

ПОРАЖЕНИЕ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ ПРИ ЭНТЕРОВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ У ДЕТЕЙ

Бегайдарова Р.Х., Девдариани Х.Г., Стариков Ю.Г., Алшынбекова Г.К.,
Дюсембаева А.Е., Изтелеуова А.М., Золотарева О.А.

*Карагандинский Государственный медицинский университет, Караганда,
e-mail: r.h.begaidarova@mail.ru*

Под наблюдением находилось 50 детей, больных серозным менингитом энтеровирусной природы, госпитализированных в Областную инфекционную больницу г. Караганды.

В результате исследования показано, что возрастной состав приходился на детей подросткового возраста и не зарегистрировано у детей до одного года, подъем заболеваемости определяли в летне-осенний период.

Диагностику энтеровирусных менингитов облегчает наличие у детей таких симптомов энтеровирусных инфекций как: гиперемия и отечность лица, отечность и зернистость задней стенки глотки, боли в животе, экзантема.

Ключевые слова: серозный менингит энтеровирусной природы, диагностика энтеровирусных менингитов, симптомы энтеровирусных инфекций.

DEFEAT OF NERVOUS SYSTEM WITH ENTEROVIRUS INFECTION IN CHILDREN

Begaydarova R.H., Devdariani H.G., Starikov Y.G., Alshynbekova G.K.,
Dyusseмбаева A.E., Izteleuova A.M., Zolotareva O.A.

Karaganda State Medical University, Karaganda, e-mail: r.h.begaidarova@mail.ru

We observed 50 children with enteroviral meningitis of serous etiology in the Regional Hospital of Infectious Diseases (RIH) of town Karaganda.

A result of research showed that the age composition among children from adolescents age. The disease was not registered in children under one year. The rise in incidence was in the summer-autumn period.

Diagnosis of enterovirus meningitis in children facilitates the presence of symptoms by enterovirus infection such as: hyperemia and puffiness of the face, swelling and granular posterior pharynx, abdominal pain, exanthema.

Keywords: hydromeningitis enterovirus nature, diagnosis of enteroviral meningitis, symptoms of enteroviral infections.

Введение

Актуальность проблемы энтеровирусных инфекций (Коксаки, ЕСНО-вирусные инфекции) обусловлена рядом вспышек, которые были отмечены в середине прошлого столетия. Большинство вспышек возникает в летнее время года и характеризуются крупным подъемом эпидемической кривой с последующим ее волнообразным течением.

Энтеровирусные инфекции (ЭВИ) характеризуются полиморфизмом клинических проявлений и вовлечением в эпидемический процесс всех групп населения, независимо от половой принадлежности [1,2,5]. Распространение этой инфекции в детских коллективах носит, как правило, взрывной характер; минимальный инкубационный период при этом составляет не более 2-3 дней. Тропизм энтеровирусов (ЭВ) ко многим тканям и органам человека определяет значительное многообразие клинических проявлений, вызванных одними и теми же представителями этой группы.

В условиях спорадической заболеваемости преобладают такие клинические формы как герпангина, менингит, малая бо-

лезнь, пневмония, миокардиты. Особенностью всех этих форм является скудность клинических симптомов, а у больных энтеровирусным менингитом могут даже отсутствовать менингеальные знаки или быть весьма сомнительными [5].

Доказано, что ЭВ вызывают иммуносупрессию и нарушают микроциркуляцию, повышают проницаемость гематоэнцефалического барьера, способствуют провоцированию бактериальных осложнений.

Установлено, что причиной развития миокардитов является инвазия вируса в миокард, этому способствует наличие в составе ЭВ протеиназы, которая и обеспечивает проникновение вируса в клетку [4].

ЭВИ регистрируются практически во всех возрастных группах, с преобладанием больных в возрасте от 3 до 6 лет. Наименьший удельный вес (11%) отмечается у взрослых [3].

Выявлена так же этиологическая связь вирусов Коксаки с такими редкими клиническими формами ЭВИ как ревматоидный артрит, врожденная перинатальная патология [6, 8]. Имеются единичные работы проводящие параллель между степенью коло-

низации кишечника ЭВ и климатическими условиями [9]. Однако наибольшее количество штаммов ЭВ было выделено у больных серозным менингитом [10].

Цель исследования: изучение клинико-эпидемиологических особенностей серозного менингита энтеровирусной этиологии у детей в период эпидемического подъема этой инфекции.

