

Ералиева Л.Т.

ГНОЙНЫЕ БАКТЕРИАЛЬНЫЕ МЕНИНГИТЫ РЕДКОЙ ЭТИОЛОГИИ У ДЕТЕЙ

Показана этиологическая структура и особенности клиники редких видов гнойных бактериальных менингитов у детей г. Алматы.

Редкими возбудителями бактериальных менингитов у детей чаще всего являются кишечная палочка, гемолитический стрептококк, синегнойная палочка. Поражаются дети первых месяцев жизни с предрасполагающими факторами, клиника характеризуется признаками тяжелого менингоэнцефалита с развитием неврологических осложнений.

Ключевые слова: *гнойные бактериальные менингиты, редкие возбудители, менингоэнцефалит, дети.*

Заболеемость гнойными бактериальными менингитами (ГБМ) в Казахстане приблизительно равна 10-15 на 100 тыс. населения. Подавляющее большинство ГБМ вызывается достаточно ограниченной группой возбудителей: *Neisseria meningitidis*, *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae*, реже *Staphylococcus aureus*, *Escherichia coli*, *Pseudomonas aeruginosa* и летальный исход составляет 14 из 100 заболевших [1, 2, 3].

В большинстве стран мира общая летальность при бактериальных менингитах составляет 3,7-10%. При тяжелых формах летальность возрастает до 30-60%, тогда как неонатальная смертность колеблется от 6,5% до 37,5% [4, 5]. Это связано с тем, что в первые дни жизни основное значение имеют редкие возбудители ОБМ такие как: гемолитический стрептококк группы В, кишечная палочка, синегнойная палочка, эшерихии, сальмонеллы, клебсиелла, протеи, листерия [6, 7]. Эти возбудители колонизируются в генитальном тракте матери. И в основном эти возбудители имеют эпидемиическое значение в неразвитых странах. Летальность в этих странах от менингитов достигает 50-70% [8].

Заболевание эшерихиозным менингитом всегда вторично, встречается во всех возрастных группах, но преимущественно у новорожденных и у детей раннего возраста до 30,8% как осложнение септического процесса. Предрасполагающими факторами являются недоношенность,

травмы, тяжелые заболевания. В 75% случаев эшерихиозный менингит обусловлен К1-антигеном [9].

Сальмонеллезный менингит, как правило, является проявлением генерализованного сальмонеллеза, который может протекать с кишечными проявлениями и без них. Возбудителями его являются сальмонеллы разгых групп (*S. enteritidis* и *S. typhimurium*). Заболевание возникает преимущественно у недоношенных и новорожденных детей до 80%. Входными воротами могут быть кишечник, пупочная ранка и центральные катетеры, места опрелостей [9].

P.aeruginosa вызывает менингит при значительном снижении защитных сил макроорганизма в результате тяжелого заболевания и длительного применения антибактериальных препаратов. Характерным является внутрибольничное инфицирование синегнойной палочкой при различных медицинских манипуляциях. Клинические проявления менингита этой этиологии не имеют характерных черт, но течение неизменно тяжелое. Летальность достигает до 50% случаев [10]. Синегнойный менингит трудно поддается обычной антибиотикотерапии, так как большинство штаммов синегнойной палочки нечувствительны к широко применяемым антибиотикам [9, 10].

Клебсиеллезный менингит является внутрибольничным, возникающим также у ослабленных детей в 33% случаев. Первичным источником инфекции чаще всего являются пневмонии, бронхиты, отиты и ангины, циститы, холециститы, энтериты [9].

Целью работы явилось изучение этиологической структуры и особенностей клиники редких видов гнойных бактериальных менингитов у детей г. Алматы.

Материал и методы. Был проведен анализ заболеваемости гнойными бактериальными менингитами у детей г. Алматы за 15 лет с 1993 по 2007 гг. (рис. 1).

