

Ю.Ю. Рябоконт, Т.Н. Зеленько

**Клинические особенности серозных менингитов у детей**

Запорожский государственный медицинский университет

**Ключевые слова:** серозные менингиты, клиника.

Диагностика СМ у детей является сложной из-за частого отсутствия классической триады клинических симптомов менингита, диссоциации менингеальных знаков или их отсутствием, что требует расширения лабораторных исследований.

**Клінічні особливості серозних менингітів у дітей**

Т.М. Зеленько, Ю.Ю. Рябоконт

Діагностика СМ є складною через відсутність класичної тріади клінічних симптомів менингіту, дисоціації менингеальних ознак або їх відсутності. Етіологічна діагностика менингітів потребує розширення лабораторних досліджень.

**Ключові слова:** серозні менингіти, клініка.**Патологія.** – 2009. – Т.6, №3. – С. 89-90**Clinical features of serous meningitis in children**

T.N. Zelenko, Yu.Yu. Ryabokon

Diagnostics of serous meningitis in children is difficult because classical triad of clinical signs of meningitis is often absent; presence of dissociation of meningeal signs takes place. Etiological diagnosis of meningitis demands extending of laboratory researches.

**Key words:** serous meningitidis, clinic.**Pathologia.** 2009; 6(3): 89-90

**П**роблема нейроинфекций – одна из наиболее актуальных в современной медицине. Ежегодно увеличивается число зарегистрированных серозных менингитов (СМ), при этом дети составляют до 75% заболевших [3, 4]. СМ у детей занимают в структуре нейроинфекций первое место [5, 7]. Несмотря на сравнительно благоприятное течение СМ, их исходы ухудшают качество жизни. При диспансерном наблюдении реконвалесцентом в течение 2-х и более лет практически здоровыми можно считать только 40 % детей. У остальных формируются остаточные явления: церебрастенический и гипертензионный синдромы, невротические состояния, гипоталамические дисфункции [6]. Данные литературы свидетельствуют о трудностях ранней клинической диагностики СМ из-за общности клинических признаков СМ и инфекций, на фоне которых они развиваются [1, 2]. Это обуславливает задержку адекватных диагностических и лечебных мероприятий.

**Цель работы** – выявить клинические особенности СМ у детей по данным отделения нейроинфекций ЗОИКБ.

**Пациенты и методы.** Под наблюдением в отделении нейроинфекций ЗОИКБ находилось 84 ребенка с СМ в возрасте от 1 года до 18 лет (в среднем  $10,5 \pm 2,1$  лет). Мальчиков – 62 (73,8 %), девочек – 22 (26,2 %). Методы исследования включали традиционные клинко-лабораторные, серологические, вирусологические.

**Результаты исследования.** В результате проведенных исследований выявлено, что в возрастной структуре заболевших преобладали дети школьного возраста (61 – 72,6 %). При этом отмечалась четкая сезонность заболеваемости СМ: 77,4 % заболевших (65 пациентов) зарегистрировано в течение летне-осеннего периода: август (30,2 %) – сентябрь (29,0 %) – октябрь (18,6 %).

Этиологическая расшифровка СМ оказалось достаточно сложной, поэтому природа СМ подтверждена лишь у 14 (16,7 %) пациентов. Среди этиологически расшифрованных случаев СМ основными возбудителем явился вирус Эпштейна-Барр – у 8 больных диагноз был подтвержден выделением EBV-DNA методом полимеразной цепной реакции из ликвора. Серологическими методами при исследовании ликвора была подтверждена энтеровирусная (Коксаки В/1-6) природа СМ у 1 (1,2 %) пациента; у 3 (3,6 %) больных СМ был вызван боррелиями (Лайм-боррелиоз); у 2 (2,4 %) – вирусом лихорадки Западного Нила. Этиологически нерасшифрованной оказались большинство случаев СМ (70 – 83,3 %).

Анализ клинических проявлений СМ показал, что независимо от этиологии процесса, клиническая симптоматика была сходна. Во всех случаях больные отмечали острое начало заболевания с подъема температуры тела до субфебрильных (49 – 58,3 %) или фебрильных цифр (24 – 28,6 %). Гипертермия в пределах 39,5-40,0°C зарегистрирована лишь у 11 (13,1 %) больных. Головную боль отмечали 77 (91,6 %) пациентов, которая у большинства была умеренно выраженной (73 пациента) и только у 4 больных интенсивность ее была значительной. Следует отметить, что весь период заболевания 7 (8,3 %) пациентов вообще не предъявляли жалобы на головную боль. У 64 (76,2 %) пациентов формирование СМ сопровождалось рвотой, в ряде случаев повторной. При этом классическая триада (гипертермия, головная боль, рвота) зарегистрирована лишь у 64 (76,2 %) больных.

