ПОМИЛКИ В РАННІЙ ДІАГНОСТИЦІ МЕНІНГОКОКОВОЇ ІНФЕКЦІЇ У ДІТЕЙ

Т.П. Бинда

Медичний інститут, кафедра педіатрії післядипломної освіти з курсами ПП і ДІ

Підводячи підсумки XX сторіччя з проблеми менінгококової інфекції (МКІ) в нашій країні, за минулі роки багато зроблено по її вивченню. Розроблений етіопатогенез захворювання, впроваджені методи діагностики, запропоновані сучасні методи терапії. Ми навчилися впливати на етіопатогенез інфекційного процесу з використанням сучас­них методів антибактерійної інтенсивної терапії. Однак МКІ залишається, як і раніше, “мало керованою” інфекцією. Незважаючи на зниження захворюваності в останні роки, летальність залишається високою.

Питання ранньої діагностики генералізованих форм МКІ, зокрема менінгококцемії, надзвичайно актуальні, оскільки від своєчасності та адекватності лікування, включаючи надання невідкладної допомоги, залежить перебіг хвороби та її наслідки.

Незважаючи на те, що менінгококцемія клінічно проявляється характерною симтоматикою, труднощі диференціальної діагностики її з іншими хворобами трапляються часто, особливо на догоспітальному етапі.

Аналіз 28 історій хвороб дітей віком від 1-х міс. до 14 років дозволив виявити помилки в ранній діагностиці МКІ. Діти раннього віку склали 64,3 %, у 2/3 із них спостерігали­ся тяжкі генералізовані форми хвороби. Поліклінічний діагноз не співпадав зі встановленим пізніше у стаціонарі в 10 (35,7 %) хворих цієї вікової групи, а несвоєчасна госпіталізація була в кожної четвертої дитини. У 21 (75,0 %) дітей МКІ перебігала в змішаній формі (менінгококцемія +менінгіт).

Неспецифічність клінічних проявів у початковому періоді хвороби в дітей першого року життя стала однією з причин діагностичних помилок на догоспітальному етапі. Найбільш час­то діагностувалися: ГРВІ - у 3 (10,7 %) хворих, ГКІ - у 3 (10,7 %), капіляротоксикоз – у 5 (17,6 %). Початок хвороби в більшості випадків був раптовим (“вибухоподібним”) серед повного здоров'я. У 9 (32,1 %) хворих другого півріччя життя відзначались явища назофарингіту за 4-5 діб до появи перших симптомів ураження менінгеальних обо­лонок і висипки (не завжди специфічного характеру). На початку захворювання у 6 (21,4 %) дітей висипка була папульозного, у 22 (78,6 %) - геморагічного характеру. Судомна готовність у вигляді загальних посмикувань спостерігалася в однієї третини хворих, клоніко-тонічні судоми-приблизно у 4 (14,3 %). Менінгеальний синдром проявлявся пульсацією великого тім'ячка у 6 (21,4 %) дітей першого року життя. Діагностувати МКІ в початковому періоді захворювання у дітей цього віку на підставі наведеної клінічної картини вельми важко, але можливо, якщо брати до уваги ще й особливості лейкоцитограми (завжди нейтрофільоз і прискорена ШОЕ), ліквору (ознаки запалення бактерійного характеру) і бактеріоскопію (виявлення диплококів).

Діагностування менінгококцемії передбачає необхідність урахування даних епіданамнезу (контакт із хворим на назофарингіт), характерних клінічних симптомів (гострий початок хвороби, гарячка, геморагічний висип з типовою локалізацією на сідницях, задніх поверхнях стегон, дистальних відділах нижніх кінцівок з поширенням у тяжких випадках на обличчя й передню частину тулуба; йому інколи передують поліморфні розеольозно-папульозні ефемерні висипання; можливе ураження суглобів i судинної оболонки ока за типом ipиту, іридоцикліту).

Слід враховувати високу ймовірність розвитку при менінгококцемії інфекційно-токсичного шоку, початковими симптомами якого є блідість шкірних покривів, неспокій, гіперестезія, тахікардія при ще нормальному або дещо підвищеному артеріальному тиску.

Дільничними лікарями не завжди враховуються особливості прояву менінгеального синдрому в дітей першого року життя, внаслідок чого 10,7 % хворим на МКІ помилково було встановлено діагноз “ГРВІ з явищами менінгізму”. Менінгеальний синдром під час ГРВІ з менінгізмом непостійний, з'являється на висоті інтоксикації і утримується не більше 1-2 днів. У дітей, які знаходилися під наглядом, він відзначався довше (впродовж 5-7 днів).

Інфекційний процес при МКІ характеризується значним поліморфізмом - від безсимптомного носійства до тяжких генералізованих форм, які складають 0,5-2,0 % від загальної кількості випадків хвороби. Лікарями дільничної мережі і поліклінічних відділень локалізовані форми МКІ не діагностуються. Недостатня діагностика назофарингітів сприяла генералізації інфекційного процесу в 14,3 % дітей. Тому необхідно використовувати простий і доступний експрес-метод (бактеріоскопію мазка з носоглотки), який у поліклінічних умовах не застосовується. Пізнє звертання батьків за медичною допомогою (на 2-у добу - 35,7 %, на 4-5-у - 10,7 %) також спричинило велику шкоду - пролонгувало діагностику захворювання і затримувало своєчасне призначення лікування хворим.

3 параклічних тестів ранньої діагностики на увагу заслуговують типові зміни гемограми (нейтрофільний лейкоцитоз зi зрушенням лейкоцитарної формули вліво, збільшення ШОЕ, часто - тромбоцитопенія). Підтверджують діагноз за допомогою бактеріологічних i серологічних досліджень.

Хибне діагностування у 11 (39,3 %) хворих на менінгококцемію на догоспітальному eтaпi перелічених вище хвороб зумовлено, очевидно, недостатньою обізнаністю лікарів первинної ланки охорони здоров'я з клінічними проявами менінгококцемії. Адже в приймальному відділенні СМДКЛ діагноз менінгококцемії не викликав сумніву (18 хворих) або був передбачуваним (7 хворих). Є підстави вважати, що в окремих хворих типова геморагічна висипка посилювалася або появлялася під час транспортування в лікарню, що полегшувало діагностування менінгококцемії при госшталізації.

Таким чином, правильна інтерпретація клініко-лабораторних даних дозволить діагностувати МКІ в дітей у початковому періоді хвороби і призначити адекватну етіопатогенетичну терапію, що буде сприяти зниженню летальності та інвалідизації.