

УДК 616.831.9-002.3(476.2)«2013/2017»

**ЭТИОЛОГИЧЕСКАЯ И ВОЗРАСТНАЯ СТРУКТУРА
ПАЦИЕНТОВ С ГНОЙНЫМИ МЕНИНГИТАМИ И ИХ КЛИНИКО-
ЛАБОРАТОРНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА**

Мохорева Г. А.

Научный руководитель: д.м.н., доцент *Е. Л. Красавцев*

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

Введение

На долю гнойных менингитов приходится 38–40 % всех органических заболеваний ЦНС. Их этиологическая структура зависит от эпидемиологической обстановки в той или иной местности и социально-гигиенических условий жизни населения [1, 2]. Самый распространенный возбудитель — *N. meningitidis*. Бактерии могут переноситься в носоглотке, и иногда, подавляя защитные силы организма, инфекция попадает через кровотоки в мозг. Считается, что в любой момент времени 1–10 % населения являются носителями *N. meningitidis* в носоглотке [4]. Заболеваемость менингококковой инфекцией населения Гомельской области в течение 1981–2017 гг. находилась в пределах 0,49–10,7 на 100 тыс. населения [5].

Этиологическая диагностика гнойных менингитов представляет трудную задачу, и до 30 % случаев остаются неуточненными. Поэтому проблема углубленного изучения особенностей клинико-лабораторных проявлений данного заболевания на современном этапе является крайне актуальной. Судьба больного менингитом зависит от ранней диагностики и своевременно назначенной терапии [3].

Первичный диагноз менингита устанавливают на основании сочетания оболочечного, интоксикационного и ликворологического синдромов. В 80–90 % случаев бактериальные гнойные менингиты развиваются у детей до 5 лет. Ежегодно (по данным ВОЗ) в мире регистрируется до 2 миллионов больных бактериальным менингитом, 135 тыс. больных умирают [3]. Поэтому так важно своевременно диагностировать и начать лечение данного заболевания, что позволит значительно быстрее привести к улучшению состояния, а в дальнейшем к полному излечению без каких-либо последствий.

Цель

Изучить этиологическую и возрастную структуру пациентов с гнойными менингитами, сезонность обращений и клинико-лабораторные особенности.

Материал и методы исследования

Было проанализировано 36 медицинских карт пациентов с диагнозом «Гнойный менингит» находившихся на лечении в ГУЗ «Гомельская областная клиническая инфекционная больница» за период с 2013 по 2017 гг.

Результаты исследования и их обсуждение

Среди 36 пациентов было 20 (55,5 %) мужчин и 16 (44,4 %) женщин. Наибольшее количество пациентов пришлось на дошкольный возраст (14 (38,9 %) человек) и пациентов в возрасте до года — 8 (22,2 %) человек. Минимальный возраст — 2 месяца, максимальный — 61 год. 20 (55,6 %) пациентов жители Гомельской области, 16 пациентов (44,4 %) — г. Гомеля.

Заболеваемость гнойным менингитом в г. Гомеле за 2013–2017 гг. характеризовалась тенденцией к росту. Максимальное число госпитализированных с гнойным менингитом было в 2017 г. (18 чел.). В 2014 г. случаев гнойного менингита зарегистрировано не было (рисунок 1).

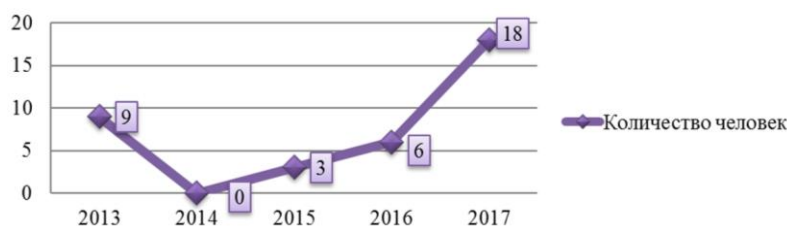


Рисунок 1 — Число госпитализированных пациентов с гнойным менингитом в г. Гомеле в 2013–2017 гг.

Большинство пациентов поступили по направлению, либо были переведены из других учреждений здравоохранения (23 (63,9 %)), остальные 13 (36,1 %) человек госпитализированы экстренно бригадами скорой помощи. Часть пациентов была госпитализирована в реанимацию (13 (36,1 %) человек).

Анализ частоты госпитализаций в зависимости от времени года показал преимущественное увеличение количества заболевших в летне-осенний период. В декабре и феврале 2017 г. заболевание диагностировано лишь у 1 (2,7 %) и 2 (5,5 %) человек соответственно, в январе и мае случаев гнойного менингита зарегистрировано не было (рисунок 2).

