УДК 616-002.5.831.523.036

Панасюк В.О., Гошко О.Л.

СУЧАСНИЙ КЛІНІЧНИЙ ПОРТРЕТ ТУБЕРКУЛЬОЗНОГО І ГЕРПЕСВІРУСНОГО УРАЖЕННЯ РЕЧОВИНИ Й ОБОЛОНОК ГОЛОВНОГО МОЗКУ

Медичний інститут Української асоціації народної медицини, Інститут епідеміології та інфекційних захворювань ім. Л.В. Громашевського АМН України, м. Київ

СУЧАСНИЙ КЛІНІЧНИЙ ПОРТРЕТ ТУБЕРКУЛЬОЗНОГО І ГЕРПЕСВІРУСНОГО УРАЖЕННЯ РЕЧОВИНИ І ОБОЛОНОК ГОЛОВНОГО МОЗКУ – На основі обстеження 106 хворих із гострим запаленням оболонок і речовини головного мозку туберкульозної (26 осіб) і герпесвірусної (80 осіб) етіології сформований їх сучасний клінічний портрет. На тлі головного болю й астенічного синдрому найбільш часто (>70 % випадків) виявляються лихоманка, симптоми порушення чутливості, вегетативної системи і функції окремих черепних нервів та психопатологічний і ліворогіпертонічний синдроми, а також клінічно-ліворноклітинна дисоціація.

СОВРЕМЕННЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ПОРТРЕТ ТУБЕРКУЛЕЗНОГО И ГЕРПЕСВИРУСНОГО ПОРАЖЕНИЯ ВЕЩЕСТВА И ОБОЛОЧЕК ГОЛОВНОГО МОЗГА – На основании обследования 106 больных с острым воспалением оболочек и вещества головного мозга туберкулезной (26 пациентов) и герпесвирусной (80 пациентов) этиологии был сформирован их современный клинический портрет. На фоне головной боли и астенического синдрома наиболее часто (> 70 % случаев) выявляются лихорадка, симптомы нарушения чувствительности, вегетативной системы, функции отдельных черепных нервов, психопатологический и ликворогипертензионный синдромы, а также клинико-ликворноклеточная диссоциация.

MODERN CLINICAL PICTURE OF TUBERCULAR AND HERPESVIRUS AFFECTION OF CEREBRUM SUBSTANCE AND MEMBRANES – On the basis of 106 patient examination with acute inflammation of cerebrum membranes and substance of tubercular (26 patients) and herpesvirus (80 patients) etiology their modern clinical picture has been formed. Against a background of head pain and asthenic syndrome the fever, symptoms of sensitiveness violation, vegetative system and function of some cranial nerves as wellas abnormal psychology and liquor hypertension syndromes, and clinic-liquor-cellular dissociation are revealed most often (> 70 % cases).

Ключові слова: мікобактерії туберкульозу, герпесвіруси, головний мозок, клінічний портрет.

Ключевые слова: микобактерии туберкулеза, герпесвирусы, головной мозг, клинический портрет.

Key words: Mycobacteria of tuberculosis, herpesviruses, cerebrum, clinical picture.

ВСТУП Туберкульозне і герпесвірусне ураження нервової системи належить до найбільш складної, тяжкої в клінічному і терапевтичному плані інфекційної патології [1–9]. Це зумовлено епідемією туберкульозу у багатьох країнах, в тому числі й Україні та ростом захворюваності населення на герпесвірусні інфекції останніми роками на тлі високої його інфікованості.

Враховуючи складність лабораторного підтвердження ураження мікобактеріями туберкульозу (МБТ) і герпесвірусами (ГВ) нервової системи, та загрозу смерті хворих від цих недуг, тобто від туберкульозу в 100 % випадків і від ГВ захворювання в 70 – 100 % — за умови, коли не застосовується відповідна етіотропна терапія, клінічне обгрунтування діагнозу набуває особливого значення.

