



Д.А. Задирака, О.В. Рябоконт

КЛІНІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ СЕРОЗНИХ І ГНІЙНИХ МЕНІНГІТІВ

Запорізький державний медичний університет

Ключові слова: серозний менінгіт, гнійний менінгіт, клініка, діагностика.

Показано, що особливістю клінічної симптоматики серозних і гнійних менінгітів є часте виявлення дисоціації менингеальних знаків, що найбільш виражене при серозних менінгітах (у 62,1 проти 30,4% хворих). Труднощі етіологічної розшифровки діагнозу підтверджує низький рівень виявлення етіологічного чинника: при гнійних менінгітах етіологія підтверджена в 52,1% випадків, а при серозних лише в 13,7%.

Д.А. Задирака, Е.В. Рябоконт

Клинические особенности течения серозных и гнойный менингитов

Ключевые слова: серозный менингит, гнойный менингит, клиника, диагностика.

Показано, что особенностью клинической симптоматики серозных и гнойных менингитов является частая диссоциация менингеальных знаков, наиболее выраженная при серозных менингитах (62,1 против 30,4%). Трудности этиологической расшифровки диагноза подтверждает низкий уровень выявления этиологического фактора: при гнойных менингитах этиология подтверждена в 52,1% случаев, а при серозных только в 13,7%.

D.A. Zadiraka, O.V. Ryabokon

Clinical features of serous and purulent meningitis course

Key words: serous meningitis, purulent meningitis, clinical picture, diagnostics.

It was shown that the peculiarity of clinical symptoms of serous and purulent meningitis is frequent dissociation of meningeal signs, which is the most pronounced in serous meningitis (62.1 vs. 30.4%). Difficulties of etiologic deciphering of diagnosis is confirmed by the low level of detection of the etiologic factor: in purulent meningitis etiology is confirmed in 52.1% of cases, and in serous ones only in 13.7% cases.

Актуальність проблеми менінгітів бактерійної і вірусної етіології зумовлена високою частотою тяжких форм хвороби, високим рівнем летальності, розширенням спектра етіопатогенів, складністю диференційної діагностики. У всьому світі менінгіти залишаються однією з найпоширеніших форм ураження центральної нервової системи, поступаючись лише судинній патології [1–3].

Значною проблемою для практичного лікаря при менінгіті є відсутність паралелізму між початком хвороби та її типовою симптоматикою, що певною мірою відстрочує своєчасну діагностику й лікування, а це, в свою чергу, впливає на перебіг і наслідки хвороби. В доступній спеціалізованій літературі майже не описано клінічні симптоми на ранніх етапах розвитку захворювання, висвітлення їх різноманітності та відмінностей при гнійних менінгітах (ГМ) і серозних менінгітах (СМ). Це дало б змогу практичним лікарям, особливо первинної ланки, вчасно виявляти дані симптоми, грамотно їх інтерпретувати, що сприятиме ранній діагностиці нейроінфекції та своєчасному призначенню адекватної терапії [4].

МЕТА РОБОТИ

Визначити клінічні й лабораторні особливості серозних і гнійних менінгітів різної етіології.

ПАЦІЄНТИ І МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

Під спостереженням у відділенні нейроінфекцій Запо-

різької обласної інфекційної лікарні перебували 52 хворих на менінгіт різної етіології, серед яких 29 пацієнтів з СМ і 23 хворих на ГМ. У дослідженні взяли участь 30 чоловіків і 22 жінки. Вік хворих коливався від 19 до 74 років, середній вік склав $35,8 \pm 2,4$ років. Всім хворим при надходженні до стаціонару проводили клінічну оцінку загального стану і визначали основний патологічний синдром. Вираженість і тривалість лихоманки, інтоксикаційного, гіпертензійно-лікворного, менингеального синдромів; наявність дифузійної та осередкової симптоматики ураження нервової системи були основою визначення ступеня тяжкості хворих. Всім хворим проводили люмбальну пункцію з подальшим цитологічним, біохімічним, бактеріологічним і вірусологічним дослідженням ліквору. Для виявлення генетичного матеріалу пневмококу, менінгококу, стафілококу, а також вірусу простого герпесу 1-, 2-го типів, цитомегаловірусу і вірусу Епштейна-Барр проводили дослідження ліквору методом полімеразної ланцюгової реакції. Отримані дані оброблено методом варіаційної статистики.

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

У результаті аналізу встановлено, що більшість хворих (41б–78,8%) госпіталізовані в перші три доби захворювання. З третьої до п'ятої доби від початку хвороби госпіталізовані 6 (11,5%) пацієнтів, пізніше п'ятої доби – 5 (9,6%) хворих. Пізні терміни госпіталізації пов'язані в основному з невчасним зверненням



до лікаря, самолікуванням, а в окремих випадках відмовою пацієнтів від первинно запропонованої госпіталізації.

