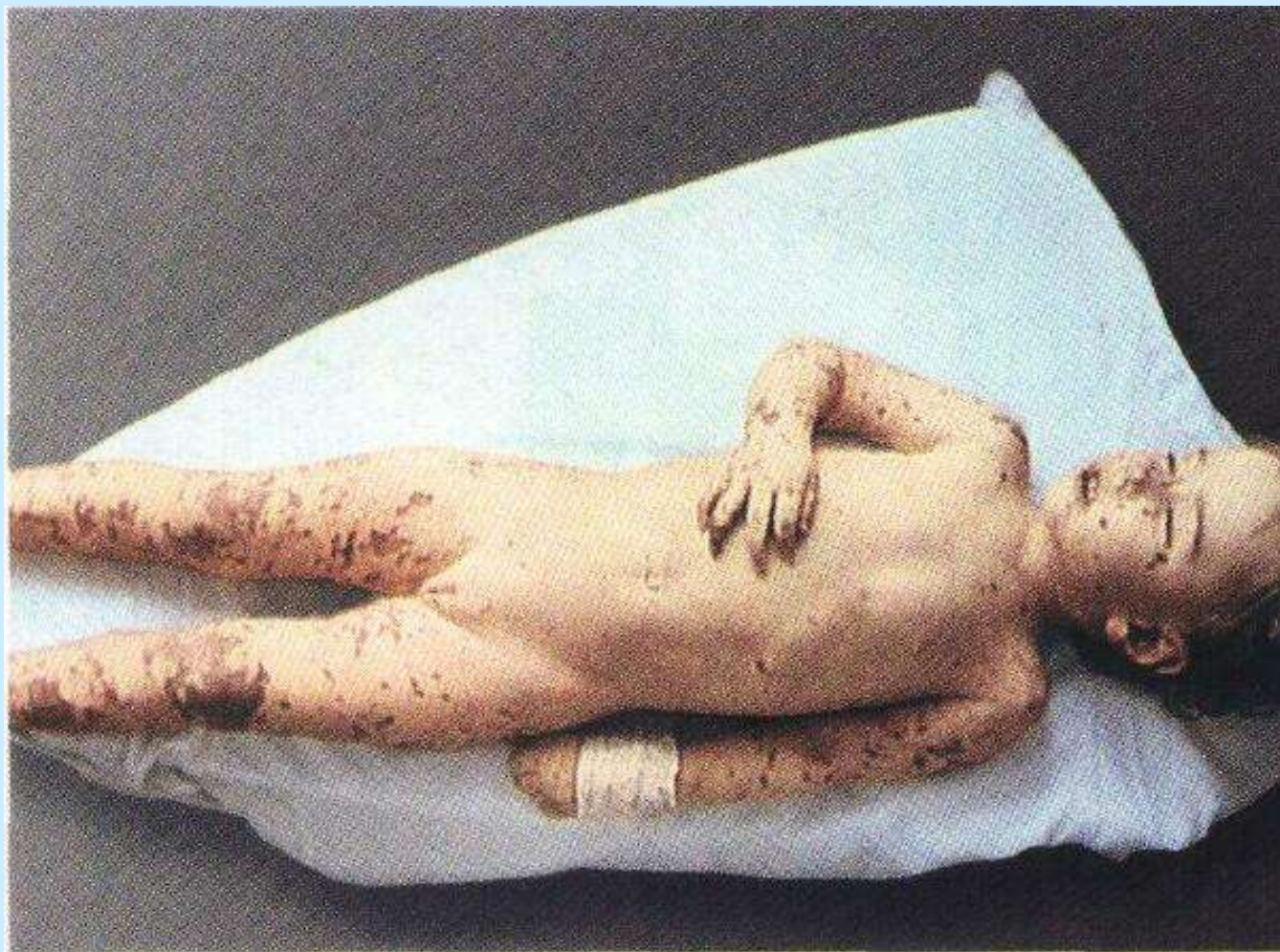


Менингококковая инфекция у детей

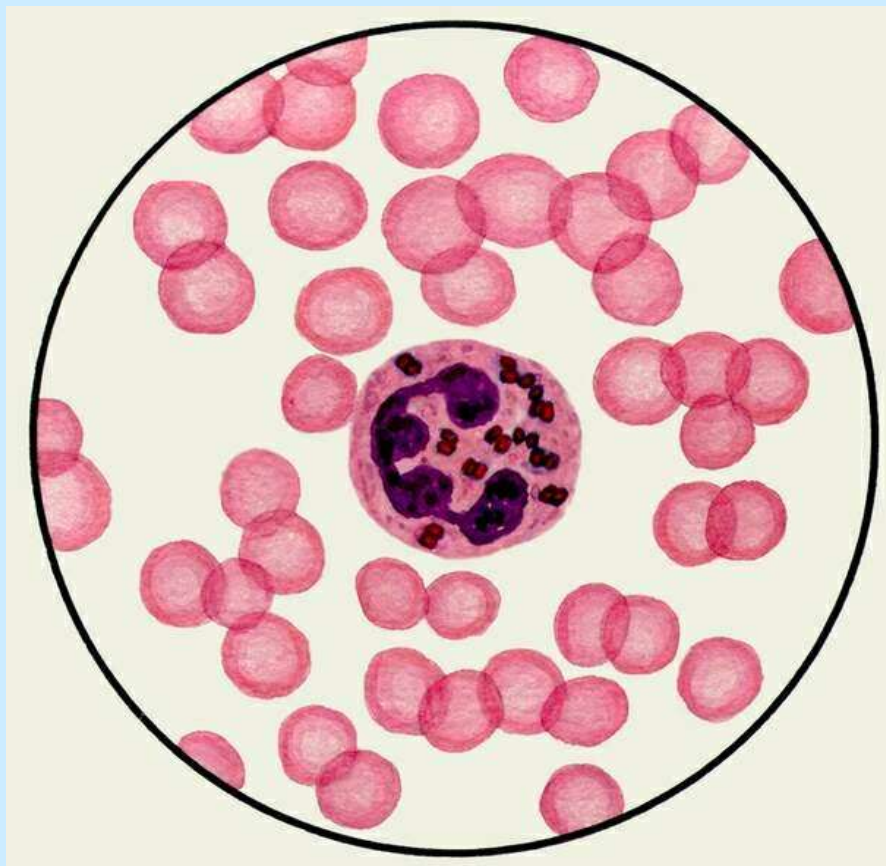
МЕНИНГОКОККОВАЯ ИНФЕКЦИЯ – острая бактериальная инфекция, вызываемая менингококком, характеризующаяся выраженным полиморфизмом клинических форм, частым развитием тяжелых осложнений, нередко приводящих к гибели больного.



ЭТИОЛОГИЯ

Возбудитель менингококковой инфекции – *Neisseria meningitidis*.

Располагается парами в виде кофейных зерен вне- и внутриклеточно. Обладает эндотоксином. Различают 13 серотипов А, В, С, D, X, W-135. Хорошо растет на средах, содержащих нативный белок (кровь, сыворотка, молоко, желток, гидролизат мяса). Оптимальная температура роста 37 С



Менингококки в цитоплазме нейтрофильного лейкоцита у больного с тяжелой генерализованной формой менингококковой инфекции

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

- **Менингококковая инфекция** – типичный антропоноз.
- **Источник инфекции** - больной или бактерионоситель.
- **Длительность носительства** - 2-3 недели
- **Механизм передачи инфекции** - воздушно-капельный.
- **Индекс контагиозности** – 10-15%.
- **Подъемы заболеваемости** каждые 8-30 лет.
- **Сезонность** - зимне-весенняя.
- **Летальность** - 6-10%.
- **Летальность при ИТШ 3 степени** - 50-70% и более.

ПАТОГЕНЕЗ

- **Входные ворота** - слизистые носоглотки и ротоглотки.
- В 80-85% - «**здоровое носительство**».
- В 10-15% – **менингококковый назофарингит**.
- В 1-2% – **менингококкемия** (менингококковый сепсис).
- Прорыв гематоэнцефалического барьера – **гнойный менингит или менингоэнцефалит**.

