



З.І. ЗАВОДНОВА

Національний медичний університет
ім. О.О. Богомольця, Київ

Рідкісні форми менінгітів

Лекцію присвячено актуальній проблемі неврології — менінгіту. Наведено підходи до класифікації, епідеміології, патогенезу. Висвітлено основні клінічні вияви рідкісних форм цього захворювання. Знання рідкісних форм менінгіту допоможе лікарю своєчасно його діагностувати та надати необхідну лікарську допомогу.

Ключові слова: менінгіт, рідкісні форми, первинні, вторинні ураження оболонок головного мозку.

Менінгіт — це гостре інфекційне захворювання центральної нервової системи з переважним ураженням м'якої оболонки головного та спинного мозку, частка якого становить 34—38 % у структурі загальної патології нервової системи. Менінгіт виникає як самостійне захворювання або як ускладнення іншого процесу. Найчастіші симптоми менінгіту: сильний головний біль, лихоманка, блювання, змінені свідомість та чутливість до світла (фотофобія) або звуку, ригідність потиличних м'язів. Іноді, особливо у дітей, можуть виявлятися лише неспецифічні симптоми, такі як подразливість та сонливість.

Під терміном «менінгіт» розуміють запалення оболонок головного мозку, а причиною цього запалення може бути велика кількість мікроорганізмів — бактерій, вірусів, грибів. Інфекціоністи стверджують, що за певних умов будь-який мікроорганізм може спричинити менінгіт у людини будь-якого віку. Менінгіти бувають різними за швидкістю розвитку, тяжкістю стану, частотою виникнення та, що особливо важливо, методами лікування, але їх об'єднує те, що всі вони становлять загрозу життю та мають високий ризик ускладнень.

Це захворювання відоме давно, але клінічні ознаки описані лише наприкінці XIX століття. Вважають, що Гіппократ знав про існування такої хвороби, як менінгіт. У 1768 р. шотландський лікар Р. Вітт описав випадок туберкульозного менінгіту. Менінгіт як епідемічне явище вперше зафіксовано 1805 р. у Женеві.

Досі немає єдиної класифікації менінгітів: виділяють первинні та вторинні, залежно від характеру

запального процесу в оболонках та складу спинно-мозкової рідини (СМР) — гнійний, серозний, серозно-фібринозний, геморагічний. При гнійному менінгіті в рідині виявляють переважно нейтрофільний плейоцитоз, при серозному — лімфоцитарний.

Є три шляхи інфікування мозкових оболонок:

- контактний (периневральний, лімфогенний) — з гнійних процесів вуха, горла, носа;
- при травмах головного мозку;
- гематогенний.

Клінічна картина здебільшого характеризується такими виявами, як запалення, набряк мозкових оболонок, дисциркуляторні розлади в мозкових та оболонкових судинах; гіперсекреція СМР та затримка її резорбції, що призводить до розвитку водянки головного мозку та підвищення внутрішньочерепного тиску; подразнення оболонок мозку, черепних нервів або спинномозкових корінців; загальна інтоксикація.

Різні форми менінгітів мають багато спільного та поєднують такі вияви:

- Синдром інфекційного захворювання — підвищення температури тіла, лихоманка, загальна слабкість, ломота у всьому тілі, лейкоцитоз у крові зі зміщенням формули вліво, підвищення ШОЕ.

- Менінгеальний синдром — комплекс симптомів, зумовлених подразненням або запальним процесом у мозкових оболонках. Він поєднує оболонкові симптоми — ригідність потиличних м'язів, довгих м'язів спини, симптом Керніга, верхній, середній та нижній симптоми Брудзинського, реактивні больові феномени, а також із загально-мозкових симптомів — головний біль унаслідок

подразнення закінчень V та X пари черепних нервів, блювання, психомоторне збудження, порушення свідомості, судоми, кому.

- Синдром запальних змін у лікворі – нейтрофільний плейоцитоз при гнійних менінгітах та лімфоцитарний плейоцитоз при серозних.

