

**ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКИ МЕНИНГИТОВ, МЕНИНГОЭНЦЕФАЛИТОВ
И МЕНИНГОКОКЦЕМИИ, И ОШИБКИ В ПОСТАНОВКЕ ДАННЫХ ДИАГНОЗОВ**

Бутьковец Т. П.

Научный руководитель: к.м.н., доцент Красавцев Е. Л.

**Учреждение образования
«Гомельский государственный медицинский университет»
г. Гомель, Республика Беларусь**

Введение

Менингит — гнойное или серозное воспаление оболочек головного и спинного мозга, вызываемое бактериями, вирусами и другими причинами.

Выделяют две большие группы менингитов: гнойные, серозные. В Республике Беларусь в этиологической структуре менингитов преобладает возбудитель *N. meningitidis*, который вызывает гнойный менингит. Кроме менингококка гнойные менингиты вызываются *Staph. aureus* и *epidermidis*, *Str. pneumoniae*, и *L. monocytogenes*, *H. Influencae* [1]. Серозные менингиты имеют преимущественно вирусную этиологию. Чаще вызываются энтеровирусами — Коксаки и ЕСНО, вирусами полиомиелита, эпидемического паротита, а также некоторыми другими видами вирусов [2, 3].

Цель исследования

Анализ клинико-лабораторных особенностей менингитов, менингоэнцефалитов и менингококкцемии и частоты ошибок в диагностике на первичном этапе при этих заболеваниях. ***Материалы и методы исследования***

Нами проведен анализ диагнозов и клинико-лабораторных особенностей менингококкцемии, менингоэнцефалитов и менингитов у 92 пациентов в возрасте от 2 мес. до 58 лет, находившихся на лечении в ГОИКБ в период с января 2010 г. по сентябрь 2011 г. Для статистического анализа были использованы программы «Excel» и «StatView».

Результаты и их обсуждение

Среди больных с диагнозами менингококкцемия, менингоэнцефалит и менингит большинство больных (84,78 %) были городскими жителями, из которых 61,98 % — жители г. Гомеля. Процент сельского населения составил 15,22 %. Среди этих больных было 65,2 % детей и 34,8 % взрослых. Дети до 1 года составили 21,74 % ($n = 20$, $P = 0,0009$ по сравнению с детьми другого возраста); 1–3 лет — 9,78 % ($n = 9$); дети 4–6 лет — 11,96 % ($n = 11$); 7–11 лет — 5,43 % ($n = 5$); 12–18 лет — 16,3 % ($n = 15$). Менингит среди детского контингента чаще регистрировался у мальчиков (65 %; $n = 39$), нежели у девочек (35 %; $n = 21$). Больные мужского пола составили 40,6 % ($n = 13$), женского пола — 59,4 % ($n = 19$).

При направлении в стационар больным были установлены диагнозы: менингококковая инфекция — 13,04 %, гнойный менингит — 5,43 %, серозный менингит — 13,04 %, менингококкцемия — 8,70 %, смешанная форма (менингит, менингококкцемия) — 1,09 %, менингоэнцефалит — 5,43 %, менингит — 1,09 %, ОРВИ — 34,78 % случаев, ОГЭ — 5,43 %, прочее — 11,96 %.

В инфекционной больнице был выставлен клинический диагноз: гнойный менингит — 18,48 %, серозный менингит — 47,83 %, менингококкцемия — 13,04 %, менингоэнцефалит — 8,70 %, смешанная форма (менингит, менингококкцемия) — 9,78 %, менингококковая инфекция — 1,09 %, локализованная форма менингококковой инфекции — 1,09 %.

Расхождение диагнозов направившего учреждения и клинических диагнозов составило 52,47 %. Наименьший процент расхождения был у больных с диагнозами менингоэнцефалит (40 %) и менингококкцемия (37,5 %). На первичном этапе диагноз гнойный менингит не был установлен в 71 % случаев, а серозный менингит не был выявлен в 75 % случаев.