Метою роботи було формування сучасного клінічного портрету хворого на туберкульозне і герпесвірусне ураження речовини і оболонок головного мозку шляхом з'ясування і порівняння частоти симптомів і синдромів цих інфекцій.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ Об'єктом дослідження слугували 106 хворих із гострим запаленням оболонок і речовини головного мозку туберкульозної (26 осіб) і герпесвірусної (80 осіб) етіології. Ці хворі протягом останніх чотирьох років були госпіталізовані до туберкульозних і інфекційних відділень лікувальних закладів м. Києва. Для встановлення діагнозу використовувалися всі доступні інформативні методи: клінічні, лабораторні, цитологічні, імунологічні, променеві, етіологічні та статистичні. Крім класичних аналізів клінічного матеріалу застосовувались сучасні методи, що базуються на виявленні фрагментів ДНК МБТ і ГВ в ліквoрі і крові, або специфічних антитіл до відповідного збудника в діагностичних титрах.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕНЬ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ Встановлено, що причиною запалення речовини і оболонок головного мозку були: МБТ — у 26 хворих (з них жінок — 10, чоловіків — 16) віком від 19 до 63 років (середній вік – (37,8±12,0) років) та моно- і асоційовані ГВ — у 80 хворих (з них чоловіків — 19, жінок — 61) віком від 18 до 65 років (середній вік (44,5±13,2) року). Тривалість захворювання (від появи перших симптомів до надходження до спеціалізованих закладів) варіювала від 1–2 тижнів до 10 років. У трьох випадках туберкульозного менінгоенцефаліту за відсутності застосування антимікобактеріальної терапії тривалість захворювання (від появи менінгеального синдрому до надходження на туберкульозне ліжко) не перевищувала 3 – 4 тижні.

Етіологічним підтвердженням клінічних форм ураження речовини і оболонок головного мозку моногерпесвіруси були у 25 хворих, і асоціації герпесвірусів — у решти 55 із 80 хворих; МБТ (в ліквoрі) — у 4 (15,0±7,0) % і МБТ (в харкотинні) — у 2 (8,0±5,0) % із 26 хворих. Крім того, у 20 (77,0±8,0) % хворих підтверджений туберкульоз оболонок і речовини головного мозку клінічно-ліворноклітинною дисоціацією, яка встановлена після 35 днів від початку появи менінгеального синдрому.

Частоту соматичних і неврологічних симптомів та синдромів при ураженнях МБТ і ГВ оболонок і речовини головного мозку віддзеркалюють таблиці 1 і 2.

Провідною скаргою у всіх хворих була цефалгія на тлі астенічного синдрому.

Другою, найбільш частою скаргою хворих на інфекційне запалення речовини і оболонок головного мозку була лихоманка, яка в (90,0±3,0) % випадків фіксувалась при герпесвірусній і в (96,0±4,0) % випадках — при туберкульозній етіології (P > 0,05).

Одним із основних синдромів, який спостерігався при всіх клінічних формах ураженням речовини і оболонок головного мозку був психопатологічний (в 70 – 100 % випадків).

При проведенні потрійної люмбальної пункції в перші дні перебування хворих на туберкульозний менінгіт і менінгоенцефаліт та герпесвірусний менінгоенцефаліт в стаціонарі в спинномозковій рідині (СМР) в усіх випадках були виявлені помірні і виражені запальні зміни. Нами відмічено невідповідність між ступенем вираженості загальномозкової менінгеальної симптоматики і помірними запальними змінами в СМР при герпесвірусному менінгоенцефаліті, що узгоджується з даними інших авторів [1, 8].

З таблиці 1 також випливає, що при ураженнях МБТ і ГВ речовини та оболонок головного мозку зустрічалась різна тривалість плеоцитозу в разі виявлення клінічно-ліворноклітинної дисоціації. Так, у хворих із туберкульозним запальним процесом в оболонках головного мозку тривалість плеоцитозу понад 35 днів спостерігалась у 20 (77,0±8,0) % з 26 хворих, а при ГВ тривалість плеоцитозу менше 35 днів – у 66 (82,0±4,0) % з 80 хворих.

Таким чином, в сучасному клінічному портреті туберкульозного і герпесвірусного ураження речовини і оболонок головного мозку, крім схожих проявів, є певні відмінності.

