

Литературные ссылки

1. Милютин, Л.Н. Эволюция лекарственной резистентности *Salmonella enteritidis*, выделенных от детей / Л.Н. Милютин, О.В.Гурьева, С.Ш.Рожнова [и др.] // Эпидемиология и инфекционные болезни. – 2008. – № 2. – С. 44-47.
2. Воротынцева, Н.В. Гемолитико-уремический синдром у детей / Н.В.Воротынцева // Эпидемиология и инфекционные болезни. – 2003. – № 6. – С.39-42.

Павлович Д.С., Свирид Н.С., Матуш Л.И., Ясинская Л.И.

К ВОПРОСУ ОБ ОСОБЕННОСТЯХ ПРОЯВЛЕНИЯ СУДОРОЖНОГО СИНДРОМА ПРИ ИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ У ДЕТЕЙ

УО «Белорусский государственный медицинский университет»,
Минск, Республика Беларусь

Актуальность. Инфекционный процесс у детей почти всегда сопровождается выраженной в той или иной степени реакцией со стороны нервной системы. Существует большое количество возбудителей инфекционных заболеваний, которые обладают тропностью к нервной системе, что выражается в специфических поражениях разных отделов последней. Распространенной патологией детского возраста при различных инфекционных заболеваниях со стороны нервной системы является судорожный синдром, что ставит задачу решения большого спектра проблем: установление причины возникновения судорог, возможной их связи с каким-либо инфекционным заболеванием, определение риска повторных эпизодов судорог, вероятность трансформации их в эпилепсию.

Цель исследования – установить особенности проявлений судорожного синдрома у детей при различных инфекционных заболеваниях.

Материалы и методы: Проведен анализ 64 историй болезни детей в возрасте от 1 месяца до 18 лет, лечившихся в УЗ «ГДИКБ» г. Минска в 2011 году (29 девочек и 35 мальчиков). Критерием включения в исследование явилось наличие у ребенка с инфекционным заболеванием судорожного синдрома. Для постановки диагноза, кроме общеклинического обследования, использовались подробное изучение анамнеза жизни и заболевания, клинико-неврологическое обследование, ЭЭГ-исследование.

Результаты. По возрастному критерию были выделены 3 группы детей. Первая группа (I) состояла из 41 ребенка в возрасте от 1 месяца до 3 лет. Вторая группа (II) – 11 детей в возрасте от 3 до 10 лет. Третья группа (III) – 12 детей подросткового возраста – от 10 до 18 лет.

В I группе судорожный синдром развился на фоне ОРИ, острого ринофарингита – у 30 детей (73,2%), у 3 детей (7,8%) – на фоне локализованной герпетической инфекции (*Herpes labialis*). Судороги на фоне острого гастроэнтерита, пневмонии и менингоэнцефалита были отмечены у 6 детей (14,7%). В единичных случаях (4,8%) они отмечались на фоне сальмонеллеза и коклюша. В этой группе у 37 детей (90,2%) судороги развились на фоне высокой температуры ($38,5 \pm 1,9^{\circ}\text{C}$), что было расценено как фебрильные судороги. В первые сутки заболевания фебрильные судороги появлялись у 21 ребенка (56,8%), на вторые – у 6 (16,6%) и на третьи сутки – у 10 детей (27,0%). При возникновении судорог на 3-5 сутки отмечался двухволновой характер температурной кривой. У 2 детей (4,9%) судороги возникли на фоне менингоэнцефалита, и у 2 (4,9%) являлись проявлением инфекционно-токсической энцефалопатии. По характеру проявления судорожный синдром у 35 (85,3%) детей был в виде генерализованных тонико-клонических припадков, у 4 (9,8%) – в виде вторично-генерализованных, и у 2 (4,8%) детей – генерализованные тонические припадки. Изучение преморбидного фона детей данной группы показало, что 6 (14,6%) детей были недоношенными со сроком гестации 31-35 недель беременности, у одного (2,4%) ребенка отмечались фебрильные судороги ранее, у остальных 34 (83%) детей нервная система не была компрометирована до эпизода настоящей болезни. Психомоторное развитие у всех детей соответствовало возрасту.

Во II группе в этиологической структуре доминировали: ОРИ у 5 детей (45,5%) и у 3 (27,3%) локализованная герпетическая инфекция, у 2 (18,2%) детей ветряная оспа и у одного ребенка (9,1%) – скарлатина. У 6 (54,6%) детей клиническая картина была расценена как проявление инфекционно-токсической энцефалопатии на фоне ОРИ и ветряной оспы. При этом отмечалась неврологическая очаговая симптоматика рассеянного характера у 4 (66,7%) детей и в виде пирамидного гемисиндрома у 2 (33,3%). Менингеальные симптомы выявлялись у всех детей, в связи с чем проводилась люмбальная пункция. Однако при исследовании цереброспинальной жидкости воспалительных изменений выявлено не было. У 3 (27,3%) возникали фебрильные судороги на фоне локализованной герпетической инфекции. У 2 (18,2%) детей, имеющихотягощенный неврологический анамнез (эпилепсия, ДЦП), судороги возникали на фоне ОРИ и скарлатины, что расценивалось как утяжеление основного заболевания. По характеру проявления доминировали вторично-генерализованные припадки – 5 (45,6%), в

равном количестве наблюдались генерализованные тонические (27,3%) и генерализованные тонико-клонические (27,3%) припадки.

