

стационар, в поликлинику.. Вспомните слова И. А. Кассирского, автора монографии «Драматическая терапия» -

«Квалификация врача определяется по тому, как он справляется, ориентируется в случаях острых, неотложных состояний».

III. КЛИНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ОКАЗАНИЯ ЭКСТРЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ.

НЕОТЛОЖНЫЕ СОСТОЯНИЯ В ПЕДИАТРИИ.

КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ОСТРЫХ МЕНИНГИТОВ НА ЭТАПЕ ОКАЗАНИЯ СКОРОЙ И НЕОТЛОЖНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Бутакова В.В., Рузанов Е.В., Кузнецов П.Л., Красноперова Е.С.

Муниципальное бюджетное учреждение «Станция скорой медицинской помощи» им. В.Ф. Капиноса»

ГБОУ ВПО «Уральский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Екатеринбург

Ключевые слова: острый менингит, менингококковая инфекция, энтеровирусная инфекция, эпидемиологические аспекты менингитов.

Введение

Инфекции нервной системы представляют одну из наиболее актуальных проблем современного здравоохранения. По расчётам ВОЗ в наступившем столетии эта патология будет одной из ведущих, конкурирующих с гельминтозами и, отчасти, с непандемичными респираторными инфекциями. Менингиты остаются одной из глобальных проблем, как в инфекционной, так и в неврологической патологии. Воспалительное поражение мозговых оболочек рассматривается как мультидисциплинарная проблема, затрагивающая профессиональные интересы, прежде всего инфекционистов, неврологов, врачей скорой

медицинской помощи, нейрохирургов, оториноларингологов и врачей ряда других специальностей.

Инфекция нервной системы продолжает оставаться глобальной проблемой современного здравоохранения. До XX века смертность от менингита достигала 90%. В настоящее время это заболевание встречается в виде отдельных случаев, тогда как ранее принимало характер больших эпидемий, чему способствовали скученность населения и неблагоприятные санитарно-гигиенические условия.

По данным ВОЗ заболеваемость острым менингитом в мире составляет от 1-5 случаев на 100 тыс. человек до 800 случаев на 100 тыс. человек в период эпидемий (менингококковая, энтеровирусная, пневмококковая этиология).

Этиологическими факторами, вызывающими воспалительные поражения мозговых оболочек, являются множество возбудителей. Бактериальные менингиты вызывают: менингококк, пневмококк, туберкулёзная палочка, бледная трепонема, гемофильная палочка, стафилококк, стрептококк, энтеробактерия, листерия, бруцелла. Вирусные менингиты обусловлены: энтеровирусом, группой герпесвирусов, арбовирусом, парамиксовирусом (возбудители кори и эпидемического паротита), РС-вирусом, аденовирусом, вирусами гриппа, парагриппа, краснухи и клещевого энцефалита. Возбудители других групп: боррелия, эрлихия, хламидия, лептоспира, токсоплазма, амёба, микоплазма, эхинококк, кандиды, криптококк, аспергилла. Актуальным является постоянное расширение спектра этиопатогенов, вызывающих менингит.

В классификациях менингитов помимо этиологии учитываются: характер воспалительного процесса (гнойный, серозный), происхождение (первичный, вторичный), течение инфекционного процесса (молниеносное, острое, подострое, хроническое), по преимущественной локализации (базальный, конвекситальный, спинальный, тотальный), по

степени тяжести (лёгкий, средне-тяжёлый, тяжёлый), по наличию осложнений (осложнённый, неосложнённый).

Течение менингитов широко вариабельно: от латентных до особо тяжёлых форм с развитием разнообразных осложнений. Осложнения подразделяют на церебральные и экстрацеребральные. К церебральным осложнениям относят: отёк-набухание головного мозга, церебральный инфаркт, субдуральный выпот с исходом в эмпиему, окклюзия ветвей а. carotis interna, венрикулит, синдром неадекватной экскреции антидиуретического гормона, снижение слуха, судороги. Экстрацеребральные осложнения: инфекционно-токсический шок, ДВС-синдром, геморрагический синдром, острая надпочечниковая недостаточность, острая дыхательная недостаточность, энцефалопатия смешанного генеза, полиорганная недостаточность, дегидратация, гипогликемия, стресс-поражения желудочно-кишечного тракта.

