



Кафедра инфекционных болезней и клинической иммунологии

КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ БАКТЕРИАЛЬНЫХ И ВИРУСНЫХ МЕНИНГИТОВ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Выполнили:

Холманских Е.О. ОЛД-506

Шипачева Т.Н. ОЛД-514

Научный руководитель:

к.м.н. доц. Вереvщиков В.К

Екатеринбург 2019 г.

Актуальность

Дети и инфекции – понятия неразделимые, поскольку детский организм, находящийся в процессе роста и развития, в большей степени, чем организм взрослого, подвержен влиянию факторов окружающей среды. В структуре всей заболеваемости доля инфекционных болезней превышает 90 % [1].

В структуре нейроинфекций первое место занимают гнойные менингиты – 42%, на втором месте серозные менингиты – 40% [4].

Уровень заболеваемости Менингококковой инфекцией в 2016 г среди детей в возрасте до 17 лет – 1,94 на 100 тыс. детского населения [1].

Показатель заболеваемости детского населения Энтеровирусной инфекцией в возрасте до 14 лет – 51,81 на 100 тыс. детского населения [1].

Во всем мире менингиты продолжают оставаться одной из самых распространенных форм поражения центральной нервной системы, как у взрослых, так и у детей.

**Цель исследования – изучить
клинико-лабораторные
особенности энтеровирусных
и менингококковых менингитов
у детей раннего возраста**

Материалы и методы

исследования

26 историй болезни детей, поступивших и проходивших лечение с диагнозом

«Энетровирусная инфекция. Типичная.

Менингиальная форма. Острое течение. Средней степени тяжести» и

«Менингококковая инфекция. Типичная.

Генерализованная форма. Гнойный менингит. Острое течение. Средней и тяжелой степени тяжести» ГБУЗ

СО «Городская инфекционная больница г. Нижний Тагил» в период с 2011 – 2017 гг.

Критериями включения в основную группу исследования являлись:

- возраст: с 1 месяца до 3 лет;
- пол: мальчики и девочки;
- клиника острого менингита при поступлении;
- диагноз «острый серозный менингит» и «острый менингококковый менингит».

Методы исследования:

Ретроградное, количественное исследование историй болезни на основе анкеты «Клинико-лабораторные особенности серозных и гнойных менингитов у детей» с занесением в сводные таблицы Excel, сравнительная характеристика по группам с применением статистических методов обработки данных, *t-критерия Стьюдента*.

Все дети были разделены на 2 группы:

1 группа – дети до 36 месяцев (3 года) с диагнозом «Менингококковая инфекция. Типичная. Генерализованная форма. Гнойный менингит. Острое течение. Средней и тяжелой степени тяжести» (n=10: 5д, 5м)

2 группа – до 36 месяцев (3 года) с диагнозом «Энтеровирусная инфекция. Типичная. Менингиальная форма. Острое течение. Средней степени тяжести» (n=16: 10д, 6м).

