

Н.А.Мироманова, К.Г.Носков, Ю.А.Чинякова,
А.Г.Дьячковский, А.А.Лебедева

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ НЕЙРОИНФЕКЦИЙ У ДЕТЕЙ ЗАБАЙКАЛЬЯ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ

Читинская государственная медицинская академия (ректор - заслуженный врач РФ, д.м.н., профессор А.В. Говорин)

В структуре инфекционной заболеваемости менингококковая инфекция у детей занимает скромное место, составляя 3,06 на 100 тысяч населения [1, 2, 3]. Однако опасность этой инфекции определяется генерализованными формами с высоким процентом летальности.

Целью работы явилось изучение особенностей течения менингококковой инфекции у детей на современном этапе (в течение последнего десятилетия) по сравнению с 1977 -1986 гг., когда отмечался эпидемический подъем заболеваемости и через стационар детской инфекционной больницы г. Читы прошло 593 ребенка. Причем максимальное число заболевших (72 ребенка) с летальностью - 11,1% зарегистрировано в 1984 г. В последнее десятилетие произошло снижение заболеваемости менингококковой инфекцией в 3,2, и уровня летальности в 3,4 раза (диаграмма 1).

Материалы и методы. Под нашим наблюдением находилось 162 ребенка в возрасте 3 мес. - 14 лет, госпитализированных в ДИБ г. Читы с диагнозом менингококковая инфекция в 1990-2004 гг.

Менингококковая инфекция чаще регистрировалась в возрастной группе до 3-х лет, состав-

ляя 63% от общего числа заболевших; в 80-е г. эта группа детей болела в 45% случаев. Мальчики и девочки болели с одинаковой частотой в зимне-весенний период года. При этом городские дети в 3 раза чаще болели генерализованными формами менингококковой инфекции. Поздняя диагностика, неадекватная терапия отрицательно влияли на летальность детей сельской местности, которая составила 75% от числа умерших.

В последнее десятилетие достоверно ускорились сроки госпитализации. 83% детей (132 человека) госпитализированы в стационар в первые 3 суток от начала заболевания, причем 60% из них - в первые сутки (40,1 % - в 80-е г.). Заметно сократилось (до 3 %) число больных, поступающих после 4-5 дня болезни.

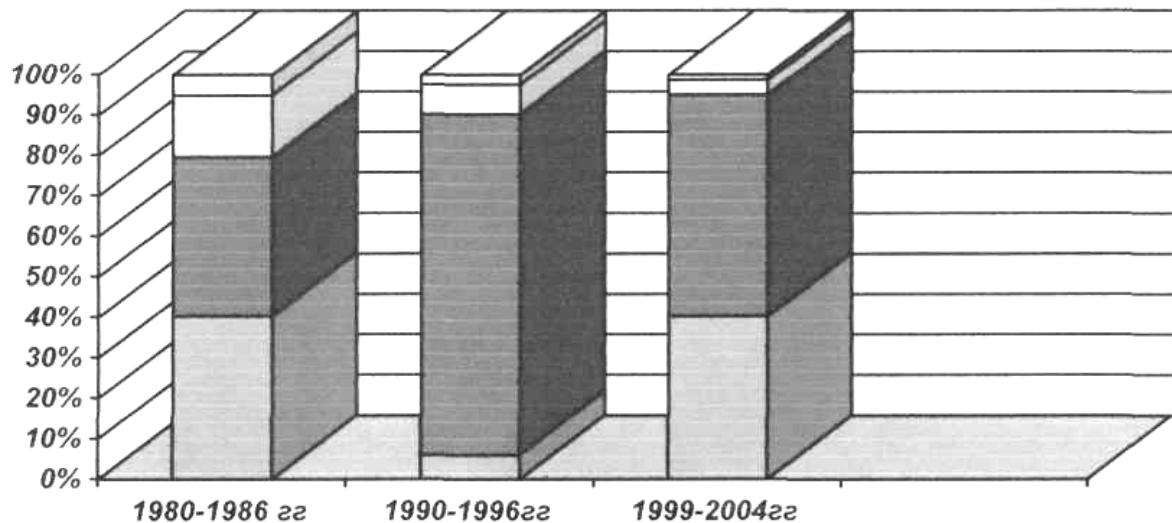
Как показывает анализ, своевременная диагностика менингококковой инфекции запаздывает, и наиболее часто дети поступали с диагнозами: "ОРВИ" (21%), "грипп, нейротоксикоз" (6%), реже - "ОКЗ" (5%), "аллергическая сыпь" (1,2). 59% детей были направлены в стационар с диагнозом менингококковая инфекция.

