

ОСТРЫЕ РЕСПИРАТОРНЫЕ ВИРУСНЫЕ ИНФЕКЦИИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА С ГИПОКСИЧЕСКИ- ИШЕМИЧЕСКОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИЕЙ

Абдыкеримова М.С., Чыныева Д.К., Джолбунова З.К.,
Беделбаев М.К., Мамбетова Н.О.

Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева
Республиканская клиническая инфекционная больница
Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме. описаны клинические особенности течения острых респираторных вирусных инфекций у детей с гипоксически-ишемической энцефалопатией у 36 детей в возрасте от 1 месяца до 1 года.

Ключевые слова: дети раннего возраста, ОРВИ, гипоксически-ишемическая энцефалопатия (ГИЭ).

ГИПОКСИКАЛЫК ИШЕМИКАЛЫК ЭНЦЕФАЛОПАТИЯ СИНДРОМУ МЕНЕН ООРУГАН ЫМЫРКАЙ БАЛДАРДЫГЫ КУРЧ КАРМАГАН РЕСПИРАТОРДУК ЖУГУШТУУ ООРУСУ

Абдыкеримова М.С., Чыныева Д.К., Джолбунова З.К.,
Беделбаев М.К., Мамбетова Н.О.

И.К.Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы
Республикалык жугуштуу оорулар бейтапканасы
Бишкек, Кыргыз Республикасы

Корутунду. ГИЭ синдрому менен ооруган 1 айдан 1 жашка чейинки 36 оорулуу ымыркай балдардыгы курч кармаган респиратордук жугуштуу оорусунун клиникалык өзгөчөлүктөрү аныкталган.

Негизги сөздөр: ымыркай балдар, курч кармаган респиратордук жугуштуу оорусу, гипоксикалык ишемикалык энцефалопатия синдрому (ГИЭ).

ACUTE RESPIRATORY INFECTIONS IN INFANTS HYPOXIC-ISHEMIC ENCEPHALOPATHY

Abdikerimova M.S., Chynyeva D.K., Djolbunova Z.K.,
Bedelbaev M.K., Mambetova N.O.

I.K. Ahunbaev Kyrgyz State Medical Academy
Republican clinical hospital of infectious diseases
Bishkek, Kyrgyz Republic

Resume. Described the clinical features of acute respiratory viral infections in children with hypoxic ischemic encephalopathy in 36 children aged from 1 month to year

Keywords: Children. disease, syndrome hypoxic ischemic encephalopathy.

Актуальность

Острые респираторные вирусные инфекции (ОРВИ) занимают ведущее место в инфекционной патологии детского возраста и составляют около 90 % среди ежегодно регистрируемых заболеваний. Особую актуальность проблема респираторных инфекций приобретает у детей первого года жизни с отягощенным преморбидным фоном, особенно гипоксически-

ишемической энцефалопатией (ГИЭ), недоношенностью, ВУИ и иммунодефицитным состоянием [2,3,4,7]. Причиной гипоксии мозга является патологическое течение беременности и родов, которое приводит к поражению нервной системы: различные формы нарушений мозгового кровообращения, кровоизлияния и ишемические поражения [1,5,8].

У детей с ОРВИ, отягощенных ГИЭ

часто регистрируются следующие неотложные синдромы: нейротоксикоз, круп, синдром бронхиальной обструкции, острая дыхательная недостаточность при пневмонии, которые способствуют развитию отека головного мозга (ОГМ) и летального исхода у 60% больных первого года жизни. ОГМ у детей с перинатальной патологией ЦНС может развиваться в более ранние сроки ОРВИ, еще на догоспитальном этапе [2,3,6].

Целью настоящего исследования явилось изучение клинических особенностей течения ОРВИ у детей раннего возраста с гипоксически-ишемической энцефалопатией.

Материалы и методы исследования

Нами проведен анализ 36 историй болезни детей, получавших стационарное лечение в Республиканской клинической инфекционной больнице (РКИБ) в ноябре-декабре 2013 года и январе 2014 года, с диагнозом ОРВИ, имеющие сопутствующую гипоксически-ишемическую энцефалопатию. Для постановки диагноза были использованы эпидемиологические, общеклинические, функциональные (УЗИ головного мозга) методы исследования, а также статистическая обработка полученных результатов.

Результаты и их обсуждение

Возрастная структура детей, больных ОРВИ представлена следующим образом: от 0 – 3 месяцев - 8 (22,2%), от 4 – 6 месяцев 15 (41,7%), 7 – 9 месяцев 6 (16,7%) и 10-12 месяцев

7 (19,4%) больных (Рис.1) т.е., болеют чаще дети с первого полугодия жизни.

Среди заболевших 22 (61,1%) детей были жителями города Бишкек, из них 45,5% проживали в новостройках, где отмечается большая скученность. Иногородних детей из разных регионов республики было 38,9% больных.