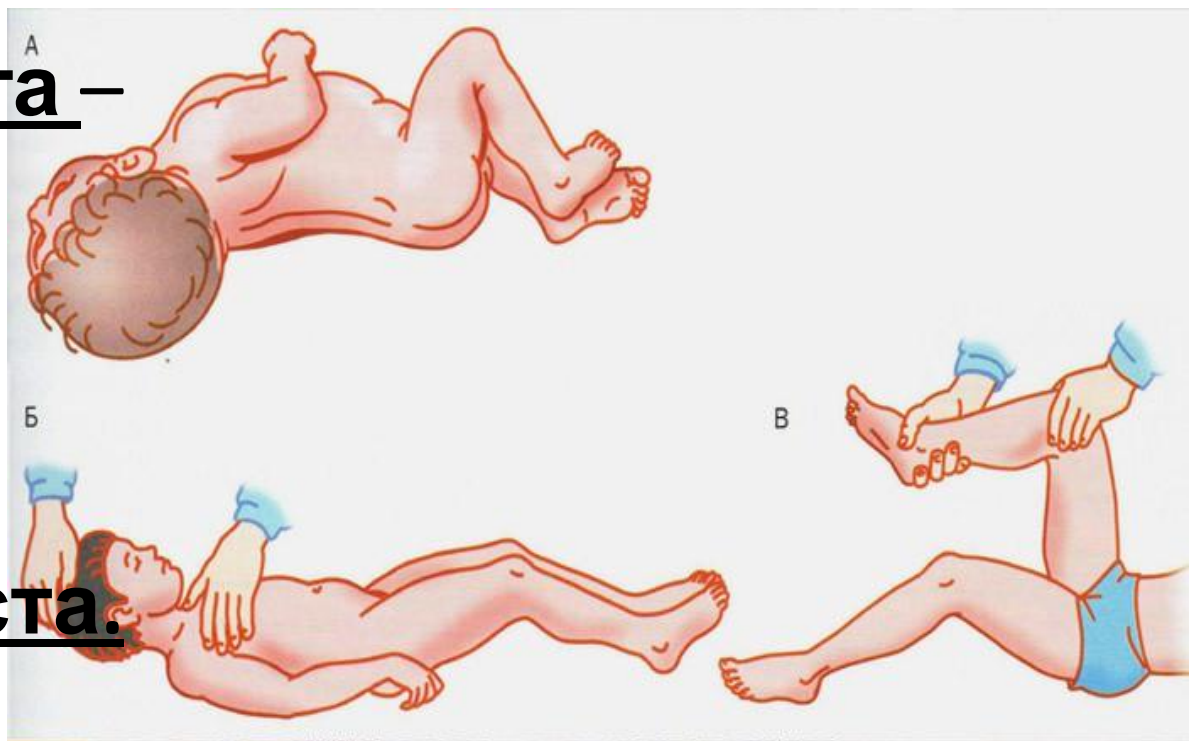
Результаты

Большинство больных поступило в первые два дня заболевания, что обусловлено характерным внезапным началом болезни, развитием триады клинических симптомов: лихорадки, головной боли,

и рвоты



Менингеальные симптомы, такие как **ригидность затылочных мышц**, является превалирующим звеном менингеальной симптоматики **во всех группах**; симптомы **Брудзинского** (верхний, средний, нижний) - 8,33% ($p < 0,05$) и симптом **Кернига** – 16,66% ($p < 0,05$) **наименее характерны для детей раннего возраста.**



Дети с менингококковым менингитом

- 100% - генерализованной формы – менингококкового менингита.
- Начало заболевания протекало остро (100%).
- В приемном покое объективно у детей выявлены среднетяжелые и тяжелые состояния в 60 % и 40% случаев соответственно, вялость в 90% случаев, состояние оглушения, тахикардия и тахипноэ в 100% случаев, гиперемия зева и катаральные явления в 30% случаев
- Дети 2-3 лет жаловались на сильную головную боль в 90% случаев. Средняя температура тела в группе составляла $38,9 \pm 0,27^{\circ}\text{C}$.
- У половины детей была двух-, трехкратная рвота, многократная рвота в 30% случаев.
- Со вторых суток нарастал общемозговой синдром: заторможенность, сонливость, психомоторное возбуждение.
- Симптомы Кернига и Брудзинского не определялись в 70 % случаев.

Дети с энтеровирусным менингитом

- Клиника у пациентов с энтеровирусным менингитом отличалась меньшей выраженностью.
- Начало заболевания протекало остро (100%).
- У детей выявлены среднетяжелые (75%) и тяжелые (12,5%) состояния,
- Тахикардия и тахипноэ отмечались в 87,5 % случаев.
- Общемозговой синдром: вялость, головная боль, рвота.
- Двух-, трехкратная рвота отмечалась у 62,5% детей.
- Симптомы Брудзинского и Кернига не определялись в 87,5% случаев.





Внутричерепная гипертензия 1 степени (150 мм вод. ст.) наиболее характерна для пациентов группы серозных менингитов (68,75%), чем для пациентов группы гнойных менингитов (40%), что статистически не значимо.

Внутричерепная гипертензия 2 степени (250 мм вод. ст.) отмечается у пациентов группы гнойных менингитов в 60% случаев, а для группы серозных менингитов характерна в 18,75% случаев, что **статистически значимо**