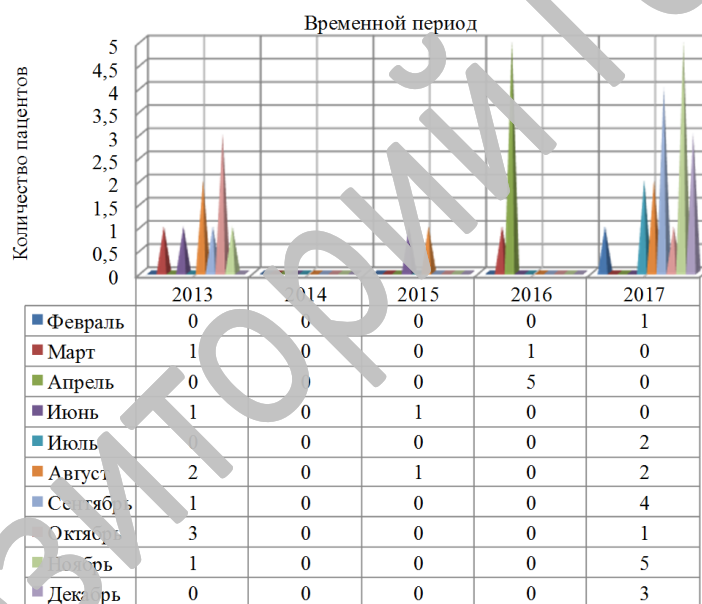


Рисунок 2 — Частота госпитализаций пациентов с гнойным менингитом в период с 2013 по 2017 гг.

В среднем на стационарном лечении пациенты находились 12–14 дней. Максимальное количество койко-дней, проведенных в стационаре, составило 32 дня, минимальное — 7 дней.

При поступлении характерными клиническими симптомами являлись общеинфекционные (лихорадка, слабость), общемозговые (головная боль, рвота была характерна только для двух пациентов) и менингеальные. Из менингеальных знаков наиболее часто встречающимися были ригидность затылочных мышц (28 (77,8 %) человек) и симптом Кернига (10 (27,8 %) человек), симптом Брудзинского (верхний и нижний) выявлялся реже (8 (22,2 %) человека). У детей до года был положителен симптом подвешивания Лессажа и выявлялся симптом выбухания и напряжения переднего родничка. Сыпь была обнаружена при обследовании детей до года (4 (11,1 %) человека), и у до-

школьников (5 (13,9 %) человек) и у лиц, старше 15 лет (3 (8,3 %) человек). При остром начале заболевания и повышении температуры до 38–39 °С в данной группе пациентов отмечались головная боль, рвота не связанная с приемом пищи, катаральный синдром в ротоглотке (таблица 1).

Таблица 1 — Частота встречаемости некоторых симптомов гнойного менингита

Симптом	Ригидность затылочных мышц	Симптом Кернига	Симптом Брудзинского (верхний и нижний)	Сыпь
Присутствовал	28 (77,8 %) человек	10 (27,8 %) человек	8 (22,2 %) человек	12 (33,3 %) человек
Отсутствовал	8 (22,2 %) человек	26 (77,8 %) человек	28 (77,8 %) человек	24 (66,7 %) человек

У 8 (22,2 %) обследованных менингококковый менингит сочетался с менингококкемией.

При рассмотрении общего анализа мочи и посева кала таких пациентов при поступлении были выявлены отклонения: нарушения плотности, наличие солей, белка в моче были у 24 (66,7 %) человек, наличие в кале *S. freundii*, неопределяемых неферментирующих грамотрицательных бактерий и *Pr. vulgaris* было выявлено у 5 (13,9 %) человек.

У 8 (22,2 %) пациентов отмечались различные осложнения: отек головного мозга — 5 человек), ИТШ — 1, ДВС-синдром — 2 человека. Все заболевшие с осложнениями получали соответствующую терапию в ОРИТ. Исход благоприятный.

Менингококковый менингит был верифицирован высевом со слизистой ротоглотки (4 (11,1 %) человека), из крови (2 (5,6 %), из ликвора (3 (8,3 %) человека). Также этот диагноз подтверждался с помощью ПЦР-диагностики (16 (44,4 %) человек). Также в результате ПЦР были выявлены РНК энтеровируса (1 (8,3 %) человека) и ДНК *Streptococcus pneumoniae* (1 (2,8 %) человек), (рисунок 3).

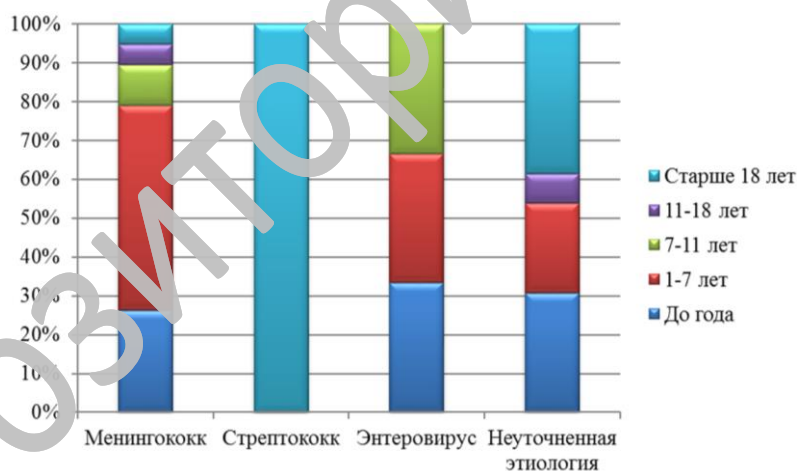


Рисунок 3 — Возрастная структура гнойных менингитов различной этиологии

Не удалось уточнить этиологию у 13 (36,1 %) человек.