Таблиця 1. Порівняльна частота неврологічних симптомів і синдромів при туберкульозному та герпесвірусному ураженнях речовини і оболонок головного мозку залежно від їх клінічних форм

Клінічні прояви уражень головного мозку		Клінічні форми ураження речовини і оболонок головного мозку													
		туберкульозного генезу								герпесвірусного генезу					
		Менінгоенцефаліт, n=19		Менінгіт, n=2		Абсцес головного мозку, n=2		Туберкульома головного мозку, n=3		Менінго-енцефаліт, n=5		Арахноенцефаліт, n=70		Арахноїдит, r	
		абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Астенічний синдром		19	100	2	100	2	100	3	100	5	100	70	100	2	100
Загальномозкові симптоми	головний біль	19	100	2	100	2	100	3	100	5	100	70	100	2	100
	гіперакузія	19	100	2	100	2	100	-	-	5	100	20	29,0±5,0	2	100
	світлобоязнь	19	100	2	100	2	100	-	-	5	100	20	29,0±5,0	1	50,0±5(
Порушення свідомості	оглушення	7	37,0±11,0	-	-	-	-	-	-	2	40,0±24,0	3	4,0±2,0	-	-
	сопор	6	32,0±11,0	-	-	-	-	-	-	2	40,0±24,0	-	-	-	-
	кома	6	32,0±11,0	-	-	2	100	-	-	1	20,0±20,0	-	-	-	-
Порушення пам'яті		9	47,0±12,0	-	-	2	100	-	-	2	40,0±24,0	36	51,0±6,0	1	50,0±5(
Порушення мови		11	58,0±12,0	-	-	1	50,0±50,0	-	-	3	60,0±24,0	1	1,0±1,0	-	-
Рухові порушення		17	89,0±7,0	1	50,0±50,0	1	50,0±50,0	2	67,0±33,0	3	60,0±24,0	29	42,0±6,0	-	-
Чутливі порушення		17	89,0±7.0	1	50,0±50,0	1	50,0±50,0	1	33,0±33,0	5	100	63	90,0±4,0	-	-
Порушення функцій черепних нервів (III–VII, IX, X, XII)		17	89.0±7,0	1	50,0±50,0	1	50,0±50,0	-	-	5	100	53	76,0±5,0	-	-
Психопатологічний синдром		17	89,0±7,0	2	100	2	100	2	67,0±33,0	4	80,0±20,0	49	70,0±6,0	2	100
Лікворно-гіпертензивний синдром		19	100	2	100	2	100	-	-	5	100	49	70,0±6,0	2	100
Менінгеальний синдром		19	100	2	100	-	-	-	-	5	100	5	7,0±3,0	-	-
Вегетативні порушення		18	95,0±5,0	1	50,0±50,0	1	50,0±50,0	2	67.0±33,0	5	100	63	90,0±4,0	2	100
Плеоцитоз		19	100	2	100	2	100	-	-	5	100	4	6,0±3,0	-	-
Клінічно-лікворно-клітинна дисоціація	≥35 днів	16	84.0±9,0	2	100	-	-	2	67,0±33,0	-	-	-	-	-	-
	<35 днів	-	-			-	-	-	-	4	80,0±20	57	81,0±5,0	2	100

Таблиця 2. Порівняння частоти соматичних проявів у хворих на туберкульозне і герпесвірусне ураження головного мозку

№ за/п	Симптом/синдром	Причина				Р
		туберкульозна, n=26		герпесвірусна, n=80		
		абс.	%	абс.	%	
1	Лихоманка до 40 °С	1	4,0±4,0	2	2,0±2,0	>0,05
2	Блювання, що зумовлено патологією шлунково-кишкового тракту	1	4,0±4,0	2	2,0±2,0	>0,05
3	Патологія з боку сечостатевої системи	1	4,0±4,0	3	4.0±2,0	>0,05
4	Патологія з боку дихальної системи	11	42,0±10,0	7	9±3,0	<0,05
5	Везикулярні висипання (herpes labialis)	1	4,0±4,0	10	12,0±4,0	>0,05
6	Нудота, що зумовлена патологією шлунково-кишкового тракту	2	8,0±5,0	10	12,0±4,0	>0,05
7	Розлади випорожнення	3	12,0±6,0	13	16,0±4,0	>0,05
8	Везикулярні висипання (herpes genitalis)	2	8,0±5,0	14	18,0±4,0	>0,05
9	Генералізоване збільшення лімфатичних вузлів	2	8,0±5,0	19	24,0±5,0	>0,05
10	Збільшення розмірів селезінки	1	19,0±8,0	26	32,0±5,0	>0,05
11	Артралгія	11	42,0±10,0	29	36,0±5,0	>0,05
12	Зниження апетиту	22	85,0±7,0	32	40,0±6,0	<0,05
13	Патологія з боку серця	4	15,0±7,0	42	52,0±6,0	<0,05
14	Збільшення розмірів печінки	7	27,0±9,0	49	61,0±6,0	<0,05
15	Міалгія	22	85±7,0	59	74,0±5,0	>0,05
16	Збільшення 1–2 груп лімфатичних вузлів	5	19,0±8,0	59	74,0±5,0	<0,05
17	Лихоманка до 38 °С	24	92,0±5,0	70	88,0±4,0	>0,05