К факторам риска развития тяжелых и осложненных форм заболевания относят: позднюю госпитализацию (позже 24 часов от начала менингита), отсутствие или неадекватность объема врачебной помощи на амбулаторном (догоспитальном) этапе, пожилой или ранний детский возраст больных, сопутствующую фоновую патологию больных (дистрофии и анемии различного генеза, алкоголизм, наркомания, частые травмы черепа или их последствия, онкологическая, в т.ч. онкогематологическая патология, аспления, эндокринная патология (сахарный диабет)), тяжелую иную органную патологию (ИБС, ГБ-II, хроническая сердечно-легочная патология, хроническая почечная недостаточность, хроническая печеночная недостаточность и др.), а также диагностические и тактические ошибки медицинского персонала.

Прогноз заболевания зависит от множества составляющих патологического процесса: этиологии менингита, тяжести течения болезни, степени вовлечения в патологический процесс вещества мозга, своевременности и адекватности объема медицинской помощи. В

отдельных случаях возможны летальные исходы. Нередко наблюдаются остаточные явления (поздние осложнения) в виде парезов, тугоухости, снижения зрения, внутричерепной гипертензии, снижение интеллекта, задержки психического развития у детей, психопатий, эпилептических припадков, астенического синдрома, а при гнойном менингите возможно формирование гнойного венитрикулита и абсцесса мозга. Заболеваемость менингитом циклически изменяется, подъемы заболеваемости наблюдаются каждые 10-15 лет. В течение последних нескольких лет прослеживается тенденция к повышению уровня заболеваемости инфекцией мозговых оболочек.

Эпидемическую ситуацию по острому менингиту в Российской Федерации нельзя считать благоприятной. Заболеваемость в 2010 году составила: энтеровирусная инфекция - 2,93 на 100 тыс. населения, при этом 1,44 на 100 тыс. приходится на долю энтеровирусных менингитов, менингококковая инфекция – 1,16 на 100 тыс. населения, из этого числа генерализованная форма – 0,98 на 100 тыс. В 2011 году: энтеровирусная инфекция - 3,12 на 100 тыс. населения, при этом 1,79 на 100 тыс. приходится на долю энтеровирусных менингитов, менингококковая инфекция – 1,16 на 100 тыс. населения, из этого числа генерализованная форма – 1,00 на 100 тыс.

Все это диктует необходимость изучения особенностей течения заболевания и формирования определенных статистических данных на госпитальном и догоспитальном этапе оказания медицинской помощи.

Цель исследования – оценить клинические и эпидемиологические показатели у больных острыми формами менингитов, обращающихся за медицинской помощью на станцию скорой помощи и определить долю ошибочной диагностики данной патологии в структуре расхождения диагнозов.

Материалы и методы

В работе представлены результаты клинико-эпидемиологического обследования 230 больных острыми менингитами, обратившихся за скорой неотложной помощью в МБУ ССМП г.Екатеринбурга, госпитализированных и в дальнейшем находившихся на стационарном лечении в отделениях МАУ «ГКБ № 40» г. Екатеринбург в период с 01.01.2013 по 30.09.2013. Нами проанализировано 230 карт вызовов, взятых методом случайной выборки.

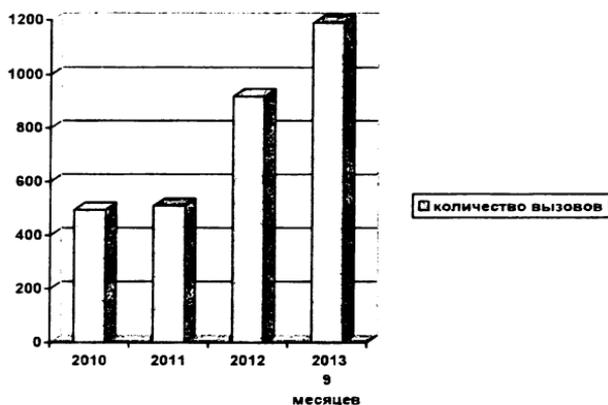
Подтверждение диагноза осуществлялась в ГКБ № 40 с помощью общего анализа, иммуноферментного анализа и методом полимеразной цепной реакции цереброспинальной жидкости.

Статистические данные получены с использованием программного комплекса «АДИС» (интегрированный модуль, Вер.8.2 [7DD.924]), анализ данных осуществлялся с помощью пакета прикладных программ «Statistica for Window 6,0».

