

Е. Е. Слижевская, О. В. Купцевич
**ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНОЙ ДИАГНОСТИКИ
МЕНИНГИТОВ ГЕМОФИЛЬНОЙ ЭТИОЛОГИИ**

Научный руководитель канд. мед. наук, доц. А. А. Астапов

Кафедра детских инфекционных болезней

Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск

***Резюме.** Гемофильная инфекция является одной из важных проблем для здравоохранения Республики Беларусь. Выделение гемофильной палочки из цереброспинальной жидкости является золотым стандартом для диагностики и лечения гнойных менингитов.*

***Ключевые слова:** гемофильная палочка, гнойный менингит, дети.*

***Resume.** Infection caused by HIB is a principal problem for public health in the Republic of Belarus. Detection *H. influenzae* from cerebrospinal fluid or blood is a gold standard for diagnostics and treatment of purulent meningitis.*

***Keywords:** *Haemophilus influenzae*; purulent meningitis; children.*

Актуальность. Гемофильная палочка является одним из основных возбудителей гнойных менингитов и в структуре заболеваемости в Республике Беларусь занимает 3 место после менингококка и пневмококка. Выделение возбудителя менингита из ликвора или крови является золотым стандартом для

диагностики и лечения гнойных менингитов. При бактериологическом методе исследования представляется возможным не только уточнение этиологии заболевания, но и определение чувствительности возбудителя к антибиотикам.

Цель: оценить клинико-лабораторные показатели у детей с верифицированными гнойными менингитами гемофильной этиологии различных возрастных групп.

Материал и методы. Ретроспективно были проанализированы 42 истории болезни пациентов, лечившихся по поводу гнойного менингита гемофильной этиологии в УЗ "ГДИКБ" г. Минска с 1998 по 2014 г.

Результаты и их обсуждение. При анализе клинического течения гнойного менингита гемофильной этиологии установлено, что несколько чаще болели лица мужского пола (55,0±7,7%). Заболеваемость в возрасте до 3 лет наблюдалась у 59,5±7,7% пациентов, реже в возрасте от 3 до 14 лет (40,5±7,4%). Сезонности заболевания не отмечено. Наибольшее число пациентов поступило в стационар на 2 сутки болезни (52,0±7,7%). Направительный диагноз ОРВИ был выставлен у 42,8±7,7% пациентов, подозрение на менингит – 40,5±6,4%. При поступлении диагноз нейроинфекции был выставлен у 88,0±5,0% пациентов. Заключительный диагноз нейроинфекции гемофильной этиологии был подтвержден бактериологически у 100% пациентов. Основными клиническими симптомами были фебрильная температура (у 100% пациентов), рвота (80,1±6,3%), вялость (45,2±7,7%), головная боль (37,9±6,8%), геморрагическая сыпь (11,9±5,0%), судороги (11,9±4,6%). Менингеальные симптомы были резко выражены у 30,1±7,0% пациентов. Средняя длительность пребывания пациентов в стационаре составила 24 дня (в т.ч. в ОИТР 8 дней). Для этиологической расшифровки менингитов использовались общеклинические методы (общий и биохимический анализ крови и мочи) и набор микробиологических методов обследования: посев ликвора и крови на питательные среды для выделения возбудителя менингита; бактериоскопия ликвора и крови, и у отдельных пациентов (10%) – ПЦР ликвора. Общий анализ крови определялся исходя из нормы возрастных показателей. В первые сутки болезни у 13 пациентов (30,9±7,1%) отмечалось снижение количества эритроцитов, а у 29 (69,1±7,1%) – нормальные значения эритроцитов. Снижение гемоглобина отмечалось только у 3 пациентов (7,1±3,9%). Лейкоцитоз отмечался у 21 (50±7,7%) пациента, нормальные значения лейкоцитов – у 14 (33,3±7,3%) пациентов, лейкопения – у 7 (16,7±5,8%) пациентов. Увеличение СОЭ отмечалось у 37 детей (88,1±4,9%). Число тромбоцитов соответствовало норме у 33 (82,5±5,9%) пациентов, у 6 (15±5,5%) человек – тромбоцитопения и только у 1 (2,5±2,4%) – тромбоцитоз. Исследование ликвора показало, что цитоз до $1000 \times 10^6/\text{л}$ наблюдался у 2 человек (4,9±3,4%), $1000-5000 \times 10^6/\text{л}$ – у 20 (48,8±7,8%), более $5000 \times 10^6/\text{л}$ у 19 (46,3±7,8%). В первые сутки болезни наблюдался исключительно нейтрофильный цитоз у 35 пациентов (85,4±5,5%) и преобладание нейтрофилов у 6 (14,6±5,5%) пациентов.

