

МЕНИНГОКОККОВАЯ ИНФЕКЦИЯ У ДЕТЕЙ

Богомолова Е.В.- врач-педиатр.

Зав. приемным отделением

ГБУЗ ПОДКБ им. Н.Ф. Филатова.

Менингококковая инфекция — острое инфекционное заболевание, вызываемое грамотрицательным диплококком, передающееся воздушно-капельным путем, характеризующееся локализованным или генерализованным инфекционным процессом с развитием острого назофарингита, менингококкцемии, гнойного менингита, менингоэнцефалита, реже — с поражением других **органов** и систем. Источником заражения является больной менингококковой инфекцией, (чаще локализованными формами), или менингококконоситель, особенно при наличии у него катаральных явлений в носоглотке. По данным различных авторов, на 1 случай генерализованной менингококковой инфекции приходится 2—4 тыс. носителей. Механизм передачи инфекции — аэрогенный. Но ввиду нестойкости возбудителя заражение происходит, если контакт с больным был достаточно продолжительным и близким, т.е. источник обычно находится в ближайшем окружении ребенка (в 70% случаев — на расстоянии менее 0,5 м). Восприимчивость к менингококку невысокая, составляет 10—15%.

Выражена зимне-весенняя сезонность с наибольшим числом заболеваний в феврале—апреле. Периодические подъемы заболеваемости наблюдаются каждые 10—15 лет. В межэпидемический период заболевают преимущественно дети раннего возраста, во время эпидемии - дети более старшего возраста.

Изменения в крови :лейкоцитоз нейтрофильного характера , ускоренная СОЭ.

В спинно-мозговой жидкости отмечаются **специфические изменения.**

Осложнения у больных менингококковой инфекцией могут быть специфическими и неспецифическими. К специфическим следует отнести неотложные состояния, развивающиеся на ранних этапах болезни: инфекционно-токсический шок , отек головного мозга .Неспецифические осложнения обусловлены активацией вторичной бактериальной флоры, сопровождающейся развитием чаще всего пневмонии и отита неменингококковой этиологии.

Клиника менингококковой инфекции у детей. Клинические проявления менингококковой инфекции разнообразны. Выделяют следующие ее формы:

1. Локализованная форма — острый назофарингит.
 2. Генерализованные (манифестные) формы — менингококкцемия, гнойный менингит (и смешанный вариант (менингококкцемия с гнойным менингитом)).
- Кроме того, различают редкие формы, развивающиеся в процессе генерализации инфекции — менингококковый эндокардит, иридоциклит, артрит (синовит), менингококковая пневмония. Последняя может быть и первичной в результате попадания менингококка в легкие непосредственно через дыхательные пути.
- Инкубационный период колеблется от 2 до 10 дней.

Острый назофарингит составляет до 80% случаев всех заболеваний менингококковой инфекцией. Болезнь начинается остро с повышения температуры тела до субфебрильных значений. Ребенка беспокоит головная боль, боль и першение в горле, заложенность носа, насморк со скудным слизисто-гнойным, иногда сукровичным отделяемым, сухой кашель. При осмотре зева отмечается: задняя стенка глотки гиперемирована, отечна, иногда с наложениями слизи. Часто имеет место двухсторонняя гиперемия конъюнктив. Клиническая симптоматика держится от 2 до 5—7 дней и нередко предшествует развитию генерализованных форм болезни. В очаге менингококковой инфекции необходимо тщательно осматривать контактировавших с больным детей на предмет наличия у них назофарингита, а при выявлении — изолировать и назначить им лечение.

Менингококкцемия начинается остро, нередко внезапно, родители могут назвать час заболевания. Температура тела с нормальных значений повышается до 39—40°C, появляется озноб, сильная головная боль, повторная рвота. Основным клиническим признаком является характерная геморрагическая сыпь — от точечных петехий до обширных звездчатых кровоизлияний. Самая частая локализация сыпи - ягодицы, бедра, голени, нижняя часть живота, руки. Появление сыпи на лице - прогностически неблагоприятный признак, свидетельствующий о выраженной тяжести болезни, на который необходимо обращать особое внимание.

