

В. Я. Давыдов (Казань). Катамнез менингококковой инфекции у детей

Проблема реабилитации лиц, перенесших менингококковую инфекцию, актуальна и представляет определенный научный и практический интерес. В данной работе мы приводим результаты анализа выписок из историй болезни и карт диспансерного осмотра 799 реконвалесцентов менингококковой инфекции — 447 мальчиков и 352 девочек, перенесших заболевание в возрасте от нескольких месяцев до 15 лет (348 — до 5 лет, 278 — с 6 до 10 лет и 173 — с 11 до 15 лет) и явившихся на обследование через 1—2 года после выписки из 1-й инфекционной больницы г. Казани.

У 68,2% реконвалесцентов менингококцемия сочеталась с менингитом, у 17,9% была только менингококцемия, у 13,7% детей менингит не сопровождался клиническими признаками менингококцемии, у 2 больных отмечались явления менингоэнцефалита. Тяжелую форму перенесли 38,8% детей, среднетяжелую — 53,2%, легкую — 8% больных. Большинство больных было госпитализировано в первые 2 дня от начала заболевания (87,5%). Бактериологическое подтверждение диагноза получено у 35,7% больных.

Из всех обследованных реконвалесцентов у 35 (4,5%) в остром периоде болезни имелись осложнения, связанные с основным заболеванием: неврит слухового нерва — у 6, парезы лицевого нерва — у 6, функциональная гидроцефалия — у 1, миокардиты и миокардиодистрофии — у 3, гнойные и серозные средние отиты — у 6, артриты — у 3, стоматиты — у 4 и «диабетический синдром» (кратковременная гипергликемия и глюкозурия в остром периоде болезни) — у 6.

30 детей этой группы при осмотре через 1 год после выписки из стационара практически были здоровы. Из остальных 5 человек у 3 отмечалось ухудшение слуха (у девочки 8 лет наступила полная потеря его), у 1 ребенка сохранился легкий парез лицевого нерва; 1 мальчик с гидроцефалией после стационарного лечения в неврологическом отделении был выписан с выраженным улучшением, а через 2 года, по окончании 7 лет, был принят в обычную школу.

Самую большую группу — 30 человек — составили дети с явлениями церебрастенического синдрома и вегетососудистой дистонии — периодической головной болью, головокружением, быстрой утомляемостью, раздражительностью, потливостью, ночными страхами. При осмотре детей через 2 года оказалось, что эти симптомы сохранились только у 5 из 30, но были выявлены другие дети (15 человек) с проявлениями церебрастении.

У 2 детей через несколько месяцев после болезни появились приступы эпилепсии. У одного из них, переболевшего легкой формой менингита в сочетании с менингококцемией, после тяжелого течения эпилепсии через 2 года наступила психическая деградация. У второго ребенка, перенесшего тяжелую форму менингита, после лечения у психоневролога приступы эпилепсии прекратились.

Среди других последствий менингококковой инфекции при осмотре через 1 год в единичных случаях выявлялись снижение памяти, заикание, нервный тик мышц лица, ночное недержание мочи. Все пациенты были направлены на консультацию и лечение к психоневрологу и педиатру. Через 2 года эти дети были практически здоровы и жалоб не предъявляли.

Кроме того, при осмотре через 2 года у одной девочки отмечалось снижение зрения, а у 2 реконвалесцентов — повышение артериального давления. Все трое детей перенесли тяжелую и среднетяжелую формы менингита с менингококцемией.

Таким образом, по нашим наблюдениям, подавляющее большинство детей (92,6%) через 1—2 года после перенесенной менингококковой инфекции не предъявляли жалоб и были практически здоровыми. У 59 человек (7,6%) нами были обнаружены остаточные явления бывших осложнений и отдаленные последствия болезни.

Мы считаем, что для выявления отдаленных последствий менингококковой инфекции у детей от 5 лет и старше вполне достаточен двухгодичный срок диспансерного наблюдения. Для детей младшего возраста этот срок можно увеличить до 3—5 лет.

В. А. Анохин, А. Д. Царегородцев (Казань). Показатели кининовой системы крови при тяжелых формах острых респираторных вирусных инфекций у детей

Целью настоящей работы явилось изучение показателей компонентов кининовой системы крови у детей при тяжелых формах острых респираторных вирусных инфекций (ОРВИ) с синдромом нейротоксикоза.