Повышение температуры было в 83,7 % случаев (n = 77), из них у 58,44 % больных (n = 45) температура находилась в пределах 36,6–37,5 °С, в 33,77 % случаев (n = 26) температура имела значения 37,5–39,0 °С, и только в 7,79 % случаев (n = 6) температура превышала 39,0 °С.

Рвота наблюдалась у 41,3 % больных (n = 38): у больных гнойным менингитом — в 35 % случаев, серозным менингитом — в 47,7 %, менингококкцемией — в 25 %, смешанной формой (менингит, менингококкцемия) — в 55,5 %, менингоэнцефалитом — в 25 % случаев.

При проведении спинномозговой пункции в большинстве случаев получен бесцветный ликвор, вытекающий под повышенным давлением. В 29,35 % случаев (n = 27) в ликворе наблюдалось повышение уровня белка. Количество клеток было повышено у 88,04 % (n = 81) больных, из которых у 70,37 % (n = 57) цитоз имел лимфоцитарный характер, а у 29,63 % (n = 24) — нейтрофильный характер. У больных гнойным менингитом в 76,5 % случаев в ликворе наблюдался нейтрофильный плеоцитоз, а в 17,6 % случаев — лимфоцитарный плеоцитоз (диагноз гнойного менингита был поставлен в этих случаях в связи с выделением возбудителей), в 5,8 % случаев спинномозговая пункция не была выполнена в связи с отсутствием согласия пациента на проведение данной процедуры. В ликворе больных серозным менингитом в 88,6 % случаев был выявлен лимфоцитарный плеоцитоз, в 4,5 % случаев — нейтрофильный плеоцитоз, в 4,5 % случаев — цитоз смешанного характера, в 4,5 % случаев спинномозговая пункция не была выполнена в связи с отсутствием согласия пациента на проведение данной процедуры. В ликворе больных менингоэнцефалитом в 75 % случаев отмечался лимфоцитарный плеоцитоз, в 12,5 % случаев — плеоцитоз смешанного характера, в 12,5 % случаев — плеоцитоз имел нейтрофильный характер.

При поступлении в общий анализ крови нейтрофильный лейкоцитоз обнаружен в 64,13 % случаев (n = 59), увеличение СОЭ — в 64,13 % (n = 59); при выписке нейтрофильный лейкоцитоз сохранился у 32,61 % больных (n = 30), СОЭ осталась повышена у 52,17 % больных (n = 48). У больных гнойным менингитом повышенное содержание лейкоцитов при поступлении было выявлено в 94 % случаев, к тому же, данные пациенты в 71 % случаев имели повышенную СОЭ. К моменту выписки уровень лейкоцитов нормализовался у 53 % больных, а у 47 % больных сохранился незначительно выраженный лейкоцитоз, СОЭ осталась повышена у 59 % больных. У больных серозным менингитом при поступлении лейкоцитоз наблюдался в 39 % (P = 0,001 по сравнению с больными гнойным менингитом) случаев, повышенное содержание лейкоцитов при выписке осталось у 20 % (P = 0,0377 по сравнению с больными гнойным менингитом) больных серозным менингитом.

Возбудитель инфекции был обнаружен в 42,39 % случаев (n = 39). В 57,61 % случаев (n = 53) этиология осталась неуточненной. В 58,97 % случаев (n = 23) был выявлен микроорганизм *Neisseria meningitidis*, в 25,64 % (n = 10) — *Enterovirus*, в 7,69 % (n = 3) — *Haemophilus influenzae B*, в 7,69 % (n = 3) случаев заболевание было вызвано другими возбудителями.

