

Шабан Ж. Г.

*Белорусский государственный медицинский университет,
г. Минск*

Сакович В. И.

*Белорусский государственный медицинский университет,
г. Минск*

Мусик Т. В.

*Белорусский государственный медицинский университет,
г. Минск*

Юркевич И. В.

*Минский городской исполнительный комитет,
Беларусь*

МЕНИНГИТЫ У ВЗРОСЛЫХ В Г. МИНСКЕ

Менингиты и менингоэнцефалиты — наиболее частые клинические формы нейроинфекций. У взрослых наибольшее число случаев болезни приходится на молодую, социально активный возраст — 15–30 лет. Срочная госпитализация, своевременно начатая терапия и постоянное медицинское наблюдение важны для предотвращения угрожающих жизни состояний. Наиболее частые осложнения — отёк мозга, острая почечная недостаточность, пневмония, венитрит, парезы, параличи. У 30–50 % больных развиваются стойкие неврологические расстройства: тугоухость, умственная отсталость, параличи, эпилептические припадки, поведенческие расстройства. Даже при своевременной диагностике и интенсивной терапии в ряде случаев при тяжёлых формах менингитов долго сохраняется астеновегетативный синдром (снижение внимания, памяти, работоспособности, эмоциональная лабильность, нарушение сна) [1, 3].

Менингит у пожилых может протекать при субфебрильной и даже нормальной температуре, с менее выраженными интоксикационным и менингеальным синдромами. Характерны поздние летальные исходы, обычно на десятый день болезни. Более тяжёлое течение менингоэнцефалитов в старшей возрастной группе обусловлено сниженными компенсаторными возможностями организма и полиорганной недостаточностью, легко развивающейся на фоне возрастной патологии.

Цель работы — изучить этиологическую структуру и сезонность менингитов у взрослых в г. Минске.

Материалы и методы. Диагноз менингита устанавливается на основании данных клинического обследования, результатов биохимического и микробиологического исследований ликвора [2]. Практика исследования ликвора при подозрении на менингит в клинко-диагностической лаборатории ГИКБ г. Минска включает биохимическое, цитологическое, микроскопическое, бактериологическое и молекулярно-биологическое исследование ликвора. Описанные в литературе экспресс-методы обнаружения антигенов в ГКИБ г. Минска не используются. Отказ от серодиагностики в данном случае является оправданным, так как несомненно, что используемая ПЦР обладает большей чувствительностью и специфичностью.

ПЦР ставится в ГКИБ г. Минска с 2004 г. Проводится детекция ДНК герпес-вирусов (вируса простого герпеса 1 типа, вируса простого герпеса 2 типа, цитомегаловируса, вируса Эпштейна–Барр), а также определение РНК энтеровирусов. ПЦР также используется для обнаружения генома бактерий родов *Neisseria*, *Haemophilus*, *Streptococcus*.

Характеристика исследованной группы пациентов. На лечении в ГИКБ г. Минска в 2007 г. находились 62 пациента с диагнозом «менингит» в возрасте от 18 до 70 лет (рис. 1). Среди больных 62 % составили женщины, 38 % — мужчины. 18 % болевших нигде не работали, 24 % являлись студентами. Лёгкая форма заболевания менингитом наблюдалась у 79 % больных, среднетяжёлая — у 6 %, тяжёлая — у 15 %. У 13 % больных менингит протекал с осложнениями в виде нарушений в 7 паре черепно-мозговых нервов, отёка головного мозга, поражения кожи и слизистой, а также полиорганной недостаточности. Преимущественно осложнения наблюдались при бактериальных менингитах.

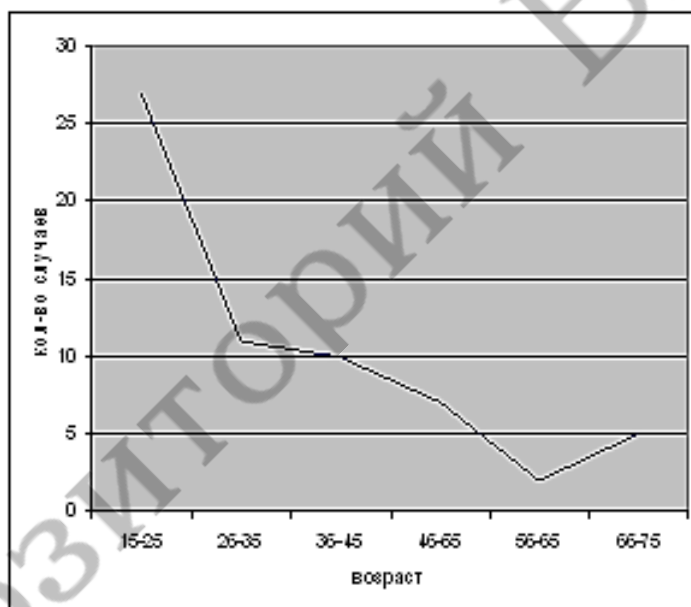


Рис. 1. Возрастная структура больных менингитом

Результаты и обсуждение. Для менингитов характерны острое начало, лавинообразное нарастание симптоматики, наличие кратковременного улучшения самочувствия на 6–8 часу болезни, быстротечность заболевания и быстрое развитие осложнений. Клинические проявления менингитов включают синдромы: общеинфекционный (лихорадку, озноб, общую слабость, кожные экзантемы), общемозговой (головную боль, не приносящую облегчения рвоту, нарушение сознания, судороги, расширение вен на голове, веках, глазном дне) и менингеальный, обусловленный раздражением или воспалительным процессом мозговых оболочек. Головная боль, рвота и лихорадка — патогномичная триада начальных симптомов, при наличии которых всегда нужно предполагать менингит.