При надходженні до стаціонару стан 7 (30,4%) хворих на ГМ розцінювали як тяжкий, зумовлений набряком-набуханням головного мозку (6–21,7%), що проявлявся порушенням свідомості різного ступеня від сопору до коми; синдромом дисемінованого внутрішньосудинного згортання (7 – 30,4%), проявами інфекційно-токсичного шоку 1–2 ступеня (2 - 8,7%). На відміну від ГМ, перебіг СМ у більшості хворих (25 – 86,2%) був середньої тяжкості і лише у 4 (13,8%) пацієнтів тяжкий, зумовлений значною вираженістю інтоксикаційного синдрому з загальмованістю, сонливістю, певною дезорієнтацією.

Клінічний перебіг менінгітів характеризувався головним болем, лихоманкою, загальноінтоксикаційною, загально-мозковою симптоматикою та менінгіальним синдромом. Усі хворі, незалежно від етіології процесу, відзначали гострий початок хвороби з головного болю різного ступеня інтенсивності та лихоманки. Треба зазначити, що для перебігу ГМ характерна фебрильна лихоманка, яку зареєстровано у 14 (60,9%) хворих, тоді як у хворих на СМ реєстрували підвищення температури тіла як до субфебрильних (11 – 37,9%), так і фебрильних (10 – 34,5%) цифр.

Загальноінтоксикаційна симптоматика вираженіша у хворих на ГМ. Загальну слабкість визначено у 17 (73,9%) хворих на ГМ та 16 (55,1%) хворих на СМ, зниження апетиту – у 18 (78,2%) та 14 (48,3%) пацієнтів відповідно, біль у м'язах – у 14 (60,8%) та 10 (34,5%) обстежених. Загально-мозкова симптоматика переважала у хворих на СМ. Так, на нудоту скаржились 16 (55,1%) хворих на СМ проти 13 (44,8%) хворих на ГМ, одноразову чи повторну блювоту відзначали у 14 (48,3%) проти 9 (39,1%) пацієнтів відповідно, запаморочення мало місце у 9 (31,0%) хворих на СМ проти 3 (13,0%) пацієнтів з ГМ. Частоту виявлення основних клінічних проявів наведено в таблиці 1.

Таблиця 1

Особливості клінічних проявів у хворих на серозні та гнійні менінгіти в гострий період захворювання

Клінічна ознака	Частота реєстрації симптомів			
	Гнійний менінгіт		Серозний менінгіт%	
	Абс.	%	Абс.	%
Головний біль	23	100	29	100
Лихоманка	23	100	29	100
Нудота	13	44,8	16	55,1
Бльовота	9	39,1	14	48,3
Запаморочення	3	13,0	9	31
Загальна слабкість	17	73,9	16	55,1
Зниження апетиту	18	78,2	14	48,3
Біль у м'язах	14	60,8	10	34,5
Катаральний синдром	9	39,1	21	72,4

У ході аналізу вираженості менінгеального синдрому виявлено, що позитивний симптом ригидності потиличних м'язів зареєстровано у 19 (82,9%) хворих на ГМ та 25 (79,3%) хворих на СМ, позитивний симптом Керніга – у 13 (56,5%) та 12 (41,4%) пацієнтів відповідно, позитивний симптом Брудзинського – у 7 (30,5%) та 5 (17,2%) хворих відповідно. У 7 (30,5%) пацієнтів на ГМ спостерігали нестійкість і дисоціацію менінгіального синдрому, у хворих

на СМ ці розбіжності відзначали майже у двічі частіше – у 18 (62,1%) хворих ($\chi^2=5,14$, $p<0,05$). Слід зазначити, що у 2 (6,9%) хворих на СМ менінгеальні знаки відсутні, і лише наявність стійкої лихоманки та головного болю дали змогу обґрунтувати необхідність проведення діагностичної люмбальної пункції.

При аналізі результатів гемограму 12 (52,1%) хворих на СМ показники лейкоцитів і лейкоцитарної формули відповідали віковій нормі, тоді як у 11 (47,8%) обстежених на ГМ виявлено лейкоцитоз у межах від $10,6 \times 10^9/\text{л}$ до $23,5 \times 10^9/\text{л}$, зсув лейкоцитарної формули ліворуч від 9% до 30% паличкоядерних форм, нейтрофіліоз у межах від 82% до 93%.

Лабораторне дослідження ліквору показало типові зміни кольору, прозорості, вмісту білку, цитозу та плеозитозу у цереброспинальній рідині, характерні відповідно для СМ та ГМ (табл. 2).