- **Факторы патогенеза:** возбудитель, эндотоксин и аллергизирующая субстанция.
- **Бактериемия** – распад менингококков – **эндотоксин** – эндотелий сосудов – расстройство микроциркуляции.
- БАВ (катехоламины, серотонин, гистамин) - активируют систему фактора Хагемана – калликреин-кининовую, свертывающую, фибринолитическую.
- **Гиперкоагуляция** - бактериальные тромбы в сосудах (**тромбогеморрагический синдром**).
- **Гипокоагуляция** - **кровοизлияния** в кожу, внутренние органы - надпочечники, головной мозг, миокард, кишечник и др.
- Активизация ренин-ангиотензиновой системы - спазм мелких артерий, централизация кровообращения - **нарушение микроциркуляции**.
- **В исходе:** острая надпочечниковая, почечная, сердечно-сосудистая, дыхательная недостаточность. Отек-набухание мозга.
- **Аллергизирующая субстанция менингококка** - гиперсенсibilизация - изменение реактивности организма.

КЛАССИФИКАЦИЯ МЕНИНГОКОККОВОЙ ИНФЕКЦИИ (В.И.Покровский, 1976)

Клинические формы	Тяжесть	Течение	Осложнения
<p>1. Типичные</p> <p>а) локализованные назофарингит носительство</p> <p>б) генерализованные менингококцемия гнойный менингит менингоэнцефалит</p> <p>смешанная форма</p> <p>редкие формы эндокардит артрит иридоциклит пневмония</p> <p>2. Атипичные субклиническая абортивная серозный менингит</p>	<p>Легкая</p> <p>Средне-тяжелая</p> <p>Тяжелая</p>	<p>Острое</p> <p>Затяжное</p> <p>Хроническое</p>	<p>1. Специфические отек головного мозга - ИТШ - гидроцефалия, - острая почечная недостаточность - ДВС-синдром</p> <p>2. Неспецифические пневмония пиодермия микстинфекция и др.</p>

МЕНИНГОКОККОВЫЙ НАЗОФАРИНГИТ

- Частота - до 80% всех манифестных форм.
- **Клиническая картина:** острое начало, заложенность носа, легкий насморк, першение в горле, боли при глотании.
- При тяжелых формах – головная боль, головокружение, боли в мышцах, гиперестезия, адинамия, бледность кожи лица.
- **В ротоглотке** - легкая гиперемия миндалин, мягкого неба, небных дужек. Но ярко гиперемированы верхние отделы задней стенки глотки, покрыты гиперплазированными лимфоидными фолликулами.
- **Течение** - благоприятное, температура нормализуется через 1-4 дня. Клиническое выздоровление на 5-7 день.
- В 30-40% случаев назофарингит предшествует развитию генерализованных форм.

ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ МЕНИНГОКОКЦЕМИИ (без ИТШ)

Частота - 18-30% всех генерализованных форм.

Клиническая симптоматика:

острое начало,

температура 39,5-40, озноб,

головная боль,

возможна рвота,

нарастание симптомов в течение 1-2 дней.

Основной признак - *звездчатая геморрагическая сыпь*, с некрозом в центре, возникающая на 1-2 день болезни.



Излюбленная локализация сыпи – ягодицы, бедра, голени.



Распространение сыпи на туловище, руки, лицо - крайне тяжелые формы заболевания.



Синюшно-лиловые, сливающиеся между собой пятна, напоминающие трупные - молниеносные формы заболевания



В местах обширных поражений некрозы отторгаются с образованием дефектов мягких тканей. Возможно развитие гангрены ногтевых фаланг, кистей, стоп с ампутацией последних.