При выяснении эпидемиологического анамнеза у 41,7% детей был выявлен контакт с больными ОРВИ в семье, у 36,1% больных детей ОРВИ мамы связывали заболевание с переохлаждением. Скорой медицинской помощью были доставлены 13,9% больных, из других стационаров поступило 27,8% детей, поликлиниками города (ЦСМ) были направлены 11,1% больных. Каждый второй больной ОРВИ (47,2%) поступал без направления по тяжести состояния и наличия неотложных синдромов.

В инфекционный стационар в первые 2-е суток болезни поступили 47,2% больных, на 3-е сутки болезни - 41,7% детей и позже 3-х суток – 11,1% больных, что свидетельствует о поздней обращаемости родителей за медицинской помощью из-за недооценки тяжести состояния больного ребенка родителями и врачами ЦСМ (рис.2). Сразу в отделение реанимации и интенсивной терапии (РИТ) поступило по тяжести состояния 5,6% детей, где находились $4,7 \pm 1,4$ дней.

При выяснении акушерского анамнеза у всех матерей больных ОРВИ детей отмечено

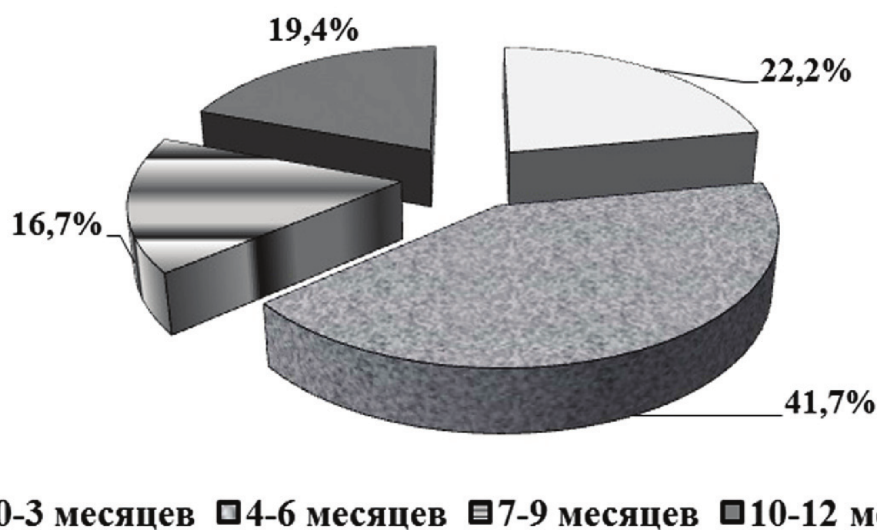


Рис. 1. Возрастная структура детей с ОРВИ на фоне ГИЭ

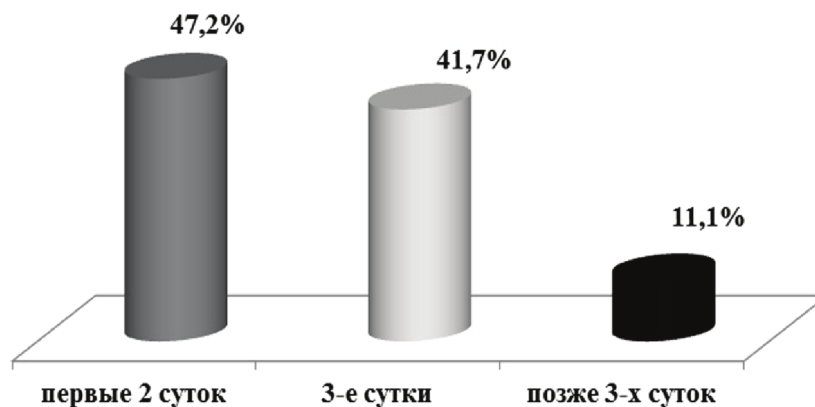


Рис. 2. Сроки поступления больных ОРВИ на фоне ГИЭ

патология беременности: гестозы I-II половины беременности в 50,0% случаях, анемия - 38,9%, угроза выкидыша - 13,9% и в 2,7% случаях нефропатия. Осложненное течение родов: кесарево сечение, преждевременные и затяжные роды, отслойка плаценты, роды со стимуляцией, асфиксия было выявлено в 15,4% случаях. Таким образом, осложненное течение беременности и родов у большинства детей, способствовало к формированию перинатальной патологии ЦНС.

Кроме ГИЭ, наблюдаемые нами дети часто (47,7%) болели ОРВИ и острыми кишечными инфекциями - 32,1%.

При формулировке диагноза врачами приемного отделения РКИБ фигурировал диагноз ОРВИ+синдром бронхиальной обструкции (СБО) у 41,7% детей, ОРВИ+судорожный синдром - 25,0%, ОРВИ тяжелая форма - 16,7%, ОРВИ+пневмония - 11,0% и ОРВИ+ОСЛТ (острый стенозирующий ларинготрахеит) у 5,6%.

При уточнении клинического диагноза больших изменений не было: у 41,7% - ОРВИ+пневмония, ОРВИ+СБО - 36,0%, ОРВИ+судорожный синдром - 16,7% и ОРВИ+ОСЛТ у 5,6% детей. Ведущим неотложным синдромом у большинства больных были: тяжелая дыхательная недостаточность - 83,3% и отек головного мозга (ОГМ) - 5,6%.

