

Г.И. Кожевина, А.В. Краснов, Е.Н. Воронина, А.С. Шестопалова

Кемеровская государственная медицинская академия,
МУЗ Городская клиническая инфекционная больница № 8,
г. Кемерово

МЕНИНГОЭНЦЕФАЛИТЫ КАК ОСЛОЖНЕНИЕ КРАСНУШНОЙ ИНФЕКЦИИ

Краснуха – это инфекционное заболевание с преимущественно легким течением и редко развивающимися осложнениями, наиболее грозным из которых является менингоэнцефалит. Приводятся два клинических случая менингоэнцефалита у детей.

Ключевые слова: краснуха, менингоэнцефалит.

Краснуха — острое вирусное инфекционное заболевание, проявляющееся умеренно выраженными интоксикационным, катаральным синдромами, лимфоаденитом с преимущественным поражением затылочной группы лимфатических узлов и экзантемой. Как правило, краснуха имеет легкое течение, осложнения ее редки. Артрит, как осложнение, чаще наблюдается у взрослых, причем преимущественно у лиц женского пола (6-15 %). Отиты, бронхопневмонии, нефриты, в основном, развиваются у детей. К редким осложнениям относятся тромбоцитопеническая пурпура, связанная с аутоиммунным механизмом с частотой 1 : 3000 случаев краснухи.

Наиболее серьезным осложнением краснушной инфекции является энцефалит, который встречается с частотой 1 : 5000-6000 случаев, менингоэнцефалит — 1 : 4000-13000 случаев.

Энцефалит при краснухе развивается остро, с внезапного расстройства сознания до комы, появления генерализованных тонико-клонических судорог, связанных с развитием отека и набухания мозга. Быстро нарастают полиморфная очаговая симптоматика, гиперкинезы, центральные парезы, поражение черепно-мозговых нервов, мозжечковые и дисэнцефальные нарушения, центральное расстройство дыхания и сердечно-сосудистой деятельности.

Неврологические симптомы чаще возникают на 3-7 день от момента появления первых признаков болезни, когда клинические проявления краснухи уже стихают. Слученкова Л.Д. и Гаспарян М.О. (1980) отмечали, что возникновение энцефалита в ранние сроки обусловлены токсическим воздействием вируса на сосуды головного мозга (токсико-сосудистое поражение), а в поздние — аллергическим отеком головного мозга. Описаны единичные случаи развития краснушного энцефалита без предшествующей экзантемы в эпидочаге (Анджапаридзе О.Г. с соавт., 1972).

До введения в практику вакцинации против краснухи повышение заболеваемости происходило каж-

дую весну, главным образом болели дети школьного возраста, крупные эпидемии наблюдались каждые 6-9 лет. Так, в 1968 году в США было зарегистрировано 18269 случаев краснухи и 30 случаев фетального синдрома этой инфекции.

После того как с 1969 года была начата вакцинация против краснушной инфекции эпидемии прекратились, стали регистрироваться ограниченные вспышки среди восприимчивых лиц, находившихся в тесном контакте с заболевшим.

В нашей стране заболеваемость краснухой стали регистрировать с 1969 года. Так, в Москве заболеваемость с 1969 по 1971 годы колебалась от 105 до 365 на 100 тыс. населения, а в Ленинграде — от 260 до 620. В 2000 году в России краснухой переболели 452668 человек, из них детей до 14 лет — 391461; в 2001 году — 574581, в том числе детей — 479382. Таким образом, в 2000 году заболеваемость составила 310,2, у детей — 1471,4, в 2001 году — 393,7 и 1801,9, соответственно.

По распространенности краснуха уступает лишь гриппу и острым вирусным инфекциям, а по экономическому ущербу занимает одно из ведущих мест. По данным ВОЗ, из всех случаев краснухи, регистрируемых в Европе, 83 % приходится на страны СНГ, из них 57 % — на Россию.

Основной контингент, являющийся «хранилищем очага» данной инфекции — это дети 7-14 лет. Вред, наносимый здоровью нации краснухой, настолько велик, что в конце XX века борьба с этой инфекцией была выдвинута в число первоочередных задач государственного здравоохранения, что нашло отражение в приказе Министерства здравоохранения РФ № 375 от 18.12.1997 года, регламентирующем включение вакцинации против краснушной инфекции в календарь профилактических прививок России.

Согласно этому документу, предусмотрена первичная иммунизация как детей обоего пола на втором году жизни, так и ранее не привитых девочек в возрасте 12 лет. Кроме того, рекомендуется приви-

вать не болевших краснухой женщин фертильного возраста. Особо отмечено, что иммунизация детей против краснухи должна быть «ежегодной, а не одномоментной акцией».

В Кемеровской области в 2003 году зарегистрировано 1430 случаев заболевания краснухой, показатель составил 49,3 на 100 тысяч населения, в 2004 году — 991 случай, заболеваемость — 34,8. В 2005 году в области отмечен резкий подъем заболеваемости краснушной инфекцией, за 9 месяцев зарегистрировано 13300 случаев, рост по сравнению с предыдущим годом в 29 раз.