Заболевание чаще начиналось остро с повышения температуры тела, повторной рвоты, изменения поведения, вялости. Рано появлялась неврологическая симптоматика (кожная гиперестезия, ригидность мышц затылка), причем не только при менингиальных формах, протекающих с поражением ЦНС, но и при менингококцемии в виде нейротоксического синдрома.

Опорным симптомом генерализованных форм менингококковой инфекции -менингококцемии является появление геморрагической сыпи.



Диаграмма 1. Динамика заболеваемости и летальности при менингококковой инфекции у детей



□ Смешанная МИ ■ Менингококцемия □ Менингит □ Назофарингит

Диаграмма 2. Структура клинических форм менингококковой инфекции

У 93 детей (63%) наблюдалась типичная "звездчатая" сыпь. В 7% случаях появлению типичной геморрагической сыпи предшествовала решетчатая.

По клиническим формам менингококковой инфекции, как в 80-е годы, так и в последнее время, значительно чаще поступают на стационарное лечение дети с генерализованными формами. Прослеживается увеличение удельного веса менингококцемии с 39,4 % до 68,5 % случаев и уменьшение процента смешанных форм с 40,2 % до 24%, что указывает на своевременность госпитализации детей с менингококковой инфекцией. Реже поступают дети с изолированными менингококковыми менингитами (5,2%), а легчайшая форма менингококковой инфекции - назофарингит составил всего 2% от госпитализированных детей (диаграмма 2). Гипертоксические формы с явлениями инфекционно-токсического шока отмечены у 29% детей в отличие от прежних лет, когда процент гипертоксических форм составлял 14%.

Летальность в 80-е г. составляла 8,2%, в последнее десятилетие - 6,8%. Во всех случаях летальность наступала досугочно у детей раннего возраста с явлениями ИТШ III степени и синдромом Уотерхаус-Фридериксена.

Лабораторно менингококковая инфекция подтверждена в 34% случаев. Однаково часто выделялись менингококки серогрупп А, В, С.

В плане проведения дифференциальной диагностики нейроинфекций у детей нами проведен сравнительный анализ 76 случаев течения гной-

ных и серозных менингитов. Гнойные менингиты составили 87% (66 случаев), серозные менингиты встречались у 13% больных. Гнойные менингиты чаще регистрировались в возрастной группе до 3-х лет (79%). Основной удельный вес заболевших серозными менингитами пришелся на детей старше 7 лет (70 % от общего числа/ 52% больных гнойными менингитами поступали в стационар в зимне-весенний период. Для серозных менингитов отмечена летне-осенняя сезонность. Заболевание чаще начиналось остро, манифестируясь лихорадкой. Продолжительность лихорадки при гнойных менингитах в среднем составила 8 дней, тогда как при серозных нормализация температуры наступала у большинства больных на 3 сутки. У 20% детей с серозными менингитами менингиальные знаки отсутствовали, что существенно затрудняло своевременную диагностику заболевания. У большинства больных выявлялись отдельные менингиальные симптомы (риgidность затылочных мышц - 93%, симптом Кернига - 45%, симптом Брудзинского - 62%). Длительность сохранения менингиальных симптомов варьировалась от 1-2 дней у детей при серозных менингитах до 7-10 дней у больных гнойными менингитами. При гнойных менингитах в 76% отмечено тяжелое течение заболевания, при серозных менингитах 60% составили среднетяжелые формы.