За медицинской помощью больные обращались преимущественно в первые дни заболевания. Основная масса больных жаловалась на сильную головную боль (85 %) и лихорадку (70 %). Слабость и сонливость наблюдалась у 37 % пациентов, тошнота и рвота — у 31 %.

5 % больных имели в анамнезе укус клеща, 6 % имели контакт с инфекционными больными. У значительного числа пациентов в анамнезе имели место респираторные инфекции, рецидивирующая герпетическая инфекция, ангина, гайморит, лечение которых проводилось в амбулаторных условиях, без медицинского наблюдения или не проводилось вовсе. При этом больные продолжали вести социально активный образ жизни.

Этиологическая структура менингитов. У 53 % пациентов по характеру изменений в ликворе диагностирован серозный менингит. Этиологическая структура серозных менингитов представлена на рис. 2. Наиболее частой причиной серозных менингитов были вирусы простого герпеса, вирус Эпштейна-Барр, энтеровирусы, цитомегаловирус. Наряду с этим, в 47 % случаев серозных менингитов этиологию установить не удалось.

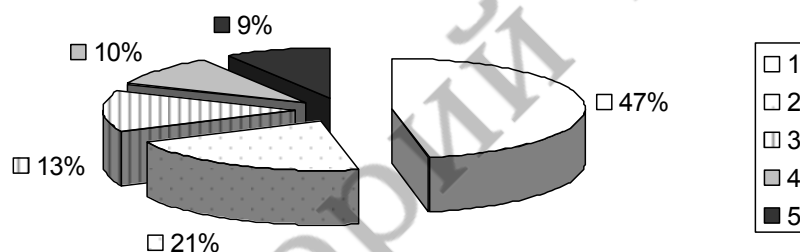


Рис. 2. Этиологическая структура серозных менингитов:
1 — этиологический агент не идентифицирован; 2 — вирусы простого герпеса; 3 — вирус Эпштейна-Барр; 4 — энтеровирусы; 5 — цитомегаловирус

У 47 % пациентов по характеру изменений в ликворе установлен диагноз гнойного менингита. Этиологическая структура гнойных менингитов представлена на рис. 3. Наиболее частой причиной гнойных менингитов была *N. meningitidis* (52 %). Примерно с равной частотой обнаруживались *H. influenzae* и *S. pneumoniae*. Однако в 18 % случаев гнойных менингитов этиологию установить не удалось.

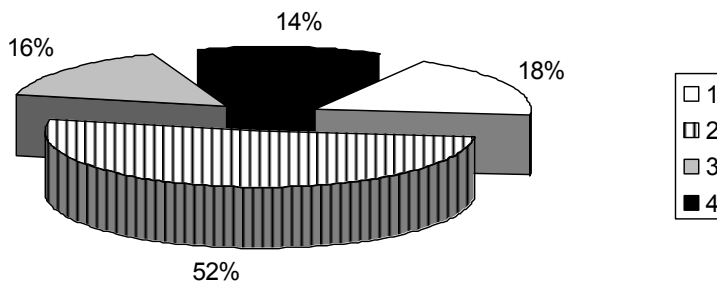


Рис. 3. Этиологическая структура гнойных менингитов:
1 — этиологический агент не идентифицирован; 2 — *N. meningitidis*; 3 — *H. influenzae*; 4 — *S. pneumoniae*

Сезонность менингитов. Согласно литературным данным, летом среди возбудителей вирусного менингита преобладают энтеровирусы и арбовирусы. Преимущественный путь передачи энтеровирусов — водный. Он реализуется при авариях в системе водоснабжения и попадании в питьевую воду сточных вод. Инфицирование энтеровирусами происходит при питье некачественной воды либо купании в контаминированных водоёмах. Основным путем инфицирования арбовирусами — трансмиссивный, обеспечиваемый клещами. В конце зимы – начале весны наиболее частым возбудителем вирусного менингита является вирус эпидемического паротита, особенно у лиц мужского пола. Для вирусов герпеса и ВИЧ сезонность не характерна.

По результатам наших исследований (рис. 4, *а*) высокий уровень заболеваемости серозными менингитами наблюдался в летний (46 % случаев) и осенний (31 % случаев) периоды. Самый низкий процент заболевших — зимой (6 % случаев), к весне он постепенно медленно увеличивается (18 % случаев).

