

Вафокулов С. Х.,
Ярмухамедова М.К.,
Расулов Ш.Ш.

СЕРОЗНЫЕ МЕНИНГИТЫ ЭНТЕРОВИРУСНОЙ ЭТИОЛОГИИ
Кафедра инфекционных болезней и эпидемиологии СамМИ (ректор - проф.
Шамсиев А.М.)

Актуальность темы. Серозные менингиты остаются важной проблемой в практике не только инфекционистов, но и педиатров и врачей общей практики. Соотношение гнойных и серозных менингитов меняется в разные годы и зависит от эпидемиологической обстановки. Трудности диагностики вирусных поражений центральной нервной системы, особенно в детском возрасте, материальная ограниченность в этиологической диагностике и необходимость изыскания новых методов быстрого клиниколабораторного распознавания инфекции. Среди методов диагностики важное место занимает исследование цереброспинальной жидкости.

Задачи исследования. Изучить клинико-лабораторные особенности серозных менингитов энтеровирусной этиологии у взрослых и у детей.

Материалы и методы исследования. Исследования проводились на базе городской клинической инфекционной больницы №1 г. Самарканда, являющейся специализированным учреждением по диагностике и лечению менингитов. Обследование пациентов проводилось с целью подтверждения клинического диагноза и для определения этиологического агента с помощью клинических, бактериологических, вирусологических методов исследования.

С учетом того, что очагом воспаления являются мягкие мозговые оболочки головного мозга и спинной

мозг, основным материалом для исследования являлась спинномозговая жидкость (СМЖ) - ликвор.

Все больные обследовались на общие анализы крови, мочи и ликвора в динамике.

Под нашим наблюдением находилось 60 больных с диагнозом серозно-асептический менингит энтеровирусной этиологии, получившие лечения в городской инфекционной клинической больнице №1 города Самарканда.

Для исключения бактериальной природы менингита всем больным проводились бактериологические исследования ликвора на менингококки и крови на стерильность.

Для изучения клинической картины серозно-асептического менингита энтеровирусной этиологии больные были разделены на две основные группы: 1 - группа состоит из 38 взрослых пациентов, возрастной диапазон которых составляет от 15 до 56 лет, 2 - группа из 22-х детей в возрасте от 8 до 14 лет.

Больные с ЭВИ по полу разделены следующим образом: среди взрослой группы женщин было - 11, мужчин 27 больных, а в группе детей девочек было - 6, мальчиков - 16.

У обследованных пациентов диагноз ставился на основании жалоб, анамнеза.

История болезни, клинических данных, характерных изменений ликвора и вирусологических методов исследования.

Таблица 1

Общепаразитарные синдромы энтеровирусного менингита

Симптомы	Частота, Длительность	
	1 группа n=38	2 группа n=22
	100%	100%
	39,3±0,66	38,9±0,86
	9,15±3,4	9,27±4,3
Лихорадка (%)	92,1%	100%
Высота лихорадки (°C) Длительность лихорадки (дни)	4,3±2,2	5,9±2,8
Снижение аппетита (%) Длительность снижения аппетита(день)	9,4±3,5	9,5±4,6
Вялость, недомогание (дни)		
Продолжительность обще- инфекционного синдрома	9,8±3,17	10,04±4,6

обычно

Менингиты по нашим исследованиям манифестируются следующими признаками: общепаразитарными и общепаразитарными проявлениями, синдромом раздражения мозговых оболочек (менингеальный синдром) и ликворологическими синдромами.

Серозный менингит, как правило, начинается остро, у всех больных (100%) с повышения температуры тела, которая у взрослых больных была в среднем 39,3±0,66°C, а у детей в пределах 38,9±0,86°C. Лихорадочный период

длительный 9,15±3,4 дня у взрослых и 9,27±4,3 дней у детей, и в 25% случаев температурная кривая носила двухволновой и трехволновой характер.

В исследуемых группах снижение аппетита наблюдалось в 92,1% случаев первой группы, во второй группе у 100% больных с длительностью 4,3±2,2 и 5,9±2,8 дней соответственно. Характерен внешний вид больных - гиперемизированное лицо с бледным

носогубным треугольником (27,3%), инъецированные склеры (32,6%), сухие губы. Имеют место явления фарингита - гиперемия зева, особенно в области дужек, лимфоидная зернистость задней стенки глотки (21,8%), пузырьковые высыпания на дужках миндалин, языке, мягком небе (герпангина) (14,9%). У четверти больных (23,7%) наблюдаются катаральные симптомы со стороны верхних дыхательных путей.

