

КЛИНИЧЕСКАЯ И ПРОФИЛАКТИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА

Г. Н. МИНАСЯН, Л. А. ОГАНЕСЯН

ТУБЕРКУЛЕЗНЫЙ МЕНИНГИТ ПО ДАННЫМ
ДЕТСКОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЫ

Как в Советском Союзе, так и у нас в Армянской ССР с каждым годом снижается число туберкулезных больных. В этом вопросе большую роль играет улучшение материально-бытовых условий населения и своевременно проведенная вакцинация и ревакцинация. В вопросе снижения туберкулеза у детей особое место занимает наиболее его тяжелая форма—туберкулезный менингит.

Еще 13 лет тому назад туберкулезный менингит считался неизлечимым заболеванием. В настоящее время благодаря антибактериальным препаратам при своевременной диагностике туберкулезный менингит излечивается почти в 100% случаев.

Диагноз туберкулезного менингита ставится на основании анамнеза, положительной туберкулиновой пробы, клинической картины и лабораторных данных (патологической картины спинномозговой жидкости). Клиника туберкулезного менингита имеет характерную картину, и при внимательном динамическом наблюдении нетрудно отличить его от других форм менингита. Методика лечения туберкулезного менингита с каждым годом совершенствуется, благодаря чему смертность от него в некоторых городах (Москва, Ленинград, Киев) доводится до нуля.

Для изучения результатов лечения туберкулезного менингита у нас в детской клинике мы обработали 527 историй болезни за период времени с 1948 по 1958 гг. Возрастной состав больных был до 14 лет. При поступлении в 92% случаев больные имели положительную туберкулиновую пробу.

Отрицательная туберкулиновая проба отмечалась у детей с гипотрофией и дистрофией. Из нашего материала мы видим, что заболеваемость менингитом по возрастам имеет некоторый рост в возрасте 2—3 лет—98, 5—7 лет—100 и старше 7 лет—102. Возраст 2—3 года наиболее ранний возраст. Большой процент заболеваемости в этих возрастных группах мы объясняем плохой организацией вакцинации и ревакцинации.

Анализ работы показал, что в истории болезни больных не отмечались сведения о вакцинации и ревакцинации. Кроме того, родители не имели сведений о вакцинации, которые они должны были получить от врачей родильного дома и консультаций. А между тем имеется обширный литературный материал о благоприятном течении туберкулеза у вакцинированных детей.

Как нам известно, внешняя среда ребенка определяет характер течения всех болезней и туберкулеза в частности.

По литературным данным и на основании наших клинических наблюдений, обострение туберкулезного процесса или выявление латентного туберкулеза наступает вскоре после детских инфекций. Из нашего материала видно, что в 82,6% случаев больные туберкулезным менингитом перенесли в прошлом те или иные инфекции: чаще всего корь (20,1%), катар верхних дыхательных путей (37,6%) и только в 18,4% случаев не болели детскими инфекциями.

Наш материал выявляет большую роль этих инфекций в предрасположении к туберкулезу и ставит вопрос о своевременной профилактике этих инфекций. Другой важный вопрос—это сезонный характер вспышек туберкулеза у детей. Отечественные ученые (А. С. Рябухин [3], В. Д. Маркузон [1], И. В. Цимлер [4], М. П. Похитонова [2] и др.) указывают на частые вспышки туберкулеза осенью и весной. Наоборот, снижение заболеваемости туберкулезным менингитом летом авторы объясняют тем, что в это время года наблюдается меньшее количество заболеваний гриппом, катаром верхних дыхательных путей, детскими инфекциями, в частности корью. Кроме того, авторы сезонность туберкулезного менингита связывают с обеднением организма витаминами. Наши данные совпадают с литературными.

По нашим данным, заболеваемость менингитом наблюдалась: весной в 30,1%, летом—в 20,2%, зимой—в 21,4%, осенью—в 28,3%. Как мы видим, у нас туберкулезный менингит чаще наблюдается осенью и весной, причем эта закономерность повторяется ежегодно. Поэтому наши профилактические мероприятия должны быть усилены именно в эти месяцы. (Лечение, организация питания, улучшение гигиенических условий и т. д.).

Согласно литературным данным туберкулезный менингит в большинстве случаев—это «метастаз» туберкулеза из других органов, и прежде всего из легких—лимфо-гематогенным путем. В этом отношении наш материал представляет определенный интерес. Из общего числа больных 98% туберкулезным менингитом имели процесс в других органах: первичный комплекс 30,6%, бронхаденит—50,6%. Только 9% больных не имели туберкулеза в других органах.

Из поступивших детей очень незначительный процент до заболевания менингитом по поводу лечения туберкулеза состоял на учете в туберкулезных диспансерах и туберкулезных кабинетах. Немало интереса представляет фаза туберкулезного процесса в легких у больных туберкулезным менингитом. При поступлении в 68% случаев больные имели явление в легких в фазе инфильтрации, в фазе рассасывания было 20%, в фазе уплотнения—12%.

Необходимо отметить, что благодаря лечению антибактериальными препаратами резко изменилась картина туберкулезного менингита, и стало труднее разграничение отдельных фаз заболевания. Некоторые характерные симптомы совершенно отсутствуют. Больные до менингита

лечились антибактериальными препаратами в домашних условиях. Частично этим можно объяснить, что у больных ошибочно диагностировались брюшной тиф и другие инфекционные заболевания и направлялись в инфекционную больницу, откуда при нарастании менингеальных симптомов (в результате неспецифического лечения) поступали к нам с поздней диагностикой, на 20-й день заболевания, в тяжелом состоянии с парезами и параличами.