Под наблюдением находилось 55 детей с ОРВИ (в возрасте от 1 до 6 мес — 14, от 6 мес до 1 года — 18, от 1 года до 3 лет — 11, от 3 до 7 лет — 12). 38 больных поступили в первые три дня болезни, 12 — на 4—5 день и 5 — в более поздние сроки.

У 30 детей была тяжелая форма ОРВИ и у 25 — среднетяжелая. Аденовирусная инфекция диагностирована у 14 больных, грипп — у 16, парагрипп — у 7, РС-вирусная

инфекция — у 5, вирусная микст-инфекция — у 13. Контрольную группу составили 10 практически здоровых детей.

Исследования проводили в остром периоде заболевания при поступлении в клинику и в период реконвалесценции через 7—10 дней. Результаты изучения калликреин-кининовой системы крови представлены в таблице.

Показатели компонентов кининовой системы крови при ОРВИ у детей

Показатели	Статистические индексы	Тяжелые формы ОРВИ ✓		ОРВИ средней тяжести		Контрольные данные
		острый период	реконвалесценция	острый период	реконвалесценция	
Суммарная активность калликреина, мг/л	n	11		14		9
	M±m	1,18±0,09	0,82±0,11	0,85±0,04	0,81±0,13	0,77±0,10
	P ₁	<0,01	>0,1 <0,02	>0,2	>0,5 >0,5	
Свободные кинины крови, мкг/л	n	9		11		10
	M±m	3,99±0,16	2,63±0,56	1,72±0,21	1,39±0,17	1,12±0,20
	P ₁	<0,001	<0,05	>0,05	>0,2	
Активность кининазы плазмы, мг/(ч·л)	n	12		13		10
	M±m	21,1±4,2	36,7±7,8	48,7±8,4	65,0±8,4	70,5±7,8
	P ₁	<0,01	<0,01	>0,05	>0,5	
	P ₁		>0,05		>0,1	

Примечание: n — число обследованных; P — достоверность различия показателей по сравнению с контролем; P₁ — достоверность различия показателей по сравнению с исходными данными.

У больных с тяжелыми формами ОРВИ в остром периоде заболевания наблюдалась выраженная активация калликреин-кининовой системы крови, проявляющаяся в резком увеличении суммарной активности калликреина плазмы (P<0,01) и уровня свободных кининов крови (P<0,001) и снижении активности кининаз крови (P<0,02). Через 7—10 дней происходило достоверное снижение калликреина (P<0,05) и значительное усиление активности кининаз (P<0,01). Следует отметить, что два последних параметра продолжали существенно отличаться от контроля. При среднетяжелых формах ОРВИ показатели кининовой системы крови в течение всего периода заболевания не имели существенных отличий от контрольных данных.

Следовательно, степень активности кининовой системы крови при ОРВИ у детей зависит от формы тяжести и периода заболевания. Одним из факторов, участвующих в механизме развития нейротоксикоза, может быть повреждающее действие кининов крови на сосудистую стенку, усиливающее экссудативный компонент и обуславливающее расстройство гемодинамики и микроциркуляции. Одной из вероятных причин избыточного образования кининов при тяжелых формах заболевания является активация тканевых систем протеолиза в результате поражения респираторными вирусами прежде всего эндотелия сосудов и эпителия дыхательных путей. Развитие ацидоза ведет к накоплению кининов за счет блокады кининаз крови.

Таким образом, определение компонентов калликреин-кининовой системы крови позволяет уточнить их роль в сложном механизме нейротоксического синдрома, возникающего у детей при острых респираторных вирусных инфекциях.

УДК 616.988.7:616.155.3—076.5:[547.458.6+577.153. 35+577.158.421

О. И. Пикуза, Е. П. Гуревич (Казань). Сукцинатдегидрогеназа, фосфатазы и гликоген лейкоцитов в динамике аденовирусной инфекции у новорожденных

Задачей нашего исследования явилось изучение показателей окислительных и гидролитических ферментов лейкоцитов крови в динамике аденовирусной инфекции в сопоставлении с длительностью циркуляции аденовирусов в организме. С этой целью определяли активность кислой и щелочной фосфатазы (КФ и ЩФ), сукцинатдегидрогеназы (СДГ), содержание гликогена (Г) в лейкоцитах, а также длительность свечения аденовирусного антигена в эпителиальных клетках носа прямым методом