

БАКТЕРІЙНІ ГНІЙНІ МЕНІНГІТИ: СУЧАСНІ ПРОБЛЕМИ ДІАГНОСТИКИ І АНТИБАКТЕРІЙНОЇ ТЕРАПІЇ

Жидкова Л.А., Карпусь А.М., Стахів Т.С.
Роменська центральна районна лікарня

Бактерійні гнійні менінгіти - актуальна проблема сучасної медицини. За останні 5 років рівень летальності при цьому захворюванні коливається від 10 до 24 %, досягаючи в деяких вікових групах 60 %. Для бактерійних гнійних менінгітів притаманний ряд важливих особливостей: різноманітність етіологічних форм, швидке наростання симптоматики і тяжкості, труднощі диференційної діагностики, поява клінічно значущої антибіотикорезистентності у найбільш частих збудників інфекції. При терапії гнійних менінгітів доводиться враховувати важливі анатомічні особливості – наявність гематоенцефалічного бар'єру, відсутність лімфовідтоку від головного мозку і мозкових оболонок, суворо обмежений кістковою тканиною об'єм, де розвивається патологічний процес. Рання і адекватна антибактерійна терапія є ключовим моментом, що визначає результат захворювання.

Менінгокок займає перше місце, як причина гнійних менінгітів у віковій популяції до 18 років. Діти 4 – 24 міс. складають приблизно 50 % хворих. Значну небезпеку для життя пацієнта становлять фульмінантні форми захворювання, що перебігають у вигляді менінгококового сепсису з явищами поліорганної недостатності і септичного шоку. Для клінічного перебігу менінгококової інфекції характерна гострота початку, лавиноподібне наростання симптоматики, швидкий розвиток ускладнень. Висока клінічна ефективність для лікування менінгококової інфекції відзначена при використанні цефалоспоринів III покоління (цефтріаксон, цефотаксим). При менінгококовому менінгіті цілком виправдане також використання пеніциліну (300 тис.ОД/ кг/ добу) як стартового препарату.

Пневмококовий менінгіт є найчастіше діагностованою етіологічною формою захворювання у дорослих пацієнтів, вік складає до 47 % від зареєстрованих випадків гнійних запалень мозкових оболонок. Майже 100 % рецидивних менінгітів у пацієнтів з ліквореєю мають пневмококову етіологію. Менінгіти, спричинені пневмококом, часто розвиваються в алкоголіків, особливо на тлі тяжкої пневмонії, а також після операцій на обличчі та головному мозку. Резистентні до пеніциліну штами пневмококів складають від 4 до 62 %, часто вони резистентні й до інших антибіотиків – макролідів, тетрацикліну, хлорамфеніколу. Відповідно, в якості стартової терапії доцільно призначення максимальних доз цефалоспоринів III покоління (цефтріаксону або цефотаксиму) у поєднанні з ванкоміцином або рифампіцином. Курс терапії становить не менше 10 – 14 діб.

Гнійне запалення мозкових оболонок стафілококової етіології часто є одним з проявів сепсису. У віковій групі 15 – 30 років (внутрішньовенна наркоманія) зростає кількість ендокардиту, спричиненого *S. aureus*, першим клінічним проявом якого є гнійний менінгіт. Завжди важкими для діагностики та лікування є епідурити, які перебігають з розвитком гнійного менінгоцефаліту і мають переважно стафілококову етіологію. Найчастішою і ранньою скаргою хворих є болі в попереково-крижовій ділянці, що примушують лікаря припустити радикуліт. Проте ще один, не типовий для радикуліту, ранній синдром – виражена інтоксикація з гіпертермією – часто ігнорується лікарем. Раннє призначення антибактерійної терапії має принципове значення, оскільки епідурит по суті є ранньою стадією формування епідурального абсцесу. Часто стафілококовий менінгіт буває у хворих після нейрохірургічних втручань, у пацієнтів, що мають онкологічні захворювання і цукровий діабет, а також в осіб, які перенесли фурункульоз, остеомієліт, синусит. Як стартова терапія призначаються цефалоспорини III покоління у поєднанні з ванкоміцином.

Haemophilus influenzae в даний час викликає до 7 % менінгітів. До 1989 року зазначений збудник був основним, що викликав менінгіти у дітей до 1 року. З використанням вакцинації вдалося значно зменшити захворюваність. Як правило, менінгіти, спричинені *Haemophilus influenzae*, виникають у недоношених дітей і дорослих, які мають тяжку фонову патологію. Препаратами вибору для лікування менінгітів, спричинених *Haemophilus influenzae*, є цефалоспорини III покоління.

Аеробні грамнегативні бактерії (*Klebsiella* spp., *Escherichia coli*, *Pseudomonas aeruginosa* та ін.) також можуть бути етіологічним чинником гнійних менінгітів. Захворювання, спричинені цими збудниками, виникають при імунодепресивних станах, у новонароджених, у літніх осіб. У цих випадках використовуються цефалоспорини III -IV покоління, у тому числі й антисиньогнійні препарати (цефтазидим) у поєднанні з аміноглікозидами.

При проведенні диференційної діагностики і виборі емпіричної антибактерійної терапії при гнійних менінгітах слід враховувати дані анамнезу, а також вік пацієнта. При огляді хворого принципово важливо встановити наявність висипу (менінгокок), синуситів, отитів, пневмонії (пневмокок), ендокардиту (стафілокок).

Суттєва інформація може бути отримана при бактеріоскопії ліквору. Виявлення грамнегативних диплококів може свідчити про менінгококовий менінгіт, грампозитивних – про вірогідну пневмококову природу захворювання, грамнегативних паличок – про менінгіт, спричинений *H. Influenzae*, а грампозитивних паличок – про лістеріозний процес.

Після отримання даних про етіологію захворювання відбувається відповідно корекція лікування. Доцільно оцінювати ефективність терапії, що проводиться, вже через 48 годин після її початку.

Таким чином, гнійні менінгіти, як і раніше, залишаються складною клінічною проблемою. Стартова терапія, як правило, емпірична, призначається з урахуванням віку та особливостей анамнезу пацієнта.