Помимо поражения кожи могут наблюдаться кровоизлияния в мозг, склеры, слизистые, носовые, желудочные, почечные кровотечения

- **Могут поражаться: суставы** пальцев, реже коленный, тазобедренный, плечевой
- **Оболочки глаза – иридоциклит, увеит**
- **Могут развиваться:**
- **Плевриты, пиелиты, флебиты**
- **гнойные поражения печени**
- **эндо-, мио-, и перикардиты**
- **Очаговый гломерулонефрит**

МЕНИНГОКОККОВЫЙ МЕНИНГИТ

- Частота - 10-25% всех больных.
- **Клиническая симптоматика:** температура 39-40 С, озноб, резко выраженная головная боль, повторная рвота, гиперестезия.
- **Менингеальные симптомы** - 1-3 день.
Ригидность мышц затылка, симптом Брудзинского верхний, несколько реже симптом Кернига, симптом Брудзинского нижний.
- **У детей 1-го года жизни** - симптом “подвешивания” (Лессажа), тремор рук, напряжение и пульсация большого родничка, а также запрокидывание головы, вследствие чего ребенок принимает характерную позу: голова запрокинута, ноги согнуты в коленях, подтянуты к животу.
- **Ликвор** - под давлением, цвета разведенного молока, клеточно-белковая диссоциация, нейтрофильный плеоцитоз ($1000-5000 \cdot 10^6$ в 6/л, умеренное повышение содержания белка (до 1 г/л).

Характерная поза ребенка с МЕНИНГИТОМ



Менингококковый менингоэнцефалит

двигательное возбуждение,
нарушение сознания,
судороги общие и локальные,
поражение черепно-мозговых нервов –
III, VI, V, VIII пар, реже – других.
Возможны гемипарезы, мозжечковая
атаксия.
Длительность – 4-6 нед.

Молниеносные формы менингококковой инфекции

- **Инфекционно-токсический шок (ИТШ) и отек головного мозга (ОГМ).**
- **Патогенез:** массивная бактериемия и токсинемия - срыв адаптационных механизмов (нейроэндокринные, гомеостатические, метаболические) и гибель больного.
- **Клиническая картина:** бурное начало, температура 40 С, озноб, острая сердечно-сосудистая недостаточность.
- Бледность, затем цианоз кожных покровов, «мраморный» рисунок, затем «фиолетовые» трупные пятна.
- Рвота «кофейной» гущей.
- АД снижается, тахикардия, олигурия.
- Обморочное состояние, прострация, двигательное возбуждение, судороги.
- Смерть может наступить в течение 8-24 часов от начала заболевания

ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ МЕНИНГОКОКЦЕМИИ С ИТШ I СТЕПЕНИ (фаза теплой нормотонии)

- острейшее начало
- резкий подъем температуры до 38,5-39,5 и выше
- температура плохо снижается после введения жаропонижающих средств
- выраженная интоксикация
- сознание ясное, может быть психомоторное возбуждения
- резкая бледность кожи, холодные конечности
- появление геморрагической сыпи в первые сутки
- элементы сыпи мелкие, быстро подсыпают и увеличиваются в размерах
- АД нормальное или повышено
- тахикардия, тахипноэ соответствуют температуре тела
- тенденция к олигурии
- ДВС-синдром I степени (гиперкоагуляция)

ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ МЕНИНГОКОКЦЕМИИ С ИТШ II СТЕПЕНИ (фаза теплой гипотонии)

- температура тела 39,5-40,5 С
- сознание нарушено (сомналентность, сопор)
- кожа бледная, с сероватым оттенком, холодная, акроцианоз
- симптомом «белого пятна»
- геморрагическая сыпь крупная, обильная, «звездчатая», с некрозами в центре
- снижение АД (систолического) до 70 мм рт. ст.
- тахикардия, тахипноэ не соответствуют температуре тела
- олигурия
- ДВС-синдром II степени (кровоизлияния, кровотечения)

ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ МЕНИНГОКОКЦЕМИИ С ИТШ III СТЕПЕНИ (фаза холодной гипотонии)