Под нашим наблюдением находились 165 больных краснухой, проходивших лечение на базе городской инфекционной клинической больницы № 8 города Кемерово (МУЗ ГИКБ № 8). Возраст больных колебался от 11 мес. до 39 лет. Дети до 18 лет составили 43,6 %.

Девочка М., 14 лет, заболела 8 марта — появилась ярко розовая мелкопятнистая сыпь на груди, самочувствие практически не страдало. 9 марта сыпь распространилась по всему телу, температура держалась на цифрах 37,5–37,8°C. Участковым врачом был выставлен диагноз «Краснуха», назначено лечение — витамины, обильное питье, антигистаминные препараты. 11.03 появилась сильная головная боль, сонливость, 3-хкратно рвота, температура тела повысилась до 38,9°C. Госпитализирована в реанимационное отделение нашего стационара в тяжелом состоянии, за счет интоксикации, неврологической симптоматики. Уровень сознания — кома I, периодически возникают эпизоды психомоторного возбуждения. Отмечалось повышение мышечного тонуса в конечностях, сухожильных рефлексов, наличие рефлекса Бабинского с 2-х сторон, кистевого рефлекса Россолимо слева, положительного симптома Кернига — 130 градусов, ригидности затылочных мышц (1,0 см), на болевые раздражители реакция не координированными движениями.

Из анамнеза жизни известно, что росла и развивалась соответственно возрасту. Привита согласно календарю, но против краснухи прививки не имеет. Аллергологический анамнез не отягощен. Хронических заболеваний нет.

Из эпидемиологического анамнеза — в селе, где проживает девочка, и в школе зарегистрированы повторные случаи краснухи.

Параклинически: в общем анализе крови умеренный лейкоцитоз, плазматические клетки, ускорено СОЭ. По ЭКГ ускорен синусовый ритм, повышены потенциалы от левого желудочка, метаболические нарушения обменного характера. Общий анализ мочи в динамике без патологии. В спинномозговой жидкости незначительный плеоцитоз смешанного характера (10 клеток в 1 мкл, 40 % нейтрофилов). ИФА на IgM к краснухе положительна, IgG — 55 МЕ/мл.

На фоне проводимой интенсивной терапии (детоксикационная, гормональная, антибактериальная терапия, десенсибилизирующие и иммуностимулирующие препараты) девочка пришла в сознание на 4-е сутки пребывания в стационаре, но в контакт не

вступала. Взгляд фиксирует, реагирует на голос. Гемодинамика стабильная, не отмечалось стойкое повышение артериального давления. Диурез адекватный.

На 5-е сутки состояние девочки стабильно тяжелое, в сознании, контактна. Артериальное давление на нормальных цифрах. Гемодинамика стабильная.

На 8-е сутки ребенок находился в состоянии средней тяжести, за счет астении и умеренно выраженной интоксикации. Больная была переведена в специализированное неврологическое отделение для коррекции микроочаговой неврологической симптоматики и астенического синдрома. На 15-е сутки девочка выписана с выздоровлением.

Девочка К., 8 лет, заболела 22 мая — температура повысилась до 37,0°C, насморк, кашель, мелкопятнистая сыпь по лицу, телу. 23.05 отмечено нарастание интенсивности и распространенности сыпи, температура тела нормализовалась, катаральный синдром без динамики. Участковым педиатром диагностирована краснуха, назначено лечение — антигистаминные, муколитические средства per os, сосудосуживающие капли в нос. 24 мая самочувствие несколько улучшилось, температура оставалась на субфебрильных цифрах. 25 мая сыпь практически угасла, появилась сильная головная боль, тонико-клонические судороги, потеря сознания.

Госпитализирована в реанимационное отделение МУЗ ГИКБ № 8 города Кемерово в тяжелом состоянии, за счет интоксикации и неврологической симптоматики. Уровень сознания — кома II, тахипноэ (дыхание аритмичное, с участием вспомогательной мускулатуры), тахикардия (тоны сердца приглушены, аритмичные), выраженная ригидность мышц затылка, положительные симптомы Кернига, Брудзинского, брюшные рефлексы отсутствуют, зрачки узкие, зрачковые рефлексы слабо выражены. Лимфоаденопатия умеренно выражена, преимущественно за счет заднешейных лимфоузлов. На коже левого плеча отмечается небольшая петехиальная сыпь. Самостоятельных мочеиспусканий нет, поставлен мочевого катетер.

Из анамнеза жизни известно, что росла и развивалась соответственно возрасту. В 1 год 8 месяцев перенесла ушиб головного мозга, хронических заболеваний не имеет. Аллергологический анамнез не отягощен. Прививки от краснухи не имеет, остальные — по календарю.

Из эпидемиологического анамнеза — карантин по краснухе в школе, которую посещает девочка.

