

О ПОЗДНИХ ОСЛОЖНЕНИЯХ МЕНИНГОКОККОВОЙ ИНФЕКЦИИ У ДЕТЕЙ

Чл.-кор. АМН СССР проф. Н. Р. Иванов, доц. Ю. А. Ушаков, канд. мед. наук Е. И. Столярова, канд. мед. наук О. Б. Герман, Б. А. Кацаев, С. А. Мазеева, В. С. Астафьева

Кафедра детских инфекционных болезней (зав.— проф. Н. Р. Иванов) Саратовского медицинского института

Реферат. Обобщены результаты длительного (от 1 г. до 3 лет) наблюдения за детьми, перенесшими менингококковую инфекцию. Как в разгаре, так и в отдаленные сроки болезни обнаруживались различные осложнения, проявлявшиеся в функциональных и органических изменениях нервной и сосудистой систем. Диспансерное наблюдение позволяет своевременно выявить более поздние осложнения, проводить их профилактику и лечение в поликлинических условиях.

Ранняя диагностика менингококковой инфекции и комплексное лечение больных не всегда предохраняют от последствий этого заболевания. Интерес к изучению осложнений у больных, перенесших менингококковую инфекцию, особенно возрастает в период эпидемического подъема заболеваемости. Мы изучили катанез 149 детей, перенесших менингококковую инфекцию (данные за 1972—1977 гг.). У 96 из них (64,4%) была менингококцемия и менингит, у 40 (26,9%) — первичный менингит, у 9 (6%) — менингококцемия и у 4 (2,7%) — менингококцемия в сочетании с менингоэнцефалитом. Срок наблюдения — от 1 года до 3 лет. Первичный осмотр детей проводили через 1 мес. после выписки из больницы, затем через 3; 6 мес., а в последующем — каждые 6 мес.

Реконвалесцентов осматривали лечащий врач-инфекционист, невропатолог, отоларинголог, а при необходимости — также психиатр и окулист. При осмотре собирали подробные сведения о самочувствии, о поведении детей в коллективах и дома, исследовали нервную систему и нервно-психическую деятельность, проверяли слух, зрение. У всех детей проводили общий анализ крови и мочи, посев слизи из носоглотки на менингококк и другую патогенную флору.

В период заболевания 46 детей были в возрасте от 1 месяца до года, 35 — от 1 года до 3 лет, 33 — от 3 до 7 лет и 35 — старше 7 лет. У большинства обследованных (78%) менингококковая инфекция протекала в тяжелой и очень тяжелой форме. Все больные поступали в клинику на 3—4-й день болезни. В стационаре они получали этиотропное и патогенетическое лечение: пенициллин в дозах 300—400 тыс. ЕД на 1 кг массы тела, левомицетина сулцинат натрия 50 тыс. ЕД на 1 кг массы тела; сульфат магния внутримышечно; гипертонические растворы глюкозы, гемодез, маннитол внутривенно, лазикс, витамины парентерально, противосудорожные и десенсибилизирующие средства. Длительность заболевания не превышала 30 дней. Большинство больных (65,1%) были выписаны в среднем на 26-й день пребывания в больнице с клиническим выздоровлением, хорошим самочувствием и полной санацией спинномозговой жидкости.

Осложнения в период острого течения болезни наблюдались у 26 детей: церебрастенический синдром — у 11, вазомоторные реакции — у 5, органические изменения нервной системы — у 10 (неврит слухового нерва — у 3, неврит слухового нерва и атрофия зрительного нерва — у 1, нарушение координации движений — у 2, неврит лицевого нерва — у 1, сходящееся косоглазие — у 3). Эти осложнения возникали, как правило, у больных с тяжелой формой менингита и энцефалита, поздно поступивших в стационар. Лечение последствий

менингококковой инфекции у детей после выписки из стационара проводилось в поликлинических условиях.

К концу 6-месячного срока диспансерного наблюдения за реконвалесцентами у них происходила нормализация утраченных функций. Так, у 6 детей исчез астенический синдром, у 1 восстановилась функция лицевого нерва, у 3 прекратились вазомоторные реакции.

При первом медицинском осмотре детей, выписанных из стационара с клиническим выздоровлением, у 22 из них были обнаружены поздние осложнения. Они проявлялись повышенной раздражительностью, быстрой утомляемостью, ухудшением памяти, сонливостью, периодической головной болью, усиленным выпадением волос; у 2 реконвалесцентов определялось умеренное снижение слуха, у 3 — анизокория, у 1 — сходящееся косоглазие. Нарушений психической деятельности не отмечалось. Цереброастенический синдром наблюдался в разные периоды болезни главным образом у детей школьного возраста и характеризовался непостоянством и благоприятным исходом. Восстановлению функциональных нарушений нервной системы у подавляющего большинства реконвалесцентов способствовала стимулирующая терапия с использованием лечебной физкультуры в условиях длительного, организованного диспансерного наблюдения за больными с последствиями менингококковой инфекции.

Органические неврологические симптомы, выявленные у 15 перенесших менингококковую инфекцию больных как в момент пребывания в стационаре, так и в период диспансерного наблюдения, имели стойкий характер и не проявляли тенденции к восстановлению. В течение 2 лет у 7 детей сохраняются сходящееся косоглазие и анизокория, у 3 — полная потеря слуха, у 2 — атаксия и у 3 периодически возникает судорожный синдром. Такая стойкая неврологическая симптоматика проявлялась в основном у больных первых трех лет жизни, перенесших тяжелую генерализованную форму менингококковой инфекции. Каких-либо закономерностей при исследовании периферической крови реконвалесцентов в период наблюдения обнаружить не удалось. Выделение у 2 детей менингококка из носоглотки расценивалось как носительство его в период реконвалесценции, а обнаружение патогенного стафилококка у 17 детей — как состояние дисбактериоза верхних дыхательных путей в результате лечения массивными дозами антибиотиков.

Полученные данные показывают, что менингококковая инфекция у детей сопровождается осложнениями, которые выявляются как в разгаре, так и в отдаленные сроки болезни. Осложнения болезни у детей первых 3 лет жизни носят стойкий характер и проявляются выраженной органической неврологической симптоматикой. Больные с органическими и функциональными изменениями центральной нервной системы после менингококковой инфекции требуют постоянной диспансеризации. Длительное курирование больных с последствиями менингококковой инфекции квалифицированными специалистами позволяет своевременно выявить более поздние осложнения, проводить их лечение и профилактику в поликлинических условиях. Систематическое наблюдение способствует более глубокому изучению патогенетических механизмов периода реконвалесценции при менингококковой инфекции.

Поступила 28 февраля 1978 г.