Серозные менингиты этиологически расширены у 30% больных (20% -энтровирус Коксаки В5, 10% - ECHO 11). У 30% детей энтеровирусный менингит протекал изолированно, в

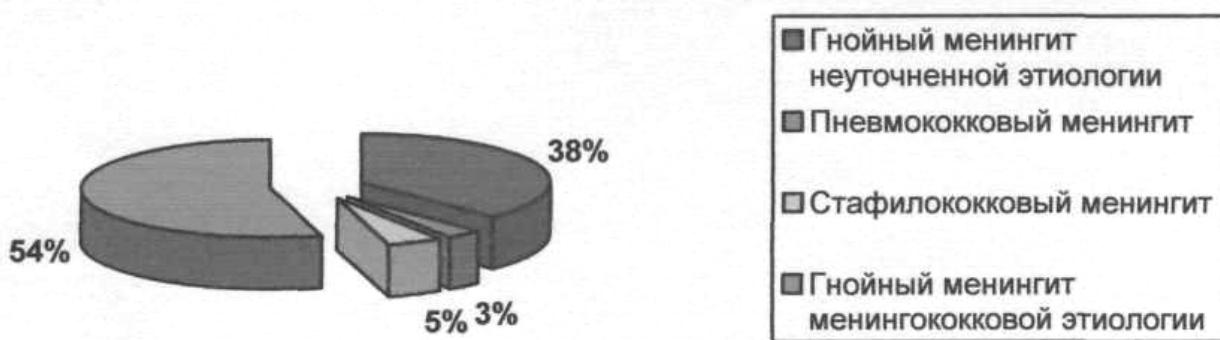


Диаграмма 3. Этиологическая структура гнойных менингитов у детей

40% отмечено сочетание с другими проявлениями энтеровирусной инфекции (миалгия, фарингит, герпангина). В структуре гнойных менингитов на долю изолированных менингококковых менингитов пришлось 5%. Чаще менингококковые менингиты протекали в сочетании с менингококциемией (49%), стафилококковые менингиты составили 4,5%, 3% - пневмококковые менингиты (диаграмма 3). В 25% этиология менингита осталась нерасшифрованной.

Исследование спинномозговой жидкости является ключевым в определении характера воспаления. При серозных менингитах плеоцитоз составил в среднем 50 клеток в 1 мкл, лимфоцитарного характера с нормальным содержанием белка. У детей с гнойными менингитами отмечены более высокие показатели цитоза - в среднем 6 тыс., нейтрофильного характера с увеличением белка. Санация ликвора при серозных менингитах наступала у 80% на 8 день, при гнойных менингитах - лишь на 11-е сутки.

Течение серозных менингитов относительно гладкое, осложнений у детей за время пребывания их в стационаре не отмечено. Напротив, у детей с гнойными менингитами в 6% случаев отмечены симптомы отека головного мозга, признаки инфекционно-токсического шока зарегистрированы у 24% больных смешанными формами менингококковой инфекции, парезы и параличи наблюдались у 2 детей с неуточненными гнойными менингитами, у одного ребенка развились явления декортicationи.

Выводы. За последнее десятилетие отмечено достоверное снижение показателей заболеваемости и смертности от менингококковой инфекции. Изменилась возрастная структура заболевших с учащением заболеваемости менингококковой инфекцией детей до 3-х лет и с уменьшением процента преддошкольного и младшего школьного возраста. При генерализованных фор-

мах наблюдается рост больных с менингококциемией, в том числе с молниеносным ее течением. Сохраняющаяся заболеваемость менингококковой инфекции у детей диктует необходимость эпидемической настороженности на современном этапе.

ЛИТЕРАТУРА

1. Алгоритм лечения генерализованных форм менингококковой инфекции у детей/ Учайкин Г.Ф., Молочный В.П., Жила В.Г. и др. // Детские инфекции.-2002.- М1.-С.61-64.
2. Инфекционные болезни и эпидемиология/ Покровский В.И., Пак С.Г., Данилкин Б.К.- М.: Медицина, 2004.-185с.
3. Феклисова Л.В. Многолетнее наблюдение за показателями заболеваемости и летальности при менингококковой инфекции у детей Московской области// Инфекционные болезни. - 2004.- т.2, №3.-С.68-71.