ВИСНОВКИ 1. Клінічні прояви туберкульозного і герпесвірусного ураження речовини та оболонок головного мозку характеризуються схожою багатосиндромністю. У хворих обох статей молодого, середнього і зрілого віку завжди є головний біль і астенічний синдром, на тлі яких найбільш часто (>70 % випадків) виявляються лихоманка, симптоми порушення чутливості, вегетативної системи, рухливості і функції окремих черепних нервів та психопатологічний і лікворно-гіпертензивний синдроми, а також клінічно-лікворноклітинна дисоціація.

2. Для встановлення діагнозу туберкульозного запалення речовини і оболонок головного мозку, крім вищезгаданих ознак, мають значення такі ознаки: вік хворих найчастіше (37,8±12,0) років, переважно чоловічої статі, наявність туберкульозу в інших органах, зокрема в легенях (42,0±10,0) %, прогресуючий перебіг з обов'язковим фатальним наслідком протягом 1–4 тижнів від початку менінгеального синдрому при відсутності антимікобактеріальної терапії.

3. Під час визначення діагнозу герпесвірусного ураження речовини і оболонок головного мозку, крім уже згаданих проявів, схожих для обох інфекцій, мають значення такі ознаки: вік хворих найчастіше (44,5±13,2) року, переважно жіночої статі, часта аденопатія, гепатоспленомегалія і патологія серцево-судинної системи, а також прогресуючий перебіг від кількох тижнів до 3 – 4 років при умові незастосування противірусної терапії.

4. Залежно від наявності і поєднання синдромів: інтоксикаційного, менінгеального, енцефалітного, патологічних змін ліквору та порушення функцій черепних нервів у хворих з ураженням оболонок і речовини головного мозку нами були виділені 8 клінічних форм: по чотири туберкульозної (менінгіт, абсцес головного мозку, туберкульома і менінгоенцефаліт) і герпесвірусної (арахноїдит, енцефаліт, арахноенцефаліт і менінгоенцефаліт) етіології.

ЛІТЕРАТУРА

1. Деконенко Е.П., Лобов М.А., Ирдисова Ж.Р. Поражение нервной системы вызываемые вирусами герпеса // Неврологический журнал. – 1999. – №4. – С. 46–52.

2. Кононенко В.В., Руденко А.О., Ярош О.О. та ін. Герпетичний енцефаліт у дорослих (клініка, діагностика та інтенсивна терапія) (методичні рекомендації). – К., 2003. – 40 с.

3. Корнетова Н.В. Туберкулез мозговых оболочек и центральной нервной системы / Внелегочный туберкулез (Под ред. Васильева А.В.) – СПб.: ИКФ «Фолиант», 2000. – С. 156–157.

4. Руденко А.О., Муравська Л.В., Берестова Т.Г. та ін. Сучасні особливості моногерпесвірусних уражень нервової системи за даними клініко-інструментальних досліджень // Сучасні інфекції. – 2003. – №2. – С. 37-43.

5. Фещенко Ю. І., Мельник В. М. Сучасні методи діагностики, лікування і профілактики туберкульозу. – К.: Здоров'я, 2002. — 904 с.

6. Цинцерлинг В.А., Чухловина М.Л. Инфекционное поражение нервной системы: вопросы этиологии, патогенеза и диагностики. Руководство для врачей многопрофильных стационаров. – СПб.: ЭЛБИ-СПб, 2005. – 448 с.

7. Ярош А.А. и соавт. Нервные болезни (Под ред. проф Яроша А.А.). – К.: Вища школа. Головное изд-во. – 1985. – С. 239.

8. Ярош О.О. Особливості клінічного перебігу герпетичного енцефаліту в Україні // Нейроінфекції. Інші інфекційні хвороби: Мат. наук.-практ. конф. і пленуму асоціації інфекціоністів України (26–27. 04. 2001, Харків). – Тернопіль: Укрмедкнига, 2001. – С. 169–171.

9. Jeffery K. J. M., Read S. J., Peto T. A. et al. Diagnosis of viral infection of central nervous system: clinical interpretation of PCR results // Ibid. – 1997. – V. 349. – P. 313-317.