

# Клиникоэпидемиологическая характеристика серозных менингитов энтеровирусной этиологии у детей

Т. В. КОМАРОВА, Е. С. ГАСИЛИНА, И. Г. ЯМЩИКОВА, О. А. КИРЕЕВА, Л. Г. КУКЛЕВА  
Самарский государственный медицинский университет, ММУ ГБ № 5, г. Самара.

УДК 616.831.9-002.155-053.2

В 2007 г. в Самарском регионе отмечалась повышенная заболеваемость серозными менингитами, пик подъема пришелся на осенний период (октябрь, ноябрь). Клинические наблюдения за больными с серозными менингитами энтеровирусной этиологии были проведены в специализированном отделении нейроинфекций ГДИБ № 1-ГБ № 5, в которое было госпитализировано 180 детей в основном из г. Самара (161 ребенок). Среди больных преобладали городские дети. Из сельской местности поступило 14 больных, 2 человека было иногородних. Больные поступали из различных школ и детских садов районов города. Заболеваемость во всех детских учреждениях носила спорадический характер. В данный период повышенной заболеваемости серозными менингитами отмечались семейные вспышки: в нескольких семьях заболели двое детей, в одной из семей — четверо детей.

Преобладали пациенты младшего (26,7%) и старшего (32,2%) школьного возраста. Большая часть детей (124 — 68,9%) было госпитализировано в первые три дня заболевания, что свидетельствовало о своевременной диагностике инфекции на догоспитальном этапе. С 3-го по 5-й день от начала болезни были госпитализированы 29 (16,1%), свыше 5-го дня — 27 (15,0%). Поздние сроки госпитализации объяснялись, в основном, несвоевременным обращением к врачу, самолечением и в отдельных случаях отказом от первично предложенной госпитализации. По имеющимся данным у 81% больных в кале были обнаружены недифференцированные энтеровирусы. В ликворе недифференцированные вирусы выделены только у 9% больных. По полученным результатам исследования материала вирусологическим отделением ФГУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии в Самарской области» у большинства детей были выделены вирусы типа ЕСНО: 53% больных были выделены энтеровирусы типа ЕСНО 9, у 21% больных — энтеровирусы типа ЕСНО 6, также выделялись энтеровирусы типа ЕСНО 30. Вирусы типов коксаки: коксаки В5, коксаки В4, коксаки В6 были идентифицированы в меньшем проценте. Начало заболевания в 100% случаев было острым. Все больные, поступившие в стационар, предъявляли жалобы на гипертермию, головную боль, рвоту. Состояние при поступлении расценивалось как тяжелое более чем в половине случаев во всех возрастных группах (53,4 — 66,35%, разность не достоверна,  $p > 0,05$ ). Наиболее частыми симптомами начала заболевания являлись гипертермия, общее беспокойство, головная боль. Повышение температуры до  $39,0^{\circ}\text{C}$  наблюдалось у 70% пациентов, выше — у 30%. Лихорадка держалась в течение 2-3 дней и носила одноволновой характер. Исключение составили 5 больных, у которых в течение

2-3 дней отмечалось улучшение состояния, нормализация температуры, затем ухудшение с повторной гипертермией (двухволновая температурная кривая). Постоянным и ранним симптомом была головная боль. Катаральный синдром наблюдался у 90% детей. Тошнота и рвота (от однократной до многократной), не приносящая облегчения наблюдались у 72,5% больных. Менингеальный синдром в большинстве случаев выявлялся в 1-2 день от начала заболевания, проявлялся ригидностью затылочных мышц (91,4-96,3%), симптомом Кернига (52,7%), симптомом Брудзинского (42,5-53,8%), купировался на 4-5 день. Клинический диагноз ставился только после проведения люмбальной пункции, которая проводилась с разрешения родителей. Плеоцитоз в спинномозговой жидкости у 28,2% детей двузначный (от 30 до 81 кл/мкл), в 69,2% случаев — трехзначный (от 100 до 949 кл/мкл). Четырехзначный цитоз был у 2,6% детей (от 1205 до 2304 кл/мкл). У 9% пациентов в начале заболевания отмечался нейтрофильный цитоз от 52 до 75%. В остальных случаях цитоз носил лимфоцитарный характер. Необходимо отметить, что у пяти больных, несмотря на имеющуюся общемозговую симптоматику, положительные менингеальные знаки при диагностической пункции изменений в цереброспинальной жидкости обнаружено не было. У этих детей в течение 2-3 дней отмечалось улучшение состояния, затем резкое ухудшение (гипертермия, головная боль, рвота, положительные менингеальные знаки). При повторной пункции в ликворе был выявлен 2-3-хзначный лимфоцитарный цитоз. У детей младших возрастных групп в половине случаев уровень белка сохранялся в пределах нормы, в то время как у старших детей он оставался нормальным только в 26,3%. Основным критерием купирования воспалительного процесса в мягких мозговых оболочках головного мозга явилась санация ликвора, которая выявлялась после контрольной люмбальной пункции, проводившейся не ранее 19-20 дней от начала лечения. Заболевание протекало в большинстве случаев в среднетяжелой форме (175 — 97,2%), в тяжелой форме — у пяти больных (2,8%). В ряде случаев нами наблюдалось затяжное течение болезни. Осложнения не наблюдались. Основная масса детей (176 — 97,7%) были выписаны с выздоровлением, с улучшением — четверо детей (2,3%). С улучшением выписывались дети, у которых на фоне проводимого лечения отмечалась стойкая положительная динамика, удовлетворительное самочувствие. Матери этих детей отказались от продолжения лечения в стационаре и проведения контрольной спинномозговой пункции, забрав своих детей на амбулаторное долечивание. Остаточные явления в виде гипертензионно-гидроцефального синдрома отмечались у 2-х детей.