В III группе судороги у 10 детей (83,3%) возникали как проявления менингита, а у 2 (16,7%) при ОРИ на фоне сопутствующей патологии (эпилепсия, арахноидит). Анализ этиологической структуры менингитов показал, что гнойные менингиты отмечались у 4 детей: у 3 были вызваны *Neisseria meningitidis*, у одного ребенка - *Streptococcus pneumoniae*. Серозные менингиты выявлены у 6 детей: у 4 детей возбудителем являлись энтеровирусы и в 2 случаях этиология оставалась неизвестной. В клинике менингитов доминировали генерализованные тонико-клонические припадки, которые наблюдались у 8 (80%) детей. При этом отмечались подъем температуры до 38 °C ($37,9 \pm 0,8$), головная боль, многократная рвота. В неврологическом статусе были выявлены рассеянные патологические микросигны на фоне диссоциации менингеальных симптомов. У детей с эпилепсией и арахноидитом в анамнезе судороги были генерализованными тонико-клоническими.

При изучении данных ЭЭГ у 41 ребенка (64,1%) из 64 были выявлены следующие изменения: в 7,3% случаев – эпилептиформная активность в виде генерализованных билатерально-синхронных комплексов «пик-медленная волна» длительностью до 2-3 секунд; у 9,8% детей – комплексы «острая-медленная волна» в центрально-височных отведениях («роландические» комплексы); и в 82,9% отмечались умеренные диффузные изменения биоэлектрической активности головного мозга с увеличением индекса медленных волн тета- и дельта-диапазонов.

Заключение. На основании проведенного анализа можно сделать следующие выводы:

- у детей раннего возраста развитие судорожного синдрома чаще происходит на фоне острых респираторных инфекций, а у детей старших возрастных групп как проявление внутричерепной гипертензии вследствие менингита бактериальной или вирусной этиологии;
- при инфекционных заболеваниях у детей раннего возраста доминируют фебрильные судороги (90,2%) в виде генерализованных тонико-клонических припадков (85,3%), вторично-генерализованных (9,8%) и генерализованных тонических припадков (4,8%);
- у большинства детей судороги на фоне инфекционного заболевания возникают впервые в жизни на фоне нормального преморбидного фона и психомоторного развития;
- у детей с судорожным синдромом на фоне инфекционного заболевания при ЭЭГ-исследовании чаще регистрируются

неспецифические изменения биоэлектрической активности головного мозга, что требует динамического наблюдения в дальнейшем.

Литературные ссылки

1. Острые нейроинфекции у детей: (Руководство для врачей) / Под ред. А.П.Зинченко. – Л.: Медицина,1986.-320 с.
2. Шанько Г.Г., Барановская Н.Г., Ивашина Е.Н., Шалькевич Л.В.Классификация, диагностика и лечение эпилепсии у детей : Пособие для врачей. – Минск,2003.-80с.
3. Сарокина М.М., Скрипчинко М.В. Вирусные энцефалиты и менингиты у детей. – Москва – М.: Медицина,2004.-460с.

Парамонова Н.С., Горбачевский П.Р.

ПРИЧИНЫ РАЗВИТИЯ ДИСБИОЗА СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ НОСОГЛОТКИ У ЧАСТО БОЛЕЮЩИХ ДЕТЕЙ

УО «Гродненский государственный медицинский университет»,
Гродно, Республика Беларусь

Актуальность. Среди детей раннего возраста, посещающих детские сады, группа часто и длительно болеющих детей (ЧДБ) составляет от 40% до 50% [2]. У ЧДБ детей значительно чаще выявляют хронические заболевания носоглотки и лёгких, чаще встречаются и тяжелее протекают и другие соматические заболевания [1]. Перед педиатрами встает вопрос – что является причиной частой заболеваемости детей первых лет жизни? В первую очередь, это возрастные особенности иммунной системы ребенка, которые обуславливают более высокую чувствительность к инфекциям на фоне менее дифференцированного (по сравнению с взрослыми) ответа на воздействие инфекции. У детей раннего и дошкольного возраста местную противоинфекционную защиту респираторного тракта осуществляет лимфоэпителиальная ткань глоточного кольца. Устойчивость слизистых оболочек к микробному заражению обеспечивается механизмом колонизационной резистентности, препятствующей закреплению бактерий и других возбудителей на поверхности слизистых оболочек [3]. Исследование факторов, повреждающих этот механизм, способствующих нарушению микробиоценоза верхнего этажа респираторного тракта, представляет несомненный научный и практический интерес.