У некоторых больных отмечалось герпетические

Общемозговые симптомы

высыпания у носа и губ, в 15% случаев наблюдалось кореподобная, розеолезная или полиморфная экзантема. Часто сыпь быстро исчезал через несколько часов и не замечена врачом приемного покоя. В других случаях (преимущественно при Коксаки-инфекции) отмечаются боли в мышцах ног, грудной клетки (33%). Сочетание СМ с другими формами ЭВИ облегчает этиологический

Таблица 2

энтеровирусного менингита

Общемозговые симптомы -	Частота, Длительность	
	1 группа n=38	2 группа n=22
Головная боль (%)	100%	100%
Длительность головной боли (дни)	7,34±3,3	6,8±3,1
Рвота (%)	92,1%	100%
Продолжительность рвоты (дни)	1,9±1,1	3,23±1,2

диагноз.

У всех больных (100%) первой группы в течение 7,34±3,3 дней отмечается головная боль различной интенсивности, преимущественно в лобно-височных отделах, а у детей также отмечалась головная боль у всех больных продолжительность головной боли в среднем составила 6,8±3,1 дня.

Постоянный симптом болезни - повторные, иногда многократные рвоты. В первой группе она наблюдалась у (92,1%) больных, во второй группе у 100% больных. Эти симптомы в сочетании с повышением температуры и менингеальными симптомами являются показанием к люмбальной пункции, что и сделано всем больным в исследуемых группах соответственно.

Менингеальные симптомы, как правило, появляются на 2—3 день болезни. Наиболее частыми являются ригидность мышц затылка (100%), симптомы Брудзинского (26,3%) и Кернига (94,7%). Во второй группе встречаемость ригидности шейных мышц была также, но симптом Брудзинского наблюдался в 59%, Кернига в 86,4% случаях соответственно.

У больного может быть один, два или три менингеальных симптома, выраженный слабо (34^2%), средне (18,4%), выраженный (31,6%) и резко выраженные

(15,8%), у большинства больных диссоциированы, обычно в течение 4,9±1,9 дней у взрослых и 5,5±1,3 у детей исчезают.

Установление диагноза СМ возможно только после исследования ЦСЖ. При ЭМ ликвор прозрачный бесцветный, давление его повышено, У большинства больных, пунктированных в 1-3 сутки от начала заболевания, число клеток (плеоцитоз) было увеличено до 239±83,6 клеток в 1 мкл жидкости в первой группе и 200*52,2 во второй группе соответственно.

При наблюдении было отмечено, что прозрачность имела существенные различия. В первой группе прозрачная СМЖ была в 50%, опалесцирующая была в 34,2% и мутная в 15,8% случаев. Во второй группе прозрачная СМЖ была у 59% больных, опалесцирующая 4,5% и мутная была у 36,5% случаев.

В первые 1-3 дня от начала заболевания, типичный для СМ в первой группе лимфоцитарный плеоцитоз отмечался у 31,6% больных, смешанный (лимфоцитарно - нейтрофильный) - у 50,0%, преимущественно нейтрофильный - у 18,4%, но уже к 5 - 7 дню болезни нейтрофилы сменяются лимфоцитами.

Менингеальный синдром в обеих группах

Менингеальный синдром	Длительность Частота,	
	1 группа n=38	2 группа n=22
Слабо выраженные симптомы (%)	34,2%	27,3%
Средневыраженные симптомы (%)	18,4%	27,3%
Выраженные	31,6%	18,1%
Резко выраженные симптомы (%)	15,8%	27,3%
Симптом Кернига (%)	94,7%	86,4%
Продолжительность симптома Кернига (дни)	3,6±1,4	5,15*2,2
Ригидность затылочных мышц (%)	100%	100%
Продолжительность ригидности (дни)	4,9±1,9	5,5* 1,3
Симптом Брудзинского (%)	26,3%	59%
Продолжительность симптома Брудзинского (дни)	4,54:1,6	3,6± 1,8

Изменения СМЖ в различных группах

Изменения СМЖ	Частота, Длительность	
	1 группа n=38	2 группа n=22
Прозрачная (%)	50%	59%
Опалесцирующая (%)	34,2%	4,5%
Мутная (%)	15,8%	36,5%
Средний плеоцитоз (клетки в 1 мл)	239±83,6	200±52,2
Лимфоцитарный плеоцитоз (%)	31,6%	22,7%
Смешанный плеоцитоз (%)	50,0%	50,0%
Нейтрофильный плеоцитоз (%)	18,4%	27,3%
Белок (г/л)	0,78±0,2	0,58±0,2

Во второй группе лимфоцитарный плеоцитоз отмечался у 22,7% больных, смешанный (лимфоцитарно - нейтрофильный) - у 50,0%, преимущественно нейтрофильный - у 27,3%, но уже к 5 - 7 дню болезни нейтрофилы сменяются лимфоцитами.