- гипотермия
- сознание отсутствует (кома I-II)
- генерализованные судороги
- симптомом «белого пятна» более 10 сек
- геморрагическая сыпь по всему телу, крупная, обильная, сливная, с обширными некрозами
- снижение АД (систолического) ниже 70 мм рт. ст.
- резко выражена тахикардия, аритмия, пульс нитевидный
- резко выражено тахипноэ, патологическое дыхание
- анурия
- ДВС-синдром III степени (фибринолиз, множественные кровоизлияния, кровотечения)
- Полиорганная недостаточность

ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ ОТЕКА ГОЛОВНОГО МОЗГА

- Психомоторное возбуждение
- Расстройство сознания
- Сильнейшая головная боль
- Повторная рвота
- Общие тонико-клонические судороги
- Гипертермия
- Лицо гиперемировано, затем цианотично, зрачки сужены, реакция на свет вялая
- Брадикардия
- Одышка, аритмия дыхания

ПРИЗНАКИ НЕБЛАГОПРИЯТНОГО ИСХОДА

Ранний возраст ребенка.

Стремительное распространение геморрагической сыпи и ее сливной характер

Преимущественное расположение сыпи на лице и туловище

Падение давления

Гипотермия

Отсутствие менингита

Отсутствие лейкоцитоза в крови

Тромбоцитопения



ОСЛОЖНЕНИЯ

Ранние специфические осложнения

- инфекционно-токсический шок
- отек головного мозга
- ДВС-синдром
- острая почечная недостаточность
- эпендиматит, венитрит

Поздние специфические осложнения

- нарушения интеллекта
- гипертензионный синдром, гидроцефалия
- эпилептический синдром
- параличи и парезы
- некрозы кожи и подкожной клетчатки
- эндокринные нарушения (несахарный диабет, диэнцефальное ожирение)
- нарушения слуха

Неспецифические осложнения

- вирусно-бактериальная суперинфекция (пневмония, пиодермия, отит, инфекция мочевыводящих путей)

ОСОБЕННОСТИ У ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ

- Менингеальный симптом неполный, либо отсутствует.
- Основными менингеальными знаками являются: запрокидывание головы, выбухание и пульсация большого родничка, симптом Мейтуса («посадки»), Лессажа, ригидность мышц затылка, «мозговой» крик, гиперестезия.
- Начало заболевания сопровождается психомоторным возбуждением, нарушением сна.
- Часто возникают тремор, судорожная готовность, клонико-тонические судороги.

ЛАБОРАТОРНАЯ ДИАГНОСТИКА

- **Специфические методы**
- **Бактериологический** - высеив менингококка из глоточной слизи, крови, ликвора, соскоба некротизированных участков кожи. Окончательный результат через 3 дня.
- **Бактериоскопический** – обнаружение менингококка в мазке глоточной слизи и «толстой капле» крови.
- **Экспресс-методы** – обнаружение антигена менингококка в материале с последующим серотипированием (РНГА, РЛА)
- **Серологический** – парные сыворотки, методы РНГА, ИФА.
- **Иммунологические методы** ВИЭФ, ИФА, ПЦР позволяют определять токсин в крови, ликворе, синовиальной жидкости, РИФ – бактериальных клеток.
- **Неспецифические методы**
- В клиническом анализе крови – лейкоцитоз с нейтрофильным сдвигом, повышенная СОЭ, в коагулограмме – увеличение времени свертывания крови, снижение количества тромбоцитов, протромбина, фибриногена.

ЛЕЧЕНИЕ НАЗОФАРИНГИТА

- Режим полупостельный
- Обильное питье
- Антибиотики через рот, рифампицин
- Полоскание носоглотки растворами антисептиков (фурациллин, гексорал и др.)
- Жаропонижающие средства

Лечение генерализованных форм на догоспитальном этапе

- Должно начинаться сразу после установления диагноза, т. е. на дому.