Таблиця 2

Лікворологічні зміни у хворих на СМ і ГМ у гострому періоді захворювання

Ознака	Серозний менінгіт	Гнійний менінгіт
Колір	безбарвний	ксантохромний
Прозорість	прозорий	опалесцентний
Цитоз, клітин/мкл	$246,97 \pm 59,23$	$3585,33 \pm 1117,6$
Лімфоцити, %	$86,17 \pm 2,31$	$25,75 \pm 3,76$
Нейтрофіли, %	$13,83 \pm 2,31$	$74,25 \pm 3,76$
Білок, г/л	$0,28 \pm 0,05$	$1,02 \pm 0,19$

Примітка: * – різниця достовірна порівняно з показниками хворих на СМ ($p<0,05-0,01$).

Аналіз результатів специфічної лабораторної діагностики дав змогу визначити, що провідною в етіологічній структурі ГМ була менінгококова інфекція, підтверджена у 5 (21,7%) хворих. За період спостереження частку пневмококових ГМ склали 4 (17,4%) випадки. Стафілококи виявились етіологічними чинниками в 3 (13,0%) випадках.

Серед пацієнтів з СМ в 3 (10,3%) випадках зафіксовано герпесвірусний менінгіт (у 1 хворого зумовлений вірусом простого герпесу тип 1/2, у 2 пацієнтів – етіологічним фактором був вірус Епштейна-Барр). У кожного десятого хворого (3 – 10,3%) ураження м'яких мозкових оболонок викликане вірусом лихоманки західного Нілу.

Однак, незважаючи на сучасні можливості специфічної лабораторної діагностики, у 11 (47,8%) хворих на ГМ та у 23 (79,3%) хворих на СМ уточнити етіологічний чинник менінгіту не вдалось. Проблема визначення етіологічного чинника менінгіту, особливо у випадках СМ, залишається складною й за даними інших дослідників [5,6].

Клінічна діагностика СМ і ГМ залишається актуальною проблемою, адже синдром подразнення мозкових оболонок не є постійним при невідкладних станах, що супроводжують патологію центральної нервової системи [7]. У ряді випадків незначна вираженість або навіть відсутність загально-мозкових симптомів на фоні яскравих загальноінфекційних ознак, що їх маскують, може стати причиною діагностичних помилок [8]. Досі не виявлено чіткої кореляції між ступенем загальних змін або вираженістю набряку у мозкових оболонках і вираженістю менінгіального синдрому.



ВИСНОВКИ

1. Особливістю клінічної симптоматики серозних і гнійних менингітів є дисоціація менингеальних знаків, що виражена найбільше при серозних менингітах (у 62,1% проти 30,4 %, $\chi^2=5,14$, $p<0,05$). У розпал захворювання у хворих на гнійні менингіти переважає загальноінтоксикаційний синдром, тоді як у пацієнтів з серозним менингітом переважає загальнономозкова симптоматика.

2. Труднощі етіологічної розшифровки діагнозу підтверджує низький рівень виявлення етіологічного чинника: при гнійних менингітах етіологія підтверджена в 52,1% випадків, а при серозних менингітах лише в 13,7%.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Лобзин Ю.В. Бактериальные менингиты и герпетическая инфекция / Ю.В.Лобзин, В.В.Пилипенко, В.Е.Карев // Инфекционные болезни. – 2010. – Т. 8, №4. – С. 5–9.
2. Лобзин Ю.В. Ранний прогноз при бактериальных гнойных менингитах / Ю.В.Лобзин, В.В.Пилипенко, М.В.Резванцев // Журнал инфектологии. – 2011. – Т. 3, №1. – С. 53–58.
3. Матяш В.І. Актуальні питання епідеміології і клініки герпесвірусних інфекцій / В.І. Матяш // Нова медицина. – 2005. – №5 (22). – С. 36–39.
4. Свістільнік Р.В. Клінічні особливості розвитку основних симптомів при гострому менингіті в дітей / Р.В. Свістільнік, Л.В. Пупа, Т.В. Свістільнік // Здоров'я ребенка. – 2008. – №2(11). – С. 105–108.
5. Лобзин Ю.В. Менингиты и энцефалиты / Лобзин Ю.В., Пилипенко В.В., Громыко Ю.Н. – СПб.: Фолиант, 2001. – 123 с.
6. Сорокина М.Н. Поражения нервной системы при герпетической инфекции / Сорокина М.Н., Безух С.М. – СПб., 1996. – 34 с.
7. Feigin R.D. Diagnosis and management of meningitis / R.D Feigin, G.H.Jr; McCracken, J.O. Klein // Ibid. – 1992. – Vol.11. – P.785–814.
8. Wubber L. Management of bacterial meningitis / L. Wubber; G.H. Jr; McCracken // Pediatrics in Review. – 1998. – №19. – P. 78–84.

Відомості про авторів:

Задирака Д.А., клінічний ординатор каф. інфекційних хвороб ЗДМУ.
Рябокоть О.В., д.мед.н., професор, зав. каф. інфекційних хвороб ЗДМУ.

Поступила в редакцію 26.09.2012 г.