В общем анализе крови ускорено СОЭ, лейкоцитоз, ТЗН, плазматические клетки. Общий анализ мочи при поступлении — микроальбуминурия, удельный вес до 1048, эритроциты до 5 в поле зрения, лейкоциты единичные, в динамике нормализация. В спинномозговой жидкости отмечается умеренный плеоцитоз лимфоцитарного характера (27 клеток в 1 мкл, 10 % нейтрофилов). ИФА на IgM к краснухе положительный, IgG — 28 МЕ/мл. ЭХО ЭГ — смещения срединных структур нет, признаки внутричерепной гипертензии легкой степени.

На фоне проводимой терапии девочка пришла в сознание на 3-и сутки пребывания в стационаре и

на 6-е сутки от момента заболевания, но сохранялась заторможенность. На вопросы отвечала неохотно, тахикардия, тахипноэ менее выражены.

На 6-е сутки пребывания в стационаре показатели частоты дыхания и сердцебиения нормализовались. Ликвор санирован на 7 сутки. На 14 сутки больная переведена в детское психоневрологическое отделение для долечивания по поводу сохранявшейся умеренно выраженной головной боли, слабости. В течение 10 дней остаточные явления астенического синдрома и проявления вегето-сосудистой дистонии у ребенка были купированы. Выписана с выздоровлением.

С учетом того, что развитие осложнений не зависит от тяжести течения заболевания в дебюте, безусловна необходимость совершенствования эпидемиологического надзора за этой инфекцией и проведения активной вакцинопрофилактики с целью снижения заболеваемости и предупреждения таких редких, но очень грозных, осложнений, как менингоэнцефалиты.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Актуальные проблемы краснушной инфекции /Поляков В.Е., Смирнова Т.Н., Казакова С.И. и др. //Педиатрия. – 2004. – № 1. – С. 84-90.
2. Анджапаридзе, О.Г. Краснуха / Анджапаридзе О.Г., Червонский Г.И. – М., 1975. – 104 с.
3. Клинико-иммунологическая характеристика краснухи в Западной Сибири /Е.М. Малкова, И.Д. Петрова, М.А. Смердова А.С. и др. //ЖЭМИ. – 2007. – № 2. – С. 44-48.
4. Краснуха: Симпозиум //Лечащий врач. – 2005. – № 9. – С. 24-26.
5. Лобзин, Ю.В. Менингиты и энцефалиты /Лобзин Ю.В., Пилипенко В.В., Громыко Ю.Н. – СПб., 2003. – 128 с.
6. Нисевич, Л.Л. Краснуха /Нисевич Л.Л. //Детские инфекции. – 2003. – № 2. – С. 54-60.
7. Основные показатели деятельности инфекционной службы области за 2004 год: Информационный бюллетень. – Кемерово, 2005.
7. Петрухин, А.С. Неврология детского возраста /Петрухин А.С. – М., 2004. – 784 с.
8. Проблемы профилактики краснухи в России /А.А. Ясинский, И.В. Михеева, Г.А. Жукова, И.Н. Лыткина //Детские инфекции. – 2004. – № 2. – С. 11-13.
10. Резолюция 3-го конгресса педиатров-инфекционистов России «Актуальные вопросы инфекционной патологии у детей». Инфекции и иммунитет. Москва 8-10 декабря 2004 года //Детские инфекции. – 2005. – № 1. – С. 4-5.
11. Юминова, Н.В. Диагностика краснухи в Российской Федерации /Юминова, Н.В. //Вакцинация. Информационный бюллетень. – 2004. – № 6(36). – С. 7.

* * *

ЛОЖКА МЕДА НА НОЧЬ ЛУЧШЕ ВСЕХ ЛЕКАРСТВ ПРЕДОТВРАТИТ КАШЕЛЬ У ДЕТЕЙ

Ложка меда каждую ночь любого лекарства поможет справиться с приступами кашля у детей младше 6 лет, а также обеспечит им более здоровый сон. К такому выводу пришла группа американских ученых из медицинского колледжа Пенсильванского университета, результаты их работы появятся в декабрьском выпуске журнала "Архив педиатрии и подростковой медицины".

Мед, говорится в исследовании, в отличие от всех разработанных на сегодняшний день лекарственных препаратов, действует сразу по трем направлениям: он обволакивает, смягчает и снижает раздражение в горле одновременно.

Однако в то же время ученые отмечают, что мед ни в коем случае нельзя давать детям, не достигшим возраста в 1 год, поскольку это может привести к развитию в неокрепшем организме ботулизма - острой инфекционной кишечной болезни.

"Многие семьи теперь наверняка скажут, что их бабушка была права", - отмечает глава исследования доктор Иэн Пол. Он, в частности, проинформировал, что уже сегодня успевшие ознакомиться с работой специалисты заявили о своем намерении впредь давать родителям совет лечить своих детей именно медом, а не какими-либо микстурами и сиропами против кашля из аптеки.

В исследовании приняли участие 105 детей в возрасте до 6 лет с инфекциями верхних дыхательных путей, отмечает ИТАР-ТАСС.

Источник: NEWSru.com