Лабораторная дифференциальная диагностика гнойных и серозных МЕНИНГИТОВ

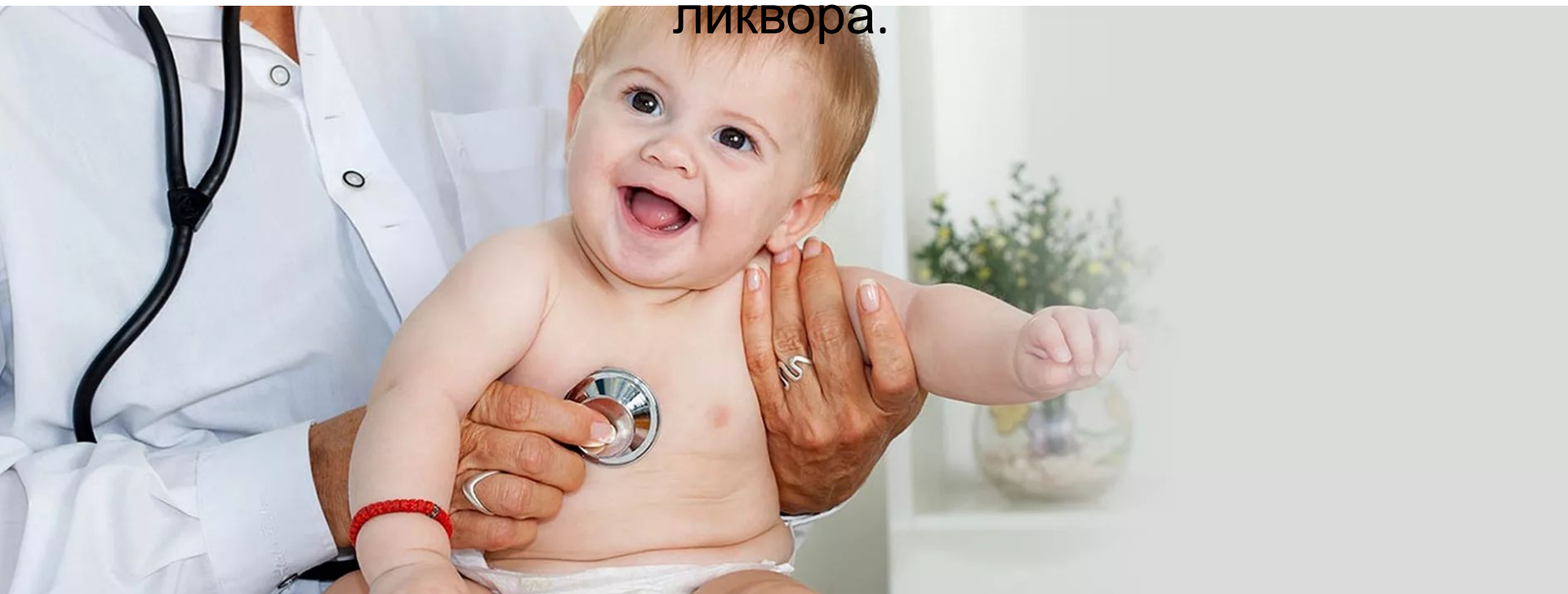
Критерии сравнения	Группа 1 (гнойный менингит) (n=10)	Группа 2 (серозный менингит) (n=16)	Значение t-критерия Стьюдента
Прозрачность ликвора	Мутный в 90% случаев	Прозрачный в 91,7% случаев	p<0,05
Цвет ликвора	Белесовато-желтый в 90% случаев	Бесцветный в 91,7% случаев	p<0,05
Гипогликоархия	90% Среднее значение показателя: 0,93±0,8 ммоль/л	18,75% Среднее значение показателя: 2,54±0,44 ммоль/л	p<0,05
Гиперпротеинархия	100% Среднее значение показателя: 1,25±0,49 г/л	81,25% Среднее значение показателя: 0,54±0,27 г/л	p>0,05

Лабораторная дифференциальная диагностика гнойных и серозных менингитов

Уменьшение содержания хлоридов	70% Среднее значение показателя: 109,8±7,9 ммоль/л	25% Среднее значение показателя: 116,8±5,6 ммоль/л	p<0,05
Слабая степень плеоцитоза	0% (1163,1 ±409,7)	53,3% (72,5±64,6)	p<0,05
Умеренная степень плеоцитоза	0%	33,4%	p<0,05
Выраженный плеоцитоз	30%	6,7%	p<0,05
Массивный плеоцитоз	60%	0%	p<0,05
Реакция Нонне Апелъта	70%	37,5%	(p<0,05).
Реакция Пади	60%	31,25%	(p<0,05).

Выводы

1. Для эффективной терапии и предотвращения развития неврологического дефицита необходима своевременная и как можно более ранняя диагностика заболевания с верификацией его природы.
2. Симптомы Кернига и Брудзинского для детей до 3 лет не достоверны в постановке диагноза.
3. Для верификации диагноза у детей раннего возраста используются лабораторные методы диагностики ликвора.



Список литературы

1. Лобзин Ю.В. Состояние инфекционной заболеваемости у детей в российской федерации / Коновалова Л.Н.Скрипченко Н.В. // Медицина экстремальных ситуаций. - 2017 г. С. 8-9.
2. Мазаева Е.М. Клинико-ликворологические различия при серозных и гнойных менингитах у детей разного возраста / Е.М Мазаева, Л. А. Алексеева, Н.В. Скрипченко, Т.В. Бессонова // Детские инфекции. – 2014 г. – № 1. – С. 61-64.
3. Маркус Э.К. Особенности течения серозных менингитов у детей на современном этапе / Э.К. Маркус, Н.П. Шестакова // Наука и современность. – 2014. – №29. – С. 63-65.
4. Некрасова К. С. Оценка вегетативных изменений у детей после перенесенных гнойного и серозного менингитов / Левитина Е. В./ медицинская наука и образование Урала - 2014 г. - №2 (78).- С. 126-128.
5. Ходак Л.А.
Критерии ранней этиологической диагностики серозных менингитов у детей / Л.А. Ходак, В.И. Браилко, Т.И. Навет, О.В. Книженко, Н.И. Скрипченко // ScienceRise. – 2015 г. – Т. 6. – № 4 (11). – С. 60-67.
6. Симаченко, О. В. Менингиты у детей / О. В. Симаченко, И. Г. Германенко, Т. И. Лисицкая // Медицинская панорама. – 2010. – № 8. – С. 31-33.
стационаров.