Расхождение с направительным диагнозом наблюдалось у 8 (22,2 %) человек, при этом основным предварительным диагнозом была ОРВИ.

Спинномозговая жидкость исследовалась у 33 человек, в большинстве случаев была мутной. Средний цитоз составлял $21130,9 \pm 27631,5$ клеток/мкл, содержание белка в ликворе — $0,5 \pm 0,7$ г/л, глюкозы — $1,1 \pm 2,2$ ммоль/л. При цитологическом исследовании в первые 3 дня заболевания характер ликвора был нейтрофильным (содержание нейтрофилов 80–100 % — у 20 (60,6 %) из 33 человек), к концу первой – второй недели заболевания плеоцитоз становился лимфоцитарным. Одновременно количество клеток

в ликворе уменьшалось в 2–3 раза по сравнению с первым исследованием. Уровень глюкозы в ликворе у 14 (42,4 %) человек понижен, у 3-х — повышен до 4,9 г/л. Содержание белка повышено также у 14 (42,4 %) человек, снижено — у 6 пациентов.

Выводы

В настоящее время в г. Гомеле наблюдается рост заболеваемости гнойными менингитами, особенно подвержены данной патологии дети до 7 лет. У большей части пациентов инфекционной больницы, с гнойным менингитом, этот диагноз был выставлен в направительном диагнозе при обращении в лечебные учреждения, что говорит о сохраняющейся настороженности на счет данного заболевания. Более значимым методом диагностики остается ПЦР-метод, позволяющий подтверждать диагноз и определять этиологию заболевания. Более выраженные и классические проявления гнойного менингита были выявлены при менингококковом гнойном менингите. При этом клиническая картина гнойных менингитов сохраняет свои патогномичные особенности.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Онищенко, Г. Г.* Эпидемиологическая обстановка и основные направления борьбы с инфекционными болезнями в Российской Федерации за период 1991–1996 гг. / Г. Г. Онищенко // *Эпидемиология и инфекционные болезни*. — 1997. — № 3. — С. 4–13.
2. *Куприна, Н. П.* Гнойные и серозные менингиты у детей (алгоритм диагностики и лечения): пособие для врачей / Н. П. Куприна. — Воронеж: ВГМА, 2000. — 72 с.
3. *Филатова, Т. Г.* Бактериальные гнойные менингиты: учеб. пособие / Т. Г. Филатова. — Петровск, 2014. — 42 с.
4. Менингококковый менингит // Всемирная организация здравоохранения. Электронный ресурс. — 2019. — Режим доступа: <https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/meningococcal-meningitis>.
5. Информационно-аналитический бюллетень «Здоровье населения и окружающая среда Гомельской области в 2017 году». Вып. 23 / под ред. А. А.Тарасенко; ГУ «Гомельский областной центр гигиены, эпидемиологии и общественного здоровья». — Гомель, 2018. — 71 с.

УДК 616.28-002.155-053.2

ЭКССУДАТИВНЫЙ СРЕДНИЙ ОТИТ У ДЕТЕЙ 2017–2018 ГГ.

Новик А. А., Мохарева Г. А.

Научный руководитель: к.м.н., доцент *А. И. Зарянкина*

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Экссудативный серозный отит является широко распространенным негнойным заболеванием среднего уха, на долю которого приходится до 55 % из числа всей патологии среднего уха [1, 2].

Экссудативный средний отит представляет собой стойкое серозное воспаление слизистой оболочки слуховой трубы и барабанной полости. Это заболевание развивается на фоне дисфункции слуховой трубы, и характеризуется наличием в барабанной полости серозно-слизистого выпота. Ведущим патогенетическим фактором экссудативного среднего отита является стойкое нарушение вентиляционной функции слуховой трубы. Само название этой формы отита указывает на усиленную секрецию слизи и затяжное течение. Характерными признаками его является появление в барабанной полости густого вязкого секрета, медленно нарастающая тугоухость и длительное отсутствие дефекта барабанной перепонки. В основе заболевания наряду со стойкой тубарной дисфункцией лежит нарушение общей и местной резистентности. Причиной может быть перенесенная респираторная вирусная инфекция и нерациональное применение антибиотиков, которые не ликвидируют инфекцию среднего уха, но сами по себе могут создавать благоприятную почву для размножения устойчивых к ним возбудителей.