия 1 риск 4. ХСН ФКЗ (Н1). Гиперхолестеринемия.

Лабораторный мониторинг:

Б/х ан. крови от 22.10.21: снижение С-реактивного белка до 1,61. АЛТ до 39,6. АСТ до 30,1, ЛДГ до 320, ферритина до 445,1.

Анализ цереброспинальной жидкости от 28.10.21: бесцветная, прозрачная, белок 0,2, глюкоза 4,13, хлориды 136, цитоз снижение до 10×10⁶ Лимфоциты 96%, нейтрофилы 4%.

Общий анализ крови и мочи от 28.10.21 – в пределах нормы.

Профиль глюкозы 28.10.21 – в пределах 5,3–6,1 ммоль/л.

Обсуждение:

Ковид инфекция у пациентки изначально проявлялась симптоматикой типичной острой респираторной вирусной инфекции. Поэтому пациентка получала лечение амбулаторно. Затем заболевание начало прогрессировать. На седьмые сутки развился цитокиновый шторм, что обусловило появление осложнений со стороны легочной и нервной системы.

Легочные осложнения были представлены двухсторонним интерстициальным полисегментарным процессом.

Осложнением со стороны нервной системы стал вирусный менингит.

Постановка неврологического диагноза была сопряжена следующими трудностями:

– начало заболевания было без головных болей и менингеальных знаков;

– психотические и речевые нарушения, развившиеся на фоне АД 150/90 мм рт ст, возраст пациентки 52 года не позволяли на момент осмотра исключить диагноз: Криптогенный инфаркт мозга в левом каротидном бассейне артерий с выраженной сенсорной афазией;

– имевшая место кратковременная (2 дня) субфебрильная температура могла расцениваться, как проявление интерстициального процесса в легких, который на тот момент был объективизирован данными КТ ОГК;

– по результатам лабораторного мониторинга было незначительное повышение показателей в биохимическом анализе крови и в коагулограмме, а именно: Д-димеров, ферритина, С-реактивного белка, ЛДГ, кото-

рое характерно только для ковида. Причем показатели превышали норму не более, чем в 2 раза, а к концу лечения снизились в значительной степени;

– результаты же общего анализа крови и прокальцитонина б ыли нормальными за весь период госпитализации.

Заподозрить диагноз менингита позволили следующие критерии:

– дебют заболевания с генерализованного эпилептического приступа;

– спутанность сознания, психотические нарушения на фоне отсутствия очаговых изменений на КТ и МРТ головного мозга;

– наличие кратковременного субфебрилитета, который мог иметь место не только при пневмонии. но и при воспалении оболочек головного мозга.

Объективизировать диагноз позволил анализ cerebro-спинальной жидкости. В котором обнаруживался преимущественно лифоцитарный (95%) плеоцитоз.

Заключение

Имевший место вирусный менингит является редким осложнением ковид инфекции. В данном случае заболевание протекало со стертой клинической картиной и под маской инфаркта мозга в левом каротидном бассейне. Своевременное подозрение на данный диагноз и его объективизация по результатам cerebro-спинальной жидкости и нейровизуализации, а также принятая стратегия лечения позволили остановить развитие заболевания на начальной стадии и в дальнейшем добиться его полного регресса.

Поступила 21.02.2022 г.