Согласно литературным данным, для гнойных менингитов характерна зимне-весенняя сезонность с максимальным числом заболеваний в феврале–апреле, что связано со значительными колебаниями температуры воздуха в эти месяцы и совпадает с ростом числа респираторных инфекций.

В нашем исследовании (рис. 4, *б*) наибольшее количество случаев гнойных менингитов регистрируется весной — 37 %. Летом и осенью регистрируется 28 % и 23 % случаев соответственно. Зимой количество случаев снижается до 12 %.

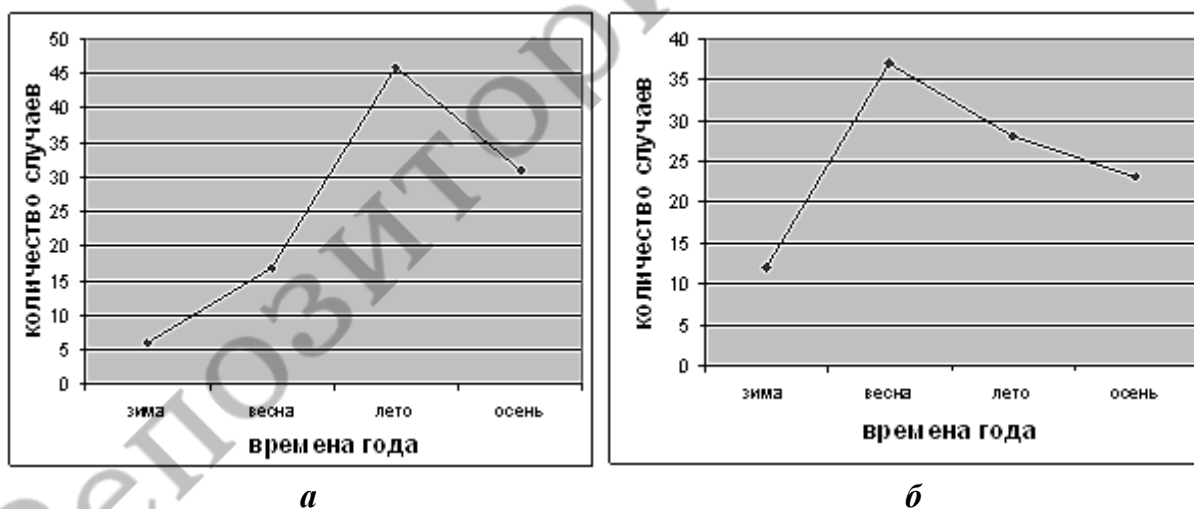


Рис. 4. Сезонность серозных менингитов:
а — серозных; *б* — гнойных

Ранняя и адекватная терапия является ключевым моментом, определяющим исход заболевания менингитом. В нашем исследовании среди пациентов с серозными менингитами полное выздоровление отмечено у 89 %, осложнения наблюдались у 11 %. Среди пациентов с гнойными менингитами полная реконвалесценция отмечалась у 46 %, у 40 % наблюдались неврологические расстройства, летальный исход наступил в 14 % случаев.

Очевидно, что своевременное установление этиологии менингита является чрезвычайно актуальным. При проведении дифференциальной диагностики следует учитывать данные анамнеза (перенесенные ранее болезни, травмы, эпиданамнез) и возраст пациента. Однако основное значение в установлении этиологического диагноза имеют микробиологические исследования, среди которых предпочтение должно быть отдано методам экспресс-диагностики.

Выводы:

1. Этиологическая структура серозных менингитов в г. Минске представлена вирусами герпеса (вирусами простого герпеса, вирусом Эпштейна–Барр, цитомегаловирусом) и энтеровирусами.

2. В этиологической структуре гнойных менингитов в г. Минске доминировала *N. meningitidis* (52 %). Примерно с равной частотой обнаруживались *H. influenzae* и *S. pneumoniae*. В 18 % случаев гнойных менингитов этиологию заболевания установить не удалось.

3. Подъём заболеваемости серозными менингитами в летнее время (46 %) и высокий процент этиологически недифференцированных менингитов (47 %) свидетельствуют о необходимости усовершенствования этиологической диагностики серозных менингитов. Учитывая высокую актуальность арбовирусов в это время года и широкий спектр арбовирусов, циркулирующих на территории Беларуси, в спектр исследований ликвора необходимо внедрить ПЦР для определения геномов арбовирусов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Карпов, И. А. Инфекционные болезни на рубеже тысячелетий. Перспективы развития службы, роль и место врача-инфекциониста / И. А. Карпов // Белорусский медицинский журнал. 2002. № 1. С. 110–112.

2. Руководство по инфекционным болезням : в 3 ч. / под ред. Ю. В. Лобзина. Санкт-Петербург, 2000.

3. Tunkel, A. R. Acute meningitis / A. R. Tunkel, W. M. Scheld // Principles and Practice of Infectious Diseases. Churchill Livingstone. 2000. P. 959–997.