Лістеріозний менінгіт

Лістеріоз — захворювання, при якому, крім менінгіту, можуть мати місце підгострий сепсис, ендокардит, ураження шкіри (*Listeria monocytogenes*). Початок гострий з високою температурою, висипки на обличчі у вигляді метелика, збільшення розміру печінки, селезінки, лімфатичних вузлів. Виникає у виснажених осіб, маленьких дітей, осіб похилого віку, на тлі імунодепресивної терапії. Може розвиватися гостро та підгостро. Немає ригідності потиличних м'язів. Кількість клітин у СМР — 50—1000 в 1 мкл. Концентрація глюкози не змінена або дещо знижена. Верифікацію захворювання проводять шляхом виділення лістерій зі СМР, зіву, білявушних вод.

Клінічний діагноз лістеріозного менінгіту буде точним у разі наявності симптомів лістеріозу, особливо жовтяниці. За їх відсутності шукають збудника та проводять серологічні реакції.

Менінгіт, спричинений гемофільною паличкою

Ця форма менінгіту виникає переважно у новонароджених та дітей раннього віку — у 90 % випадків захворювання розвивається в перші 5 років життя. У новонароджених та дітей раннього віку цей менінгіт первинний, у дорослих — вторинний після гострого синуситу, середнього отиту, переломів кісток черепа. Фактори ризику — імунодефіцит, цукровий діабет, зловживання алкоголем, сезонність. Тривалість захворювання — 10—20 днів. Зміни СМР такі самі, як і при гнійних менінгітах. У разі своєчасного та адекватного лікування хворий одужує. Серед новонароджених — висока смертність.

Амебний менінгіт

Амебний менінгіт виникає у разі купання в зараженому водоймищі влітку. Амеба потрапляє крізь слизову оболонку носа, решітчасту пластинку, нюхові нерви в порожнину черепа. Захворювання починається з порушення нюху. Інколи спостерігають вогнищеву симптоматику. У СМР — нейтрофільний плейоцитоз, велика кількість еритроцитів, знижений вміст глюкози, іноді виявляють амеби. Захворювання швидко прогресує, через 1—2 тижні може настати смерть.

Лімфоцитарний менінгіт

Спричиняється вірусом епідемічного паротиту. Менінгеальні симптоми з'являються рано, але уражені помірно, найчастіше виявляють ригідність

потиличних м'язів. Описують форми цього менінгіту без менінгеальних знаків. Також можуть виникати панкреатит та орхіт. У СМР — лімфоцити у кількості від 10 до 100 в 1 мкл, рівень глюкози — в нормі.

Гострий лімфоцитарний хориоменінгіт

Гострий лімфоцитарний хориоменінгіт трапляється рідко, переважно восени та взимку в людей віком 20—40 років. Збудником захворювання є фільтрівний вірус, який розповсюджують хатні миші. Вхідні ворота інфекції — дихальні шляхи. Розповсюджується вірус гематогенно.

Вперше цей вірус описали Армстронг та Ліллі у 1934 р. Інкубаційний період захворювання триває до 2 тиж, у чверті хворих виникають патологічні рефлекси, анізорефлексія, порушення координації, ураження III, VII пари черепних нервів, застійні диски зорових нервів. У лікворі виявляють лімфоцити у кількості до 1000 в 1 мкл.

Перебіг захворювання — доброякісний, інколи на 2—3-му тижні можуть виникати ускладнення у вигляді генералізованої алопеції, орхіту.

Діагностика ґрунтується на виявленні вірусу в крові та СМР шляхом постановки реакції нейтралізації та зв'язування комплекта.

Специфічного лікування не існує.

Герпетичний менінгіт

Збудниками цього менінгіту найчастіше є віруси простого герпесу, оперізувального герпесу, вітряної віспи. Розповсюдження вірусу відбувається контактним шляхом з Гасерового вузла на судини, лікворним або гематогенним шляхом. У клінічній картині спостерігають легкі менінгеальні знаки, у СМР — лімфоцитарний плейоцитоз до 25—100 в 1 мкл.