В последние годы несколько улучшилась диагностика, но из районов республики еще поступают с поздней диагностикой. По нашим данным, совпадение диагнозов составляло только 86%. Об улучшении диагностики говорит тот факт, что процент тяжелых больных в 1948—49 гг. составлял 80%, а в 1956—58 гг.—только 38%. От ранней диагностики и от основного процесса легких зависит исход туберкулезного менингита. Осложнение при лечении менингита в 1948—49 гг. составляло 18,7%, а в 1956—58 гг.—только 4%. Если в 1948—49 гг. осложнения выделялись в виде глухоты, слепоты, то в 1956—58 гг.—в виде легких парезов, которые в ходе лечения проходили.

За последние годы совершенствуются методы лечения туберкулезного менингита, включаются все новые и новые препараты, кроме антибактериальных препаратов (стрептомицин, фтивазид, ПАСК), применяются и гормональные препараты (картизон А.К.Т.Г., преднизон). Эти препараты усиливают действие антибактериальных препаратов. Используя вышеперечисленные препараты в течение 10 лет, мы получили следующие результаты (табл. 1).

Таблица 1

	1948 - 49	1950—52	1953—55	1956—58
Летальность	38,1	35,1	24,7	17,9
Выздоровление	17,9	43,9	65	76,7
Б/перемен	44	21	10,3	5,4

Как мы видим из этой таблицы, резко снизилась смертность, но все еще находится на высоком уровне по сравнению с данными Москвы и Ленинграда.

Советские и зарубежные ученые доказывают, что при своевременной диагностике (до 10 дней) и комплексном лечении туберкулезного менингита смертность можно довести до нуля. Необходимо правильное сочетание этих препаратов с условиями, усиливающими реактивность организма. Нам известно, что реактивность организма при туберкулезном менингите является одним из главных факторов. Наши наблюдения показали, что удельный вес туберкулезного менингита среди всех форм туберкулеза составляет 25%. Это немалый процент, на что надо обратить внимание и принять ряд организационных выводов. Последние решения вышестоящих органов призывают мобилизовать силы не только

туберкулеза в нашей стране. Только при этих условиях можно ликвидировать туберкулезный менингит.

Детская клиническая больница
им. проф. О. А. Капреяна

Поступило 13.V 1961 г.

Գ. Ն. ՄԻՆԱՍՅԱՆ, Լ. Ա. ՀՈՎՀԱՆՆԻՍՅԱՆ

ՏՈՒԲԵՐԿՈՒԼՅՈՋԱՅԻՆ ՄԵՆԻՆԳԻՏԸ ԸՍՏ ՄԱՆԿԱԿԱՆ ԿԼԻՆԻԿԱԿԱՆ ՀԻՎԱՆԴԱՆՈՅԻ ՏՎՅԱԼՆԵՐԻ

Ա մ փ ո փ ո լ մ

Ուսումնասիրելով մանկական կլինիկայում 10 տարվա ընթացքում տուբերկուլյոզային մենինգիտի բուժման արդյունքները, գալիս ենք հետևյալ եզրակացություններին:

1. Տուբերկուլյոզային մենինգիտով հաճախ հիվանդանում են այն երեխաները, որոնք ժամանակին չեն ենթարկվում հակատուբերկուլյոզային վակցինացիայի ու ունակցիանացիայի և ապրում են բնակարանային-կենցաղային անբավարար պայմաններում:

2. Տուբերկուլյոզային մենինգիտի ժամանակ միկրոբները մյուս օրգաններին, հատկապես թոքերին, անցնում են ուղեղի թաղանթները լիմֆոհեմատոգեն ճանապարհով:

3. Տուբերկուլյոզային մենինգիտը երբեմն շփոթում են որովայնային տիֆի և կամ այլ ինֆեկցիոն հիվանդությունների հետ, որի պատճառով ուշանում է դիագնոզը, և այդպիսի հիվանդները, հատկապես շրջանից եկածները, ուշ են ենթարկվում հոսպիտալիզացիայի ու սպեցիֆիկ բուժման:

4. Տուբերկուլյոզային մենինգիտի բուժումը պետք է կատարել կոմպլեքսային ձևով, հակամիկրոբային, սպեցիֆիկ պրեպարատներով (ստրեպտոմիցին, պասկ, ֆտիվազիդ, տուբազիդ և այլն), ինչպես նաև հորմոնալ պրեպարատներով (կորտիզոն, ադրենոկորտիկոտրոպինային պրեդնիզոն և այլն):

5. Տուբերկուլյոզի դեմ պայքարի գործում պետք է մասնակցեն ոչ միայն բժիշկները, այլև հասարակությունը, միայն միասնական պայքարի միջոցով կարելի է տուբերկուլյոզով տառապող հիվանդների թիվն իջեցնել նվազագույն չափերի:

Л И Т Е Р А Т У Р А

1. Маркузон В. Д. Туберкулез у детей и подростков. М., 1948.
2. Пахитонова М. П. Клиника и профилактика туберкулеза в детском возрасте. М., 1948.
3. Рябухин А. С. Эпидемиология и патогенез легочного туберкулеза. М., 1948.
4. Цимблер И. В. Туберкулез у детей. М., 1955.