

М.Л. Волошина, К.С. Савенок
**СОВРЕМЕННЫЕ КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ
ОСТРЫХ ГНОЙНЫХ МЕНИНГИТОВ У НОВОРОЖДЁННЫХ**

*Научный руководитель: канд. мед. наук, проф. А.А. Устинович
2-ая кафедра детских болезней*

Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск

M.L. Voloshina, K.S. Savenok
**MODERN CLINICAL AND LABORATORY FEATURES
OF ACUTE PURULENT MENINGITIS IN NEWBORNS**

*Tutor: PhD, associate professor A.A. Ustinovich
2-nd Department of Children's Diseases
Belarusian State Medical University, Minsk*

Резюме. Проведен ретроспективный анализ медицинских карт стационарного пациента (форма № 003/у) в УЗ «3-я ГДКБ» с диагностированным менингитом. Установлено, что основным возбудителем данной патологии в исследуемых случаях является стрептококк группы В - Streptococcus Agalactiae. Стартовой антибактериальной терапией бактериального менингита в УЗ «3-я ГДКБ» в настоящее время является комбинация ванкомицина и меропенема.

Ключевые слова: новорожденный, менингит, возбудитель, меропенем, ванкомицин.

Resume. A retrospective analysis of the medical records of an inpatient (form No. 003/y) of in the 3rd City Clinical Hospital with diagnosed meningitis was carried out. It was established that the main causative agent is group B streptococcus and Streptococcus Agalactiae The initial antibiotic therapy for bacterial meningitis is currently the combination of vancomycin and meropenem.

Keywords: neonatal, meningitis, meropenem, causative agent, vancomycin.

Актуальность. Бактериальный менингит является одним из наиболее тяжёлых поражений центральной нервной системы у новорождённых, который может быстро привести к летальному исходу при неадекватной тактике лечения. Успехи неонатологии в лечении гнойно-воспалительных заболеваний очевидны. Вместе с тем частота развития острых гнойных менингитов сохраняет тенденцию к росту, что обуславливает актуальность ее дальнейшего изучения.

Цель: дать характеристику этиологической структуре менингитов новорожденных, структуре преморбидной и коморбидной патологии, клинико-лабораторным особенностям их течения и проанализировать современные подходы к лечению данной патологии.

Задачи:

1. Оценить структуру преморбидной и коморбидной патологии.
2. Исследовать клинико-лабораторные особенности течения менингитов у новорождённых детей.
3. Охарактеризовать этиологическую структуру менингитов у данной группы пациентов.
4. Изучить современные подходы к лечению данной патологии.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ медицинских карт стационарного пациента (форма № 003/у) с диагностированным менингитом,

находившихся на лечении в УЗ «3-я ГДКБ». Возраст госпитализированных составил от 1 до 28 дней, масса тела при рождении от 1700 до 3650 г., недоношенных – 6,25%.

Результаты и их обсуждение. В большинстве случаев (62,5%), в исследуемой группе пациентов, менингит развивался как пиемический очаг септического процесса. При анализе преморбидных состояний выявлено, что в УЗ «3-ая ГДКБ» менингит чаще развивался на фоне внутриутробной инфекции (25%). Из неинфекционной патологии выявлен высокий процент врождённых пороков развития (87,05%).

При изучении структуры коморбидных патологий установлено наличие других очагов инфекции: инфекционное поражение органов мочевой системы (68,75%), инфекции верхних дыхательных путей (43,75%), омфалит (31,25%), пневмония (18,75%).

Менингит сопровождался такими клиническими проявлениями как нарушения нервной системы (37,5%), синдром полиорганной недостаточности (25%), ДВС-синдром и геморрагический синдром (31,25%), отёком головного мозга (18,75%), синдромом эндогенной интоксикации (18,75%), острой дыхательной недостаточностью (37,5%). Развитие дыхательной недостаточности у 18,75% новорождённых стало показанием к переводу их на искусственную вентиляцию лёгких. Эти факторы обуславливали тяжесть течения заболевания, вместе с тем, длительность и сложность лечения.

Только у 37,5% детей микробиологический мониторинг спинномозговой жидкости позволил идентифицировать возбудителя. Наиболее частый: стрептококк группы В – Str. Agalactiae. При исследовании других локусов чаще встречающейся флорой были: 1) с конъюнктивы глаз – St. Epidermidis, St. Aureus; 2) из отделяемого ушей – St. Epidermidis; 3) из крови – Str. Agalactiae; 4) из отделяемого пупка – St. Aureus.