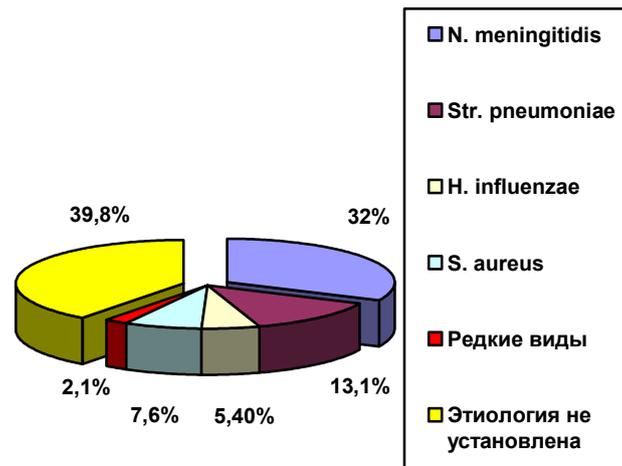


Рис. 1. Этиологическая структура гнойных бактериальных менингитов у детей.

Из рисунка 1 видно, редкие возбудители ГБМ имеют в общей структуре бактериальных менингитов наименьший процент – 2,1%.

Проведенный анализ этиологической структуры показал, что среди редких видов чаще всего регистрируются *Str. haemolyticus* – $32 \pm 7,7\%$, *E. coli haemolyticus* – $28 \pm 8,3\%$ и *Ps. aerogenosa* - $20 \pm 8,0\%$. *Str. pyogenes* и *Candida* имеют соответственно – $8 \pm 5,4\%$ и $12 \pm 9,3\%$.

Мальчики болели редкими видами менингитов в 1,7 раза чаще девочек. Среди больных детей большинство составили дети в возрасте от 1 до 6 мес – 68% (рис.2).

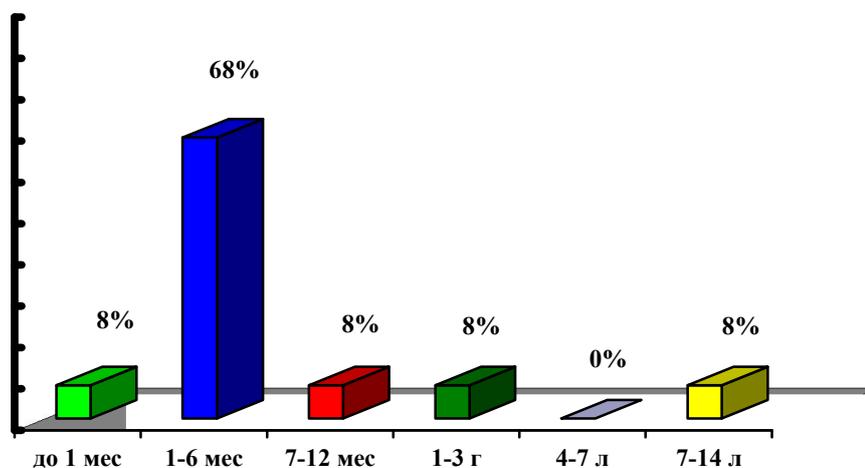


Рис. 2. Распределение больных редкими видами менингитов по возрасту.

Сезонности при редких видах менингитов не наблюдалось. Заболеваемость носила круглогодичный характер с небольшим увеличением числа случаев заболеваний в летний и осенний периоды.

Осложнения преморбидного фона отмечались у 80 % больных. Из осложнений часто отмечались нарушения ante- и перинатального периода, связанные с патологией беременности и родов - 48%. Также часто встречались недоношенные дети – 32% и дети, перенесшие ранее инфекционное заболевание – 22%. (рис.3). Предрасполагающим фактором заболевания у 42% детей также явилось нерациональное использование антибактериальной терапии.

Менингит был диагностирован в 67,2%, менингоэнцефалит в 32,8% случаев. Поражение мягких мозговых оболочек отмечалось в основном у детей старше 1 года, характер ликвора в 94,6 % наблюдений был гнойным, в 5,4% - серозным.

Среди больных с менингоэнцефалитом преобладали дети в возрасте до 1 года (90%). Заболевание отличалось значительной тяжестью, в связи с формированием в 45% случаев микроабсцессов и абсцессов рано появляется очаговая симптоматика. У всех больных наблюдались нарушение сознания, выраженный менингеальный синдром, поражение черепных нервов (II, VI, VII, XII пар), в 73,3% случаев – судорожный синдром.