Результаты и обсуждение

За период с 01.01.2013 по 30.09.2013 за медицинской помощью на станцию скорой помощи г. Екатеринбург обратились 1190 больных разных возрастов, которым был поставлен диагноз острый менингит на основании предъявленных жалоб, сбора анамнеза заболевания и эпидемиологического анамнеза, клинического обследования. По полученным нами данным проведен анализ и сравнение с уровнем заболеваемости и обращаемости на СМП по поводу данной патологии за тот же период времени в 2010, 2011, 2012 г. Увеличение уровня заболеваемости и обращаемости на СМП возросло на 139,9% (на 694 случая заболеваний острыми менингитами) по сравнению с 2010г. (496 случаев), на 132,8% (на 679 случаев) по сравнению с 2011г. (511 случаев) и на 29,3% (на 270 обращений) по сравнению с 2012г. (920 обращений). Таким образом, прослеживается четкое увеличение уровня заболеваемости и обращаемости на СМП с течением времени, от 2010 г. к 2013 г.

Динамика роста вызовов по острым менингитам



Определена возрастная структура больных, которым оказана медицинская помощь на догоспитальном этапе в 2013 г.: 76 больных (6,3%) – дети в возрасте 0-1 год; 186 больных (15,6%) – дети в возрасте 2-3 года; 643 (54%) – 4-14 лет; 43 (3,6%) – 15-17 лет и 242 человека (20,3%) – взрослые люди в возрасте 18 и более лет (таблица 1). На первом месте в структуре заболеваемости оказалась возрастная группа больных от 4 до 14 лет.

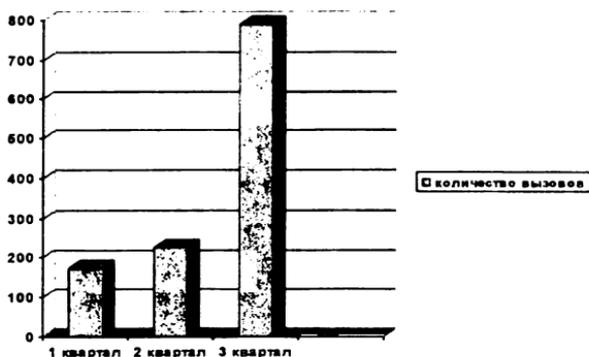
Таблица 1

Возрастная группа	Абсолютное число	%
0-1	76	6,3
2-3	186	15,6
4-14	643	54
15-17	43	3,6
18 и более	242	20,3

Как и любому другому инфекционному заболеванию, менингеальной форме инфекции присуща характерная сезонность. С начала 2013 г. к

сентябрю наблюдается значительное повышение заболеваемости: первый квартал года – 175 больных, обратившихся на СМП (14,7%), второй квартал – 226 больных (18,9%), третий – 789 больных (66,3%). К осени возросла доля менингитов вирусной этиологии. в то время как в зимнее - весенний период преобладали менингиты бактериальной этиологии (менингококковые, в то же время не исключена вирусная природа заболевания).

Динамика роста количества вызовов по острому менингиту в 2013 г.



Установить окончательный диагноз менингита, определить его этиологию и дифференцировать гнойный от серозного на этапе СМП без исследования ликвора невозможно. От правильных и своевременных действий врача зависит дальнейшее течение заболевания и его прогноз. Данный факт подчеркивает абсолютную необходимость немедленной госпитализации больных при малейшем подозрении на менингит. Из 1190 больных с предварительным диагнозом острый менингит бригадами СМП был транспортирован в стационары города 1101 больной, из этого числа 1095 человек – в стационар инфекционного корпуса ГКБ № 40, 6 человек было доставлено в другие стационары по различным причинам. При этом 13 больных (1,09%) на момент вызова бригады СМП находились в

тяжелом состоянии. Из них 6 человек обслуживались линейными и педиатрическими бригадами и были переданы для дальнейшей транспортировки специализированным реанимационным бригадам. 89 больных по разным причинам отказались от госпитализации и остались дома под наблюдением участкового терапевта, что оформлено соответствующим образом в картах вызовов. Эти больные перенесли инфекцию в легкой степени при отсутствии каких-либо осложнений под наблюдением участкового терапевта, либо было повторное обращение на СМП с последующей госпитализацией.