Дизайн исследования

Под наблюдением находилось 50 больных серозным менингитом энтеровирусной природы. Из них детей с 1 года до 3-х лет было 1, с 3-х до 7 -18, с 7 до 15 -31. Мальчиков было 32 (64, 0%), девочек-18 (36,0%). Верификация диагноза серозный менингит была подтверждена выделением энтеровирусов Коксаки В и ЕСНО на культуре клеток и (или) нарастанием титра антител при серологическом исследовании. Учитывались также эпидемиологические (контакт с больным энтеровирусной инфекцией) и клинические параметры в виде полиморфизма симптомокомплекса болезни (боль в животе, синдром экзантемы, диарея, боли в мышцах и др). В своей работе мы пользовались классификацией по А.П. Зинченко, 1986 г.[7].

Максимальная заболеваемость энтеровирусной инфекцией была зарегистрирована в летне-осенний период года, наименьшая - в зимне-весенний. Большинство больных 45 (90,0%) проживало в городе Караганде и лишь 5 (10,0%) в районах.

Результаты и обсуждения

Заболевание обычно начиналось остро с головной боли, рвоты, повышения температуры, першения в горле и заложенности носа. Большинство заболевших 40 (80,0%) связывают эпизод заболевания с переохлаждением, у 6 (12,0%) отмечался контакт с больным серозным менингитом и лишь 4(8,0%) не могли установить причинно-следственной связи.

У 4 (8,0%) детей отмечался 12-24 часовой продромальный период в виде снижения аппетита, вялости, тошноты. Температура обычно быстро (в течении 6-12 часов) поднималась до высоких цифр. Лихорадка в пределах субфебрильных цифр была зарегистрирована у 34 (68,0%) больных, выше 38°С – у 16 (32,0%). Продолжительность лихорадочного периода варьировала от 3 до 7 дней. У 11 (22,0%) детей она продолжалась 3 дня, у 34 (68,0%) – 3-5 дней и более 5-ти дней у 5 (10,0%) заболевших. Температура чаще была постоянного типа с колебаниями 1,5-2°С в течение суток. Лихорадка заканчивалась критически или реже литически без повторных волн.

Одним из постоянных признаков на догоспитальном и госпитальном этапах были рвота и боли в животе. Рвота повторная, многократная, не связанная с приемом жидкости или пищи. Частота рвоты от 3 до 5 раз в течение 1-х суток была отмечена у 18 (36,0%) больных, более 5 раз- у 30 (60,0%). Боли в животе носили приступообразный средней интенсивности характер с локализацией в умбиликальной области. Симптомов раздражения брюшины при этом не было. Приступы болей повторялись от 2 до 4 раз в сутки и спонтанно заканчивались. Практически все дети часто жаловались на головокружение, головную боль, которая носила разлитой характер и усиливалась при громком звуке, ярком свете или перемене положения тела.

При объективном осмотре бросались в глаза бледность кожных покровов, инъекция склер 13(26,0%), одутловатость и гиперемия лица 8 (16,0%), гиперемия, зернистость задней стенки глотки, отечность мягкого неба и передних дужек у 48 (96,0%) детей. У 4 (8,0%) больных в первые дни болезни отмечалась быстро проходящая сыпь бледно-розового цвета, локализуемая преимущественно на груди и животе. Сыпь исчезала на 2-3 сутки, не оставляя после себя остаточных явлений.

У 6 (12,0%) детей старшего возраста отмечались светобоязнь, боль в глазах яблоках. Язык практически у всех больных в первые сутки был обложен беловатым налетом. Живот мягкий, безболезненный, синдрома гепатоспленомегалии не было. Стул у всех больных оставался оформленным или с тенденцией к задержке.

Менингеальный синдром был стабильным у всех больных. Определялись симптомы Кернига у 19 (38,0%) детей, ригидность затылочных мышц - у 37 (74,0%), верхний и нижний Брудзинского - у 10(20,0%). Для менингеальных симптомов были характерны нестойкость и диссоциация менингеальных знаков. Например, при выраженной ригидности мышц затылка отсутствие нижнего Брудзинского. Менингеальные симптомы, как правило, исчезали через 2-4 дня после проведенной люмбальной пункции.

У 3 (6,0%) больных первых лет жизни отмечались проявления энцефалитических реакций в виде горизонтального нистагма, повышения сухожильных рефлексов, общего беспокойства. Эти неврологические симптомы были быстро проходящими и обусловлены циркуляторными нарушениями и отеком нервной ткани.