Ускладненням оперізувального герпесу є нещодавно виділений симптомокомплекс — контралатеральний геміпарез, пов'язаний з *herpes zoster ophthalmicus* (HZO). В основі цього стану лежить ураження судин головного мозку у вигляді некротизуючого гранульоматозного ангіїту менінгеальних і мозкових артерій та іпсилатеральних інфарктів мозку. Геміпарез виникає гостро, може бути геміанестезія, геміанопсія, рідко — мозочкова симптоматика. Середній інтервал між появою HZO та розвитком контралатерального геміпарезу становить 7 тиж, іноді — 1 тиж або 6 міс. У більшості хворих виражені загальнономозкові симптоми: сопор, сомноленція, кома. Смертність сягає 20 %. Склад СМР змінюється у 2/3 хворих.

Синдром Фогта — Коянаги — Харада (увеоменінгіт)

Системне захворювання, яке виявляється менінгітом, ураженням очей (двобічний хронічний увеїт, ретиніт), алопецією, вітиліго, посивінням вій, порушенням слуху.

Доброякісний рецидивний менінгіт Молларе

Ця форма описана у 1944 р. Причинами є простий герпес 1-го типу, епідермоїдні кісти, гістоплазмоз. Характерні ознаки — головні болі, які виникають спонтанно, та ригідність потиличних м'язів. Напад триває 2—3 доби у вигляді «м'якого асептичного» менінгіту. При обстеженні виявляють симптоми подразнення мозкових оболонок та непостійні вогнищеві симптоми у вигляді епінападів, диплопії, дизартрії, порушення рівноваги, ураження VII пари черепних нервів, анізокорії. Лихоманка помірна, але може бути до 40 °С. У СМР — лімфоцитарний плейоцитоз (від 200 до декількох тисяч в 1 мкл), невелика кількість білка, рівень глюкози — в межах норми. На ранніх стадіях захворювання у СМР інколи виявляють великі ендотеліальні клітини зі зниженою осмотичною резистентністю. Цю форму менінгіту диференціюють із рецидивним бактеріальним, вірусним, грибовим менінгітом, саркоїдозом, ехінококовою кістою, внутрішньочерепною пухлиною. Одуjuanня може відбуватися без специфічного лікування.

Менінгіт при інфекційному мононуклеозі

Інфекційний мононуклеоз спричиняється вірусом Епштейна—Барр. Виявляється ураженням лімфатичних вузлів, печінки, селезінки, шкіри, нервової системи (в 1—5 % випадків). Спостерігають головний біль, інколи блювання, менінгеальні знаки. В діагностиці має значення поява в периферичній крові лейкоцитозу та аномальних мононуклеарних клітин (атипові лімфоцити).

Менінгіт при хворобі котячої подряпини

Провідними симптомами цієї форми менінгіту є регіонарна лімфаденопатія в ділянці подряпини, серозний менінгіт, поліневропатія, мієлопатія. Збудник не встановлений, припускають, що це грамнегативна паличка. Лікування симптоматичне.

Хронічні менінгіти

Нейробруцельоз спричиняє ураження як центральних, так і периферичних відділів нервової системи. Це може бути менінгіт, менінгоенцефаліт, гострий або підгострий мієліт, полірадикулопатія, поліневропатія.

Менінгіт перебігає впродовж кількох тижнів та супроводжує основні вияви захворювання: припухання колінних, плечових суглобів, збільшення розміру селезінки, лімфатичних вузлів. Лихоманка має хвилеподібний характер та супроводжується анемією, лейкопенією, лімфоцитозом. У СМР — лімфоцитоз, інколи — збільшення рівня білка, зменшення — глюкози, ксантохромія. Діагноз ґрунтується на виділенні бруцел та результатах серологічних досліджень.

Грибові менінгіти

Криптококові менінгіти нагадують туберкульозний менінгіт: процес виникає в базальних відділах, проникнення грибів в оболонки головного мозку відбувається на тлі зниження захисних властивостей організму та порушення проникності гематоенцефалічного бар'єра. Ураження оболонок має вигляд серозно-продуктивного менінгіту з точковими крововиливами у тверду та м'яку мозкові оболонки. Товща оболонок збільшується, вони набувають каламутного забарвлення, утворюються численні дрібні горбики, які нагадують туберкульозні горбики. Виникають менінгеальні знаки, інколи — застійні диски зорових нервів, вогнищева симптоматика, що може наводити на думку про пухлину головного мозку. Водночас виникає ураження шкіри легень, вух, носоглотки. СМР ксантохромна, каламутна, лімфоцити — 200 в 1 мкл, рівень глюкози знижується в 75 % хворих. Виявлення грибів у 50 % хворих підтверджує діагноз.