Табл.1. Микробиологический мониторинг.

	Escherichia coli	St. epidermidis	St. haemolyticus	St. aureus	Mikrooccus	Str. agalactiae
Кровь	+	+	+		++	++++
Ликвор		+	+			+++
Ухо		++++		++		+
Глаз		++++	+	++++		+
Пупок	+	+++		++		+

Анализ результатов исследования ликвора при первой диагностической люмбальной пункции выявил, что цитоз колебался от 31 до $19300 \cdot 10^6/\text{л}$, в среднем составил $6234,4 \cdot 10^6/\text{л}$.

Результаты лабораторных исследований выявили такие маркёры воспаления как лейкоцитоз (среднее значение показателя $23,68 \cdot 10^9/\text{л}$) и повышение С-реактивного белка (среднее значение показателя 87,53 мг/л).

Мы попытались оценить влияние инфекции на уровень гемоглобина и эритроцитов. По нашим данным процент детей с диагностированной анемией составил 60%. Из них 93,75% поступили без анемии, но на фоне течения основного заболевания у них развилась анемия, в среднем на 14 сутки. У остальных анемия диагностировалась при поступлении, все эти дети являлись недоношенными. У таких детей анемия носит распространённый характер, так как это связано с незавершённым к моменту рождения онтогенезом.

При анализе стартовой этиотропной терапии установлено, что пациентам применялось два подхода к лечению: монотерапия и комбинированная терапия.

У пациентов с монотерапией (25%) стартовым антибиотиком чаще был цефотаксим, средняя продолжительность монотерапии составила 2 суток. В последующем детей переводили на комбинированную терапию – ванкомицином и меропенемом. У данной группы пациентов средняя продолжительность лечения составила 30 суток.

В большинстве случаев предпочтение было отдано комбинированной терапии (75%). Чаще применялась комбинация ванкомицина и меропенема (58,3%), средняя длительность стартовой терапии составила 12 суток. Также применялась комбинация других антибиотиков: цефатоксим (валоран) и ванкомицин (эдицин), амоксициллин и клавулановая кислота (амоксиклав) и амикацин, амоксициллин и клавулановая кислота (амклав) и амикацин, цефотаксим и амикацин, средняя длительность данных стартовых комбинаций составила 4 суток, а потом пациентов переводили на меропенем и ванкомицин. Средняя длительность комбинированной терапии составила 29 суток.

Оценив полученные данные, можно сделать вывод о том, что в УЗ «3-ая ГДКБ» чаще применяется стартовая комбинированная терапия ванкомицином и меропенемом для лечения острых гнойных менингитов новорожденных.

Выводы:

1. Низкая частота верификации возбудителей менингитов у новорожденных, диктует необходимость использования более чувствительных методов бактериологической диагностики спинномозговой жидкости, а также, динамического мониторинга результатов бактериологического исследования крови и посевов из всех возможных локусов инфекции у детей.

2. В 62,5% случаев острый гнойный менингит являлся пиемическим очагом неонатального сепсиса, что следует учитывать при проведении комплекса лечебно-диагностических мероприятий.

3. Стартовой антибактериальной терапией лечения бактериального менингита в УЗ «3-ая ГДКБ», в настоящее время, является комбинация ванкомицина и меропенема.

Литература

1. Бактериальные менингиты у новорождённых детей: учеб.-метод. пособие / В.А. Прилуцкая. – Минск: БГМУ, 2011. – 78с.
2. Шабалов Н.П. Неонатология: учеб. пособие: в 2 т. / Н.П. Шабалов. – 5-е изд., испр. и доп. – М.: МЕДпресс-информ, 2009. Том 2. – 2009. – 768с.
3. Инфекционные болезни и эпидемиология. Учебник / Под ред. В.И.Покровского. -. М.:ГЭОТАР – Медиа, 2009. – 814с. 3.
4. Падейская Е.Н. Антимикробные препараты для лечения гнойных бактериальных менингитов. РМЖ, 1998; 6(22):1416-26.
5. Острые нейроинфекции у детей. Под ред. А.П. Зинченко., Медицина, 1986.