Спинномозговая жидкость была обычно прозрачной или слабо опалесцирующей, вытекала частыми каплями или струей.

Плеоцитоз у большинства больных колебался в пределах 200-400 (в среднем составлял 248) клеток в 1 мк/л и в начальном периоде болезни носил смешанный характер; через 7-10 дней клеточный состав ликвора сменялся явным преобладанием лимфоцитов. Концентрация белка в ликворе была в пределах нормативных величин и в среднем колебалась от 0,18 до 0,26 г/л. Концентрация сахара в ликворе имела некоторую тенденцию к снижению или оставались на нижней границе нормы.

Со стороны гемограммы при поступлении отмечались нормальная СОЭ, умеренный нейтрофильный лейкоцитоз со сдвигом вправо. Через 5-7 дней: СОЭ становилась замедленной, а лейкоцитоз сменялся лимфоцитозом и лейкопенией.

Интерпретация ликворологической картины позволили трактовать данные изменения как проявления серозного воспаления мозговых оболочек.

Исход серозных менингитов во всех случаях был благоприятным. Средняя продолжительность госпитализации составляла 18 койко-дней.

Выводы

1. Подъем заболеваемости серозным менингитом энтеровирусной этиологии приходился на летне – осенний период года, снижение заболеваемости – на зимне-весенний.

2. Возрастной состав больных серозным менингитом определялся детьми подросткового возраста. Заболеваемость среди детей до 1 года не была зарегистрирована.

3. Диагностика энтеровирусных менингитов облегчается наличием у больных других симптомов энтеровирусных инфекций: гиперемия и отечность лица, отечность и зернистость задней стенки глотки, боли в животе, экзантема.

Список литературы

1. Вирусные заболевания как предрасполагающий фактор развития вторичных ото- и риногенных бактериальных менингитов / В.Ф. Антонов, Н.А. Мальгинова, Е.В. Коваленко, Ю.А. Лебедева // Вестник оториноларингологии. – 2005. – №6. – С.10-12.
2. Влияние энтеровирусов у пациентов с острыми кишечными инфекциями на территории Азербайджанской Республики в 1995-2004 гг. / Н.Н. Алиев, Л.И. Рустанова, К.Н. Алиев, Ф.Дж. Танзаде // Эпидемиология инфекционных болезней. – 2007. – №2. – С.8-11.
3. Значение вертикальной передачи энтеровирусов в эпидемиологии врожденных вирусных инфекций / Л.С. Лозовская, Э.А. Хелленов, Е.А. Шумская и др. // Акушерство и гинекология. – 1995. – №2. – С.26-29.
4. Коксаки-инфекция при кардио-ревматических заболеваниях у детей / Г.У. Дюскалиева, У.А. Абендова, С.З. Нургалиева, Б.Х. Хабижанов // Гигиена, эпидемиология и иммунобиология. – 2000. – №3-4. – С.120-123.
5. Острый миокардит, вызванный вирусом ЕСНО / Б.П. Богомолов, А.В. Девяткин, С.А. Митюшина, Т.Н. Малькова // Клиническая медицина. – 2007. – №2. – С.68-70.
6. Палеев Н.Р. Вирусная инфекция и миокардиальная патология // Вестник Российской Академии Медицинских Наук. – 2006. – №9-10. – С.95-98.
7. Руководство по классификациям заболеваний/ под общей редакцией И.Р. Кулмагамбетова, К.А. Алихановой. – Караганда. – 2009. – Т.5. – 424 с.
8. Современное клиническое течение серозных менингитов энтеровирусной этиологии / Ш.Ж. Ишанова, Б.А. Сагынбаева, Р.А. Умарова и др. // Вестник Южно-Казахстанской Медицинской Академии. – 2006. – №2(28). – С.58-59.
9. Эпидемиология полиовирусной инфекции в Кыргызской Республике / К.Т. Косымбекова, С.Т. Абдикаримов, С.Н. Фирсова, Ж.С. Калилов // Эпидемиология и инфекционные болезни. – 2004. – №2. – С.15-18
10. Эпидемиологическая характеристика энтеровирусных инфекций в Карагандинской области / Л.Н. Лапшина, К.Ш. Баймуканова, И.Н. Кудрякова и др. // Медицина и экология. – 2006. – №4(41). – С.58-61.