Содержание ионов хлора определялось у 33 пациентов. У 5 ($15,2 \pm 6,2\%$) из них количество ионов соответствовало норме (120-128 ммоль/л), у 28 ($84,8 \pm 6,2\%$) – ниже нормы. Уровень глюкозы определялся у 40 пациентов. У 13 человек ($32,5 \pm 7,4\%$) он соответствовал норме (2,5-3,5 ммоль/л), у 20 ($50 \pm 7,9\%$) был снижен, у 7 ($17,5 \pm 6,0\%$) – выше 3,5 ммоль/л. У 39 пациентов ($95,1 \pm 3,4\%$) уровень белка в ликворе был выше нормальных значений и только у 2 ($4,9 \pm 3,4\%$) пациентов он соответствовал норме (0,2-0,4 г/л). При бактериоскопическом исследовании ликвора бактериальная флора была обнаружена у $87,5 \pm 5,4\%$ пациентов в виде грамотрицательных палочек неправильной формы, а при исследовании "толстой капли" крови только у $40,0 \pm 7,4\%$. В результате бактериологического исследования ликвора гемофильная палочка была выявлена у 100% пациентов, при посеве крови – у $67,6 \pm 7,3\%$. У 10 ($23,8 \pm 6,6\%$) выделенных гемофильных палочек определена чувствительность к антибиотикам. Установлено, что 69% были чувствительны к цефалоспорином 3 поколения, и 20% резистентны к антибиотикам данной группы. В качестве резервных антибиотиков для лечения пациентов с гемофильными менингитами можно использовать меропенем (определена чувствительность у 7 культур, все чувствительные), а также левомецитин-сукцинат (5 чувствительных культур из 5). Лечение проводилось следующими антибиотиками: цефтриаксон (у 50% пациентов), цефотаксим (36%). Стартовое лечение цефалоспорином 3 поколения было эффективным у 29 ($69,0 \pm 7,1\%$) пациентов. В связи с отсутствием эффекта от стартового лечения у 13 (31%) пациентов, была проведена смена этиотропного лечения на меропенем у 7 (53%) пациентов, амикацин – у 3 (23%), левомецитин – у 2 (16%), линезолид – у 1 (8%). Лечение было эффективно у 41 пациента, что составило 98%. Летальность составила 2% (умер 1 ребенок, т.к. выделенная от него гемофильная палочка была устойчива к цефтриаксону, которым проводилось лечение).

Выводы:

1. Заболеваемость гнойными менингитами/менингоэнцефалитами гемофильной этиологии чаще наблюдается в возрасте до 3 лет.
2. Ведущими клиническими симптомами являются фебрильная температура, рвота, вялость, головная боль, судороги, очаговая симптоматика. Определение менингеальных симптомов часто затруднено.
3. Бактериоскопическое исследование ликвора и крови позволяет предположить гемофильную инфекцию в первые сутки болезни, т.к. обнаруженные возбудители представляют собой грамотрицательные палочки.
4. Определение чувствительности гемофильной палочки к антибиотикам подтверждает целесообразность использования цефалоспоринов 3 поколения, в качестве резервного антибиотика – меропенем.

E. E. Slizheuskaya, O. V. Kuptsevich

THE FEATURES OF CLINICAL AND LABORATORY DIAGNOSTIC OF

PURULENT MENINGITIS CAUSED BY HAEMOPHILUS INFLUENZAE TYPE B

*Tutor Associate professor A. A. Astapov
Department of Children's Infectious Diseases
Belarusian state medical university, Minsk*

Литература

1. Актуальные проблемы менингококковой инфекции и гнойных бактериальных менингитов / И.С.Королева [и др.] // Эпидемиология и вакцинопрофилактика. – 2009. – № 1. – С. 5-8.
2. Боронина, Л.Г. Антибиотикорезистентность штаммов *H. Influenzae*, выделенных в Екатеринбурге в 2000-2005 гг. у детей с инфекцией различной локализации / Л.Г. Боронина, С.М. Блинов // Клинич.микробиология и антимикроб. химиотерапия. – 2007. – Т.9, № 2. – С. 187-192.
3. Клиника, диагностика и лечение *Hib*-менингита у детей / Ю.Я. Венгеров [и др.] // Инфекц. болезни. – 2007. - № 4. – С.32-36.
4. Магер И.Н., Фисенко Е.Г. и др. // Эпидемиол. и инфекц. болезни. – 2005. – № 3, с. 33-36.