Нейролейкемія

Неврологічні ускладнення виникають у 2—4 % хворих на лейкоз. Лейкемічний менінгіт має місце при гострому та хронічному лімфобластному, мієлобластному лейкозах. Менінгіт виявляється головним болем, блюванням, сонливістю або дратівливістю, епіпадами, гідроцефалією, застійними дисками зорових нервів. Лейкемічні інфільтрати можуть здавлювати черепні нерви (III, VI, VII, VIII). Параліч очорухового нерва може розвиватися при збереженій реакції зіниці на світло.

Діагноз установлюють за наявності в СМР лейкоцитарних клітин, у 90 % випадків збільшується кількість лейкоцитів, а при центрифугуванні виявляють бластні клітини. Тиск СМР підвищений, інколи має місце зниження рівня глюкози при підвищенні вмісту білка. У 10 % випадків змін у СМР немає.

Менінгіт при СНІДі

ВІЛ-асоційований менінгіт може виникати гостро, і тоді діагноз ґрунтується на наявності менінгеальних знаків, головного болю мігренозного характеру, шуму у вухах, запаморочення, безсоння, а також ВІЛ-інфекції та антитіл до неї. Можуть вражатися черепні нерви (V, VII, VIII пара). У СМР спостерігають мононуклеарний плейоцитоз. Трапляється латентний перебіг менінгіту. Симптоматика може зникнути за 1—4 тиж без лікування.

Менінгіт при цистицеркозі

Ця форма менінгіту належить до хронічних рецидивних менінгітів, провідним симптомом яких є гіпертензивно-гідроцефальний з різким головним болем, блюванням, запамороченням. При локалізації в IV шлуночку виникають напади Брунса (раптові, пов'язані з поворотом голови, запаморочен-

ня, різкий головний біль, вазомоторні реакції, брадикардія, втрата свідомості, тонічні судоми).

Діагностика ґрунтується на реакції зв'язування комплекменту з цистицерковим антигеном Боб-

рова — Водно у СМР та крові, даних комп'ютерної і магнітно-резонансної томографії, виявленні цистицерків у м'язах та підшкірній жировій клітковині.

Література

1. Винничук С.М., Ильяш Т.И., Мяловицкая Е.А. и др. Неврология.— К.: Здоров'я, 2010.— С. 363—372.
2. Лобзин Ю.В., Финюгеев Ю.П., Новицкий С.Н. Лечение инфекционных больных.— СПб: Фолиант, 2003.— 128 с.
3. Тимченко В.Н., Быстрякова Л.В. Инфекционные болезни у детей.— М.: Медицина, 2001.— 560 с.
4. Шувалова Е.П. Инфекционные болезни.— М.: Медицина, 2001.— 624 с.
5. Hughes D.C., Raghavan A., Mordekar S.R. et al. Role of imaging in the diagnosis of acute bacterial meningitis and its // Postgrad. Med. J.— 2010.— Vol. 86 (1018).— P. 478—485.

З.И. ЗАВОДНОВА

Редкие формы менингитов

Лекция посвящена актуальной проблеме неврологии — менингиту. Приведены подходы к классификации, эпидемиологии, патогенезу. Освещены основные клинические проявления редких форм этого заболевания. Знание редких форм менингита поможет врачу своевременно его диагностировать и обеспечить необходимую врачебную помощь.

Ключевые слова: менингит, редкие формы, первичные, вторичные поражения оболочек головного мозга.

Z.I. ZAVODNOVA

Rare forms of meningitis

The article deals with the topical neurological problem-meningitis. The approaches to classification, epidemiology, and pathogenesis are outlined. Main clinical manifestations of the disease rare forms are described. The acquirement of meningitis rare forms allows the doctor to diagnose the diseases promptly and to ensure the necessary treatment.

Key words: meningitis, rare forms, primary, secondary impairments of arachnoid membrane.