Немедленное введение на дому с последующей госпитализацией

Преднизолона 2мг\кг в\м или в\в

Введение литической смеси:

**Анальгин 50% - 0,1 мл/год жизни, Папаверин
1% - 0,3 мл/год жизни Новокаин 0,25% -1,0 мл**

Симптоматическая терапия

Этиотропная терапия

- n 1. При быстрой (до 1 часа) госпитализации больного в стационар от введения а\б следует отказаться.
- 2. При длительной транспортировке без ИТШ или при налаженной противошоковой терапии- введение левомицетина сукцината в разовой дозе 25мг\кг

Алгоритм этиотропной терапии

1. При отсутствии геморрагической сыпи и ИТШ

Пенициллин – 300 тыс. ед./ кг / массы тела/сут на 6 инъекций до 5-10 дней

2. При наличии геморрагической сыпи

Левомецетина сукцинат – 80-100 ед. / кг / массы тела/сут на 4 инъекции 1-2 дня с последующим переводом на пенициллин при стабилизации состояния

3. При заболеваниях МИ, вызванных «редкими» штаммами, при атипичном течении, у детей из группы длительно болеющих

цефалоспорины 3 поколения (цефтриаксон) или иной

100-150 ед. / кг / массы тела/сут на 2 инъекции до 5-10 дней

ЛЕЧЕНИЕ ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫХ ФОРМ

Борьба с токсикозом и нормализация обменных процессов

- Инфузионная терапия под контролем АД, ЦВД, ЧД, ЧСС, диуреза.
- Первые 100-150 мл жидкости в/в струйно до появления пульса.
- *Стартовые растворы* – реополиглюкин, 10% глюкоза, 5% р-р альбумина, криоплазма. С этими растворами вводится преднизолон или гидрокортизон
- При выраженном менингеальном синдроме и ОГМ – осмодиуретики (маннитол, реоглюман, мочевины) 1-1,5 г/кг сухого вещества в сутки в виде 15% раствора в/в по 40-50 капель в мин.
- Для предотвращения синдрома "отдачи" - осмодиуретики с салуретиками.
- Для усиления дегидратационного эффекта – лазикс, эуфиллин, в дальнейшем диакарб с панангином по схеме.

ЛЕЧЕНИЕ ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫХ ФОРМ

Стабилизации гемодинамики:

- допамин 5-20 мкг/кг/мин в течение 6-12 час.
- глюкокортикоидные гормоны

Улучшения микроциркуляции:

- гепарин 100-200 ед/кг в сутки в 4 приема, трентал, курантил по 5-10 мг/кг в сутки в/в.
- ингибиторы протеаз - контрикал 1-3 тыс. ЕД/кг в сутки в 2-3 приема в/в капельно или гордокс.

Лечение ДВС-синдрома:

- гепарин 100-150 ед/кг в сутки в 4 приема в/в (фаза гиперкоагуляции)
- гепарин 50-100 ед/кг со свежезамороженной плазмой (фаза гипокоагуляции)
- трентал – 1-5 мг/кг в/в капельно, курантил
- криоплазма

При выраженной анемии (Hb ниже 70 г/л) переливание отмытых эритроцитов.

Для уменьшения отека головного мозга – краниocereбральная гипотермия (холод на голову)

ГОРМОНОТЕРАПИЯ ПРИ ИНФЕКЦИОННО-ТОКСИЧЕСКОМ ШОКЕ

Гормоны	I степень ИТШ	II степень ИТШ	III степень ИТШ
Преднизолон	5 мг/кг	10 мг/кг	15-20 мг/кг
Гидрокортизон	20-30 мг/кг	40-50 мг/кг	75 мг/кг
Дексазон	0,5 мг/кг	2 мг/кг	2-5 мг/кг

Гормонотерапия для стабилизации гемодинамики 2-3 мг/кг

При судорогах:

седуксен 0,15-0,3 мг/кг, ГОМК 50-100 мг/кг в/в капельно, фенобарбитал, аминазин, тиопентал натрия 15 мг/кг

В случае отсутствия эффекта - масочный наркоз с миорелаксантами.

В коматозном состоянии - парентеральное питание. Жировая эмульсия «Липофундин С 20%», аминокислоты «Альвезин», 10-20% глюкоза с электролитами, витамины С, В1, В6.