Содержание белка в первой группе больных был в среднем 0,78±0,2 г/л, во второй группе в среднем 0,58±0,2 г/л соответственно. Сахар и хлориды ЦСЖ были в пределах нормы. Воспалительные изменения в ликворе чаще выражены на 1—3 день, но могут впервые появиться лишь на 6—8 день болезни. Санация ЦСЖ у половины больных (56,4%) наступала к 14 дню болезни, то есть санация ликвора наступает значительно позже, чем исчезновение основных клинических проявлений болезни.

В гемограмме чаще (26,3%) наблюдается нормальное число лейкоцитов или умеренный лейкоцитоз (73,7%). Характерен нейтрофилез, сменяющийся лимфоцитозом, СОЭ несколько повышена (84,2%) или в пределах нормы (15,8%).

У 30—40% больных в начальном периоде отмечаются рассеянные, быстро проходящие симптомы поражения вещества головного мозга (легкая слабость

маленьких детей возможны общие судороги, у более старших - нарушения сознания до степени сомнолентности или сопора. Основой энцефалических проявлений обычно являются нарушения внутрисерпной гемо- и ликвородинамики и отек вещества мозга. Данные проявления поражения вещества мозга были незначительными и быстро переходящими.

Выводы

Основными клиническими проявлениями серозного менингиита энтеровирусной этиологии являлись повышение температуры тела, снижение аппетита, тошнота, рвота, ригидность затылочных мышц и наличие менингеальных симптомов. Также к вышеперечисленным данным можно добавить бледность носогубного треугольника, инъектированность склер, полиморфная экзантема, герпангина и миалгия помогает установить этиологический диагноз.

Основным показателем серозного воспаления являлось изменение ликвора. При этом наблюдался умеренный цитоз в пределах сотых единиц клеток в одном мкл ликвора. Характер цитоза в начале заболевания нейтрофильный, но затем быстро принимал в лимфоцитарный или смешанный характер.

Литература

1. Амвросьева Т.В., Богуш З.Ф., Казинец О.И. и др. Вспышка энтеровирусной инфекции в Витебске в условиях загрязнения питьевой воды энтеровирусами. // *Вопр. вирусологии.* — 2004. Т.49, №1. - С.30-34.
2. Амвросьева Т.В., Титов Л.П. Малдере М. и др. Водная вспышка серозного менингита в Беларуси, вызванная вирусом ЕСНО-30. // *Жури, микробиол., эпидем., имун.* 2001. — №1. - С.21-25.
3. Богданов Э.И., Галиуллин Р.А., Гусякова Р.П. и др. Хронический энтеровирусный менингит. // *Неврологический журнал.* — 2004. — №3. — С.38-43.
4. Богомолов Б.П. Диагностика вторичных и первичных менингитов. // *Эпидемиол. и инфекц. болезни* 2007. - №6. - С.44-48.
5. Букринская А.Г. Вирусология. М.: Медицина, 1986. - 336с. / Гл. 16. Семейство пикорнавирусов (Picornaviridae). — Энтеровирусы.
6. Габриэлян Н.И., Левицкий И.М. Дми триев А.А. и др. Скрининговый метод определения средних молекул в биологических жидкостях. Методические рекомендации. М. - 1985. - 18с.
7. Габриэлян Н.И., Липатова В.И. Опыт использования показателей средних молекул в крови для диагностики нефротических заболеваний у детей. // *Лабораторное дело.* 1984. - №3. - С. 138-140.
8. Деконенко Е.П., Кареткина Г.Н. Вирусные и бактериальные менингиты. // *Русский медицинский журнал (РМЖ).* 2000. - Т.8, №13-14. - С.548-551.
9. Кишкурно Е.П. Особенности энтеровирусных менингитов у детей г.Минска. // *Белорусский медицинский журнал (БМЖ)* 2005. №2(12). - С.24-35.
10. Кишкурно Е.П., Амвросьева Т.В. Энтеровирусная инфекция у детей: клиника, диагностика, подходы к терапии. // *Медицина неотложных состояний.* 2007. - №2(9). - С.125-128, С.33-34.