В ранней стадии болезни может появляться папулезная сыпь, располагающаяся на всей поверхности кожи, которая в течение нескольких часов исчезает или в центре ее возникает петехия. быстро превращающаяся в звездчатую геморрагию. При осмотре больного ребенка обращает на себя внимание резко выраженная бледность кожи и вялость. Клиническая картина болезни нарастает бурно, в течение 1—2 суток с возможным развитием инфекционно-токсического шока (особенно ярко выражен при молниеносной форме менингококкцемии).

Гнойный менингит также начинается остро, с озноба и подъема температуры тела до 39—40°C. Дети старшего возраста жалуются на сильную головную боль распирающего характера без четкой локализации, у маленьких детей отмечаются такие признаки, как беспокойство, плач, пронзительный крик. Одним из ведущих симптомов является гиперестезия на различные раздражители (головная боль усиливается на сильный звук, яркий свет, прикосновение. Характерна повторная или многократная рвота, не связанная с приемом пищи. К концу первых суток появляются и быстро прогрессируют симптомы мышечной ригидности, ребенок вялый, не может сидеть, не опираясь на руки, кожа бледная, пульс учащен, тоны сердца приглушены, артериальное давление с тенденцией к снижению.

Менингоэнцефалит сопровождается двигательным возбуждением, нарушением сознания, судорогами и появлением очаговой симптоматики.

Смешанная форма — **менингит с менингококкцемией** может протекать как с преобладанием клиники менингита и менингоэнцефалита, так и менингококкцемии.

У детей первого года жизни менингококковая инфекция в подавляющем большинстве случаев протекает тяжело. Выражена лихорадка, интоксикация, характерны резкий плач, крик. Сыпь часто появляется в первые сутки и имеет типичное расположение. При менингите одним из начальных симптомов являются судороги. Дети адинамичны, сонливы и беспокойны. Обращает на себя внимание слабая выраженность симптомов мышечной ригидности), но характерны выбухание и напряжение большого родничка, однако, при выраженной рвоте и развитии синдрома церебральной гипотензии выбухание родничка отсутствует, более того, он может быть запавшим, а мышечный тонус сниженным — менингеальные симптомы в этом случае отрицательные. Часто в патологический процесс вовлекается вещество головного мозга и появляются очаговые знаки, свидетельствующие о клинике менингоэнцефалита. Главной особенностью менингококковой инфекции у детей раннего возраста является преобладание общеинфекционной патологии над выраженностью менингеального синдрома.

Лечение. Все больные менингококковой инфекцией или с подозрением на нее немедленно госпитализируются в специализированное отделение. Выбор препарата, продолжительность курса лечения и дозы зависят от тяжести болезни, клинической формы: антибактериальная терапия, дезинтоксикация, кортикостероиды, сердечные средства, противосудорожные средства, дегидратация,. Детям старшего возраста рекомендуется полоскание носоглотки растворами фурациллина, гидрокарбоната натрия и др.

Остаточные явления и осложнения при менингококковой инфекции:

Функциональные нарушения со стороны ЦНС: церебрастенический синдром (у детей раннего возраста проявляется двигательной расторможенностью, эмоциональной неустойчивостью, нарушением сна; у детей старшего возраста наблюдается снижение памяти, повышение утомляемости); вегетососудистые нарушения. Органические осложнения: гипертензионно-гидроцефальный синдром, задержка психомоторного развития, тугоухость, парезы с двигательными нарушениями, эпилептиформный синдром.

При лечении осложнений и остаточных явлений необходимо соблюдение щадящего режима, увеличение продолжительности сна, полноценное питание. Рекомендуются средства, активизирующие мозговой метаболизм. При органическом поражении ЦНС в комплекс восстановительной терапии дополнительно включаются препараты, активизирующие рассасывание воспаления, снижающие внутричерепное давление.

В случае развития двигательных нарушений назначаются: физиолечение — электрофорез, электростимуляция, рефлексотерапия, тренажерные системы, лечебная физкультура.

Профилактика: в системе профилактических мер менингококковой инфекции решающее значение имеет ранняя изоляция больного или бактерионосителя. Больного с менингококкцемией и гнойным менингитом немедленно госпитализируют. Проводят обследование контактных лиц. Важное значение имеют общегигиенические мероприятия (разукрупнение детских коллективов, частое проветривание помещений, обработка предметов обихода хлорсодержащими растворами, ультрафиолетовое облучение воздуха, кипячение игрушек, посуды и т.д.).