В первые дни болезни у 3 (3,6 %) больных были выраженные миалгии, у 5 (6,0 %) отмечены диспепсические расстройства, у 2 (2,4 %) имели место единичные полиморфные элементы сыпи на коже туловища. Лег-

кие катаральные явления регистрировались у каждого третьего пациента.

При объективном обследовании менингеальные знаки были выявлены у 79 (94,0 %) больных, среди которых у большинства отмечалась диссоциация менингеальных знаков (59 больных) и только у 20 пациентов менингеальная симптоматика была ярко выражена. Существенные трудности клинической диагностики возникли в 5 (6,0 %) случаях, когда менингеальные знаки отсутствовали, и только сохраняющаяся выраженная головная боль на фоне гипертермии позволили решить вопрос о необходимости проведения люмбальной пункции с диагностической целью. По результатам исследования ликвора у всех больных были выявлены типичные изменения, характерные для СМ вирусной этиологии. Цитоз колебался от 25 до 654 клеток в 1 мкл, отмечено повышение уровня белка от 0,066 г/л до 0,396 г/л; во всех случаях имела место клеточно-белковая диссоциация. Следует отметить, что максимальный уровень белка в ликворе наблюдался при энтеровирусном СМ, вызванном вирусом Коксаки В/1-6 и составил 0,396 г/л.

По нашему мнению, о трудностях клинической диагностики свидетельствуют и сроки госпитализации детей с СМ: большинство пациентов поступили в стационар в первые двое суток болезни (45 – 53,6 %), однако, несмотря на остроту начала заболевания 14 (16,7 %) детей поступили в стационар на 5-е сутки болезни и позже. И даже в приемном отделении инфекционного стационара 16 (19,0 %) пациентам были установлены такие диагнозы как “острая респираторная вирусная

инфекция”, “пищевая токсикоинфекция”, “лакунарная ангина”.

#### Выводы

1. Клиническая диагностика СМ у детей остается сложной из-за отсутствия классической триады клинических симптомов менингита у каждого четвертого пациента, диссоциации менингеальных знаков (74,0%) или даже их отсутствия (6,0%).

2. Этиологическая расшифровка СМ у детей является крайне недостаточной и требует расширения комплекса серологических исследований и более широкого внедрения исследования ликвора методом полимеразной цепной реакции.

#### Литература

1. *Возианова Ж.И.* Инфекционные и паразитарные болезни. – Киев, Здоровье. – 2000. – Т.2. – 868 с.
2. *Крамарев С.О.* Інфекційні хвороби у дітей. – Київ: Моріон. – 2003. – 550 с.
3. *Куприна Н.П.* Клинико-иммунологические основы лечения гнойных и серозных менингитов у детей: дис... док. мед. наук. – Воронеж, 1999. – 217с.
4. *Намазова Л.С., Ревякина И.И., Балаболкин И.И.* Роль цитокинов в формировании аллергических реакций у детей // Педиатрия. – 2000. - №1. – С.57- 62.
5. *Онищенко Г.Г.* Эпидемиологическая обстановка и основные направления борьбы с инфекционными болезнями в Российской Федерации за период 1991–1996 гг. //Эпидемиология и инфекционные болезни. – 1997. – № 3. – С.4-13.
6. *Острые нейроинфекции у детей: Руководство для врачей* /Под ред. *А.П. Зинченко.* – Л.: Медицина, 1986. – 320 с.
7. *Серозные менингиты энтеровирусной этиологии. Методические рекомендации/ Н.В. Скрипченко, М.Н. Сорокина, В.В. Иванова и др.* – СПб., 2000. – 32 с.

#### Сведения об авторах:

Рябоконт Юрий Юрьевич, к.мед.н., ассистент курса детских инфекционных болезней ЗГМУ.

Зеленко Татьяна Николаевна, студентка 6 курса мед. факультета ЗГМУ.

Адрес для переписки: 69035, Запорожье, пр. Маяковского, 26, ЗГМУ, курс детских инфекционных болезней (061)-224-34-21.