Основными жалобами при поступлении были: повышение температуры, насморк, кашель, беспокойство, судороги, одышка. Температура у больных ОРВИ детей колебалась от субфебрильной до фебрильных цифр: повышение температуры тела 37-38^oC. было отмечено у 36,1% больных, более 38,1 - 39^oC. у 11,1% детей, более 39^oC. у 52,8% больных. Длительность лихорадочного периода 1-3

дня сохранялась у 47,2% детей, более 3 дней отмечена у 52,8% больных, что обусловлено поздним поступлением и развитием пневмонии. Инфекционный токсикоз проявлялся нарушением гемодинамики у 58,3% больных, беспокойством - у 72,5% детей, рвотой - 27,3% больных. Эти симптомы сохранялись в течение 1-3 дней.

У всех наблюдаемых больных был синдром катаральных явлений в течение 4,5±1,3 дней, выявлены локальные изменения в легких (укорочение легочного звука, ослабление дыхания) у 41,7% детей, (коробочный звук и свистящие хрипы) у 16,7% больных.

ОРВИ у детей с ГИЭ проявлялся в тяжелой форме у 72,2% детей и в среднетяжелой форме болезни у 27,8% больных.

Анализ периферической крови показал, что лейкоцитарная формула у 8,3% больных соответствовала картине крови при ОРВИ: лейкопения (3,3-5,6x10⁹), с лимфоцитозом (65-74%). У 91,7% больных был выявлен лейкоцитоз (10-14x10⁹) с нейтрофилезом 65-78% и ускоренное СОЭ, что свидетельствует о присоединении вторичной бактериальной инфекции, анемия имело место у 25,0% больных.

Рентгенологическое исследование органов грудной клетки было сделано 18 (50,0%) больным, из них диагноз пневмонии был подтвержден в 88,9% случаях и только у 2 детей выявлены признаки бронхита. Ультразвуковое исследование головного мозга проведено у 24 (66,6%) больным, где были обнаружены признаки внутричерепной гипертензии, киста сосудистого сплетения, дилатация ликворных путей.

У всех больных проводили антибактериальное, дезинтоксикационное, симптоматическое лечение. Противосудорожную терапию получили 30,6% больных. Основным

показанием для назначения антибиотиков было развитие пневмонии, неотложных синдромов и лихорадка более 3-х дней. Спектр назначаемых антибиотиков был разнообразным: ампициллин, цефотаксим, цефтриаксон, цефепим, цебанекс, амикацин, меристат. Монотерапию получили 80,6%, комбинированную - 11,4% детей, последовательную смену - 8,0% больных. Исход болезни у 36,1% больных закончился выздоровлением, 63,9% - выписаны с улучшением. Длительность пребывания в стационаре у 33,3% детей составило 1-5 дней, у 66,7% больных 6-9 дней.

Таким образом, ОРВИ у 72,2% детей с отягощенным преморбидным фоном протекает в тяжелой форме, на тяжесть состояния и частоту развития неотложных синдромов и осложнений влияет ранний возраст ребенка и наличие перинатальной патологии ЦНС (ГИЭ). Наиболее частым осложнением ОРВИ была пневмония.

Литература:

1. Бриткова Т.А., Лекомцева О.И., Омелянюк И.В. и соавт.// Клинико-вирусологическая характеристика больных с острой респираторной вирусной инфекцией в эпидемический сезон. *Ж. Инфектологии.*- 2010.- Том.2.-№3.- С.59-60.
2. Кириллова Т.А., Петров П.В., Хабудаев В.А. и соавт.// Пневмококковая инфекция в структуре гнойных менингитов у детей. *Ж. Инфектологии.*- 2010. Том.2.- №3.- С.97.
3. Пагава К.И., Оболадзе Э.Д., Чикобава Е.А. и соавт.// Система энергетического обеспечения и антиоксидантной защиты у новорожденных при острой и хронической гипоксии. *Ж. Педиатрия.*- 2003.- №1.- С.34-35.
4. Петрушина А.Д., Мальченко Л.А., Кретинина Л.Н. и соавт.// Неотложные состояния у детей.- Москва: Изд-во «Медицинская книга», 2002.-176с.:ISBN 5-86093-076-3
5. Ряжина Л.А., Белоусова Т.В., Ишалина Н.Ю. // Характеристика состояния здоровья и динамики неврологического статуса детей, перенесших критические состояния при рождении, при различных подходах к их коррекции. *Бюллетень сибирской медицины*, 2008. Приложение №2.-С.331-336
6. Практическое руководство по детским болезням. Неотложная педиатрия. Под редакцией проф. Б.М.Блохина. – М.: Медпрактика. 2005. – 61с.
7. B. Jenson., R. S. Baltimor *Pediatric infectious diseases: principles and practice. Philadelphia*, 2009.-P. 771—778.
8. E.Graham Davies, David A. C. Elliman, et al. / *Manual of Childhood Infections.* - London, 2008. -P. 71-83.