В крови у большинства больных отмечался выраженный лейкоцитоз, нейтрофилез со сдвигом влево, токсическая зернистость нейтрофилов, увеличение СОЭ до 20-40 мм/ч.

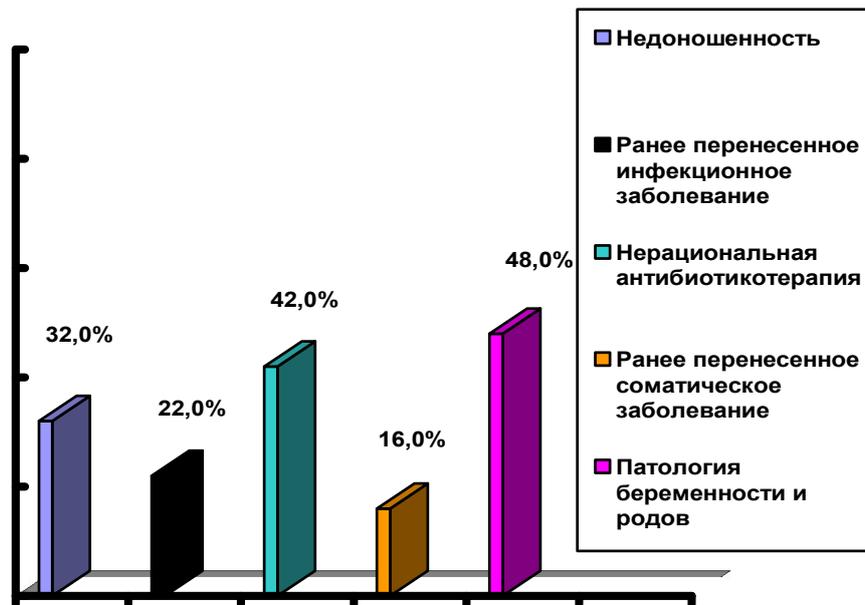


Рис. 3. Осложнения преморбидного фона больных редкими видами менингитов.

Прогноз при редких формах бактериальных менингитов очень серьезный. Летальность отмечалась в 50% случаев. У выживших детей остаются остаточные явления в виде парезов, параличей, эпилепсии, гидроцефалии, задержке умственного и физического развития.

Литература:

- Идрисова Р.С., Идрисова Ж.Р. Острые гнойные менингиты в детском возрасте // Педиатрия и детская хирургия Казахстана, 1998, №4, С.85-90.
- Иванченко Н.Н. Эпидемиологический надзор за менингитами в Казахстане: автореф. ... канд. мед. наук: 14.00.30. – Алматы, НЦГЭМ, 2003, 28 с.
- Укбаева Т.Д., Карабаева А.И. Острые бактериальные менингиты: распространение, этиология, диагностика // Ж. гигиены, эпидемиол. и иммунобиол., 2001, №2, С.106-110.
- Leib S.L., Tauber M.G. Infectious Diseases Clinics of North America.- 1999. – Vol.13. – P.527-529.
- Pruitt A.A. Neurologic emergencies. Infections of the nervous system//Neurol.clin. – 1998. – Vol.16. – P.419-421.
- Feigin R. D, Mc Cracken G.H. Jr, Klein J.O. Diagnosis and management of meningitis // Pediatr. Infect. Dis. J., 1992, №11, P. 785-814
- Hart C.A., Cuevas L.E., Marzouk O. et al. Management of bacterial meningitis// J. Antimicrob. Chemother., 1993, 32 Suppl. A, P.49-59.
- Баймуратова М.А., Тулепбаева С.Ж. Этиологические агенты бактериальных менингитов // Медицина, 2005, №3, С.22-24.
- Сорокина М.Н., Иванова В.В., Скрипченко Н.В. Бактериальные менингиты у детей. – М.: Медицина, 2003. – 320с.
- Богомолов Б.П. Диагностика вторичных и первичных менингитов // Эпидемиология и инфекционные болезни. – 2007. - №6. – С.44-49.

Рецензент: д.мед.н. Кадырова Р.М.