Гнойный менингит в 41,1 % случаев был вызван микроорганизмом *Neisseria meningitidis*, а в 11,7 % случаев возбудителем являлась *Haemophilus influenzae B*, в 47 % случаев этиология данного заболевания не была установлена. Этиологическим фактором серозного менингита в 22,7 % случаев являлся *Enterovirus*, а в 70,5 % случаев возбудитель данного заболевания не был установлен. *Neisseria meningitidis* в 33,3 % случаев была выделена у больных менингококкцемией.

Больные поступали в УЗ «ГОИКБ» в среднем на четвертые сутки от появления первых симптомов заболевания. В среднем, больные менингококковой инфекцией про-

вели в стационаре по $16 \pm 5,91$ койко-дней. Выздоровлением закончилось заболевание у 72,83 % больных ($n = 67$). С улучшением выписано 23,91 % больных ($n = 22$). Летальных исходов за данный период не было. Осложнения заболевания возникли у 25 % больных ($n = 23$), из которых ИТШ — в 21,74 % ($P = 0,0384$ по сравнению с прочими осложнениями) случаев ($n = 5$), отек головного мозга — в 34,78 % случаев ($n = 8$). Без осложнений заболевание протекало у 75 % больных.

Заключение

Расхождение диагнозов направившего учреждения и клинических диагнозов составило 52,47 %. На первичном этапе диагноз гнойный менингит не был установлен в 71 % случаев, а серозный менингит не был выявлен в 75 % случаев. Наименьший процент расхождения был у больных с диагнозами менингоэнцефалит (40 %) и менингококкцемия (37,5 %). Большинство больных (84,78 %) — городское население, их которых 61,98 % — жители г. Гомеля. Среди больных преобладали дети (65,2 %). Клинические проявления у больных гнойными и серозными менингитами не отличались. В редких случаях у больных гнойными менингитами в начале заболевания отмечался лимфоцитарный плеоцитоз, а у больных серозным менингитом — цитоз смешанного характера.

ЛИТЕРАТУРА

1. Деконенко, Е. Бактериальные менингиты / Е. Деконенко // Врач. — 2001. — № 6. — С. 20–27.
2. Шувалова, Е. П. Инфекционные болезни / Е. П. Шувалова // Медицина. — 2001. — С. 624.
3. Лучшев, В. И. Менингококковая инфекция / В. И. Лучшев // Российский медицинский журнал. — 2009. — № 6. — С. 33–37.

УДК 616.34 – 002: 616.9] – 053.2

КАТАМНЕСТИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ ЗА ДЕТЬМИ, ПЕРЕНЕСШИМИ ОСТРЫЕ КИШЕЧНЫЕ ИНФЕКЦИИ

Бутьковец Т. П.

Научный руководитель: к. м. н., доцент Е. Л. Красавцев

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

По статистическим данным Республики Беларусь, совпадающим с данными ВОЗ, большая часть заболеваемости острыми кишечными инфекциями (ОКИ) приходится на детский возраст. Так 60–65 % всех заболеваний ОКИ регистрируется среди детей, при этом высока заболеваемость детей раннего возраста (до 70 %) [1]. Острые кишечные инфекции до настоящего времени занимают ведущее место в инфекционной патологии детского возраста, уступая по заболеваемости только острым респираторным инфекциям, и являясь одной из главных причин летальности у детей раннего возраста. По данным ВОЗ, ежегодно в мире умирают от ОКИ и их осложнений более 5 млн детей. Повсеместная распространенность, высокая частота развития тяжелых и осложненных форм болезни и постинфекционных нарушений пищеварения, высокая летальность у детей раннего возраста ставят эту проблему в ряд наиболее социально значимых [2].

Одним из самых важных звеньев терапии ОКИ у детей была и остается этиотропная терапия. На первичном этапе выбор терапии является эмпирическим, без учета возбудителя и его чувствительности к антибиотикам, в качестве препаратов первого ряда часто используются недорогие препараты широкого спектра для перорального приема. Как следствие, довольно часто приходится менять препарат, что неблагоприятно сказывается на здоровье детей [3].