Летальность на догоспитальном этапе составила 0% (до прибытия и в присутствии бригад СМП).

Перетранспортировки из какого-либо стационара в инфекционный корпус ГКБ № 40 больных с диагнозом острый менингит составили 18,4% (219 человек). В это число входит процент ошибочной диагностики, в результате которой пациент изначально был доставлен в непрофильный стационар, и тем самым оказался отсрочен госпитальный этап оказания специализированной медицинской помощи. Гораздо больший процент объективных диагностических ошибок происходит в тех случаях, когда на догоспитальном этапе у больного еще отсутствует типичная клиника заболевания, патогномичные симптомы, а нарастание всех симптомов и синдромов происходит в приемном отделении стационара. Это тот процент объективных причин ошибок диагностики, связанных с особенностями течения острых менингитов, который, к сожалению, на этапе СМП избежать очень сложно.

У 13 больных, находящихся в тяжелом состоянии, течение менингита осложнилось судорожным синдромом – 9 случаев (0,75% от общего числа вызовов), инфекционно-токсическим шоком – 2 больных, 35 и 40 лет (0,17%), нарушением сознания до уровня сопора – 3 больных (0,25%). Тяжесть состояния была обусловлена в одних случаях – быстрым развитием интоксикационного, менингеального, воспалительного

синдромов. в других – поздним обращением за медицинской помощью, в результате чего вызов СМП был отсрочен по времени, а также наличием сопутствующей патологии, которая послужила отягощающим фактором.

Нами проанализировано 230 карт вызовов скорой медицинской помощи больных острым менингитом в различных возрастных группах, изучены клинические данные осмотра таких больных. Из них мужчин – 138 человек (60%), женщин – 92 человека (40%). Социальный статус больных распределялся следующим образом: дети, посещающие дошкольные учреждения, школы - 124 человека (%), студенты – 23 человека (%), дети до года – 33 человека (%), неработающие – 12 чел (%), взрослое работающее население – 38 человек (%).

Проведена оценка тяжести течения острого менингита на момент осмотра бригадой СП у 230 больных. Заболевание протекало в легкой форме у 16 человек (6,9%), в среднетяжелой форме – у 201 человек (87,4%), тяжелой форме – у 13 человек (5,6%).

Тяжесть течения оценивалась по совокупности клинических критериев: нарушению сознания, выраженности и продолжительности явлений общей интоксикации, наличию осложнений, наличию и степени выраженности менингеальных симптомов.

Частота встречаемости клинических проявлений распределилась следующим образом: у больных преобладали жалобы на головную боль ноющего характера (97,8%), головокружение (90,4%), общая слабость (100%), снижение аппетита (94,7%), тошноту (32,6%) и рвоту (27,8%), повышение температуры (97,4%), светобоязнь (47,8%), нарушение стула - диарея (29,1%), наличие менингеальных симптомов (94,5%).

Нами прослежена судьба исследуемой группы больных (230 человек) на госпитальном этапе. Из них подтвержденным диагнозом оказался в 141 случае (61,3%). При этом серозных менингитов было диагностировано 110 (78%), гнойных различной бактериальной этиологии – 19 (13,6%).

менингоэнцефалитов – 5 (3,5%). В 31,7% случаев диагноз был снят, в 34 случаях поставлен диагноз острой респираторной вирусной инфекции.

Причинами госпитализации с направительным диагнозом: менингит и с последующим снятием этого диагноза могут быть те же, что и при перетранспортировках из одного стационара в другой (указаны выше). Также одной из причин может быть синдром менингизма. В остром периоде ряда инфекционных заболеваний возможно развитие клинической картины менингита без воспалительных изменений в цереброспинальной жидкости. В основе этого состояния – рефлекторная дисфункция сосудистых сплетений и повышение продукции ликвора. Наиболее часто данный синдром возникает у детей с неблагоприятным преморбидным фоном (гипертензионно-гидроцефальный синдром, минимальная мозговая дисфункция, органическое поражение головного мозга). Характерным является быстрая обратная динамика общемозговых и менингеальных симптомов (в течение 1 – 2 дней) на фоне снижения интоксикации и дегидратационной терапии.