Оксигенотерапия

Сердечные гликозиды по показаниям при стабилизации АД

КРИТЕРИИ ОТМЕНЫ АНТИБИОТИКОВ ПРИ МЕНИНГОКОККОВОМ МЕНИНГИТЕ

- Улучшение общего состояния
 - Исчезновение признаков интоксикации
 - Стойкая нормализация температуры тела
 - Нормализация содержания белка в ликворе
 - Лимфоцитарный плеоцитоз
 - Количество клеток в ликворе менее 100 в мм³
-
- Если плеоцитоз остается нейтрофильным, введение пенициллина в прежней дозе продолжается еще в течение 2-3 дней.
 - При затяжном течении болезни пенициллинотерапия может быть продолжена до 1,5-2 недель.

Препараты, рекомендуемые ВОЗ для химиопрофилактики лечения назофарингита.

- 1. Рифампицин – детям до года – 5 мг\кг; детям от 12 мес. 10\мг\кг, взрослым 600 мг через 12 часов в течение 2 дней.
- 2. Ципрофлоксацин – лицам старше 18 лет – 500 мг 1 дозу.
- 3. Ампициллин – взрослым по 0.5 г 4 раза в день – 4 дня, детям в возрастных дозировках.
- Лечение назофарингита проводится теми же препаратами.

Правила выписки из стационара

- Полное клиническое выздоровление, без бактериологического обследования

Допуск в детский коллектив

- **Контактные** – после медосмотра и однократного отрицательного бактериологического обследования
- **Реконвалесценты** – после однократного бактериологического обследования, проведенного не ранее чем через 5 дней после выписки из стационара

Остаточные явления после перенесенного менингококкового менингита

- Синдром внутричерепной гипертензии (гипертензионный, гипертензионно-гидроцефальный)
- Неврозоподобное состояние (церебрастенический, невротических расстройств, гипоталамический)
- Эпилепсия
- Синдром двигательных нарушений (парезы и параличи, гиперкинезы, мозжечковая или лобно-мозжечковая атаксия)
- Вегето-висцеральный синдром

Профилактика

- Госпитализация – обязательна, на дому лечатся носители менингококка.
- Изоляция контактных – карантин на 7 дней. Запрещается прием новых и временно отсутствующих детей, переводы детей и персонала из одной группы в другую.
- Мероприятия в очаге - клиническое наблюдение с осмотром носоглотки, кожных покровов, ежедневной термометрией, однократное бак.обследование.
- Бак. обследование контактных в ДДУ не менее 2-раз с интервалом 3-7 дней.
- Выявленные носители изолируются и saniруются. После санации (через 3 дня) они подвергаются однократному бак. обследованию.
- Детям, общавшимся с больными генерализованной формой вводят нормальный иммуноглобулин в дозе:
1,5 мл – до 1 года
3 мл – от 2 до 7 лет не позднее 7-го дня после регистрации первого случая заболевания.
Назначается рифампицин 10 мг/кг 2 раза в день.

Активная иммунизация

Проф.прививки включ. в календарь по эпидемическим показаниям

Вакцинации полисахаридной вакциной подлежат:

- -дети от 1года до 8 лет включительно;
- -студенты 1-х курсов средних и высших учебных заведений.

При резком подъеме ГФМИ-дополнительно

- -учащихся с 3 по 11 классы
- -взрослое население при обращаемости.

ВАКЦИНОПРОФИЛАКТИКА ДРУГИХ ИНФЕКЦИЙ

- Профилактика менингококковой инфекции **Менинго А+С** – с 18 месяцев
1 прививка, иммунитет 3-5 лет
- Профилактика гепатита А - **Аваксим** с 2-х лет,
ревакцинация через 6-18 месяцев
- Против клещевого энцефалита **ФСМЕ-Иммун(Джунитор) и Энцепур** с 6 месяцев -16 лет
Схема 1: 0-1(3)-9(12) месяцев, ревакцинация через 3 года
Схема 2: 0-14 дней-9(12) месяцев, ревакцинация через 3 года