Выводы

1. К концу 2013 г. произошло значительное увеличение уровня заболеваемости и обращаемости на СМП по поводу инфекций, вызывающих воспалительный процесс в мозговых оболочках в сравнении с 2010, 2011, 2012 гг. (на 139,9%). Значительный подъем заболеваемости в 2013 г. приходится на конец третьего квартала года: 789 больных против 175 в первом квартале. При этом на первом месте в структуре заболеваемости оказалась возрастная группа больных от 4 до 14 лет, и «активными» очагами инфекции закономерно стали закрытые помещения: детские сады, школы.
2. По данным карт вызовов острый менингит у больных на догоспитальном этапе оказания медицинской помощи характеризуется среднетяжелым (87,4%) и тяжелым (5,6%) течением, которое обусловлено нарушением сознания, выраженностью и

продолжительностью явлений общей интоксикации, наличием осложнений, наличием и степенью выраженности менингеальных симптомов.

3. Основная часть больных с предварительным диагнозом острый менингит, поставленным бригадами СМП, была транспортирована в стационары города, причем 99,4% больных оказались в инфекционных отделениях ГКБ №40. В 61,3% случаях диагноз был подтвержден с помощью инструментально – лабораторных методов, в ряде случаев снят (38,6%) либо на уровне приемного отделения, либо в ходе дальнейшего стационарного лечения.
4. Показательным является тот факт, что летальность больных с диагнозом Острый менингит на догоспитальном этапе составила 0%, что в целом говорит об эффективной работе бригад СМП.
5. Имеют место перетранспортировки больных с диагнозом острый менингит из какого-либо стационара города, куда больные были изначально доставлены по различным причинам, в инфекционный корпус ГКБ № 40. Определенная доля таких вызовов связана с ошибками в ходе диагностики патологии, возникающими в результате нарушения порядка осмотра больного, сбора анамнеза. А это влечет за собой неверную тактику бригады СП в отношении больного в виде госпитализации в непрофильный стационар и отсроченной медицинской помощи. Медицинские работники в силах уменьшить процент таких вызовов при условии проведения планового и внепланового регулярного теоретического обучения сотрудников СМП.

Литература:

1. Доклад «О состоянии здоровья населения Свердловской области в 2010 году».- Екатеринбург.- 2010
2. Доклад «О состоянии здоровья населения Свердловской области в 2011 году».- Екатеринбург.- 2011.

3. Доклад «О состоянии здоровья населения Свердловской области в 2012 году».- Екатеринбург.- 2011.
4. Инфекционные болезни: национальное руководство / Под ред Н.Д. Юшука, Ю.Я. Венгерова. – М.: ГОЭТАР-Медиа, 2009. – 1056 с.(серия «Национальные руководства»).
5. Территориальный стандарт организации оказания скорой медицинской помощи населению Свердловской области (клинико-тактические алгоритмы). – Екатеринбург. – 2008.
6. Оказание неотложной помощи детям на догоспитальном этапе – учебно-методическое пособие.- Екатеринбург.- 2010.

ПОРАЖЕНИЯ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ У ДЕТЕЙ ПРИ ОЖГОВОЙ ТРАВМЕ У ДЕТЕЙ: КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ И ЛАБОРАТОРНЫЕ МАРКЕРЫ

Львова О.А., Сулимов А.В., Штукатуров А.К., Орлова А.Е., Базарный В.В., Мазеин Д.А., Кочеткова В.Е., Негодяева И.В., Баянкина М.М., Чукреева Ю.А., Яковлева С.В.

Кафедра детской неврологии и неонатологии, кафедра клинической лабораторной диагностики и бактериологии ГБОУ ВПО УГМУ Минздрава РФ, ожоговое отделение, неврологическое отделение МАУ ДГКБ № 9, г. Екатеринбург

Термические поражения относятся к распространенным состояниям военного и мирного времени, которые устойчиво занимают второе - третье место среди причин травматического характера, около 60 тыс. человек ежегодно погибают от ожогов. По тематике термического поражения имеется многочисленная литература, которая преимущественно отражает результаты исследований, проводимых комбустиологами, хирургами и реаниматологами. Ожоговая болезнь является ярким примером полиорганной недостаточности, которая объединяет местное изменение обожженной кожи и сложный комплекс вторичных расстройств. Именно эти вторичные расстройства часто приобретают самостоятельное значение, нередко оказывая определяющее влияние на течение и исход заболевания.