

**ВИПАДОК СЕРОЗНОГО МЕНІНГІТУ  
В ДЕБЮТІ АНКІЛОЗУЮЧОГО СПОНДИЛОАРТРИТУ**

*С.І. Росієнко, М.П. Сафонова, В.О. Монастирський  
СумДУ, кафедра нейрохірургії та неврології  
Сумська міська клінічна лікарня №4*

Одним з проявів дифузних захворювань сполучної тканини є позасуглобові ураження. Типовими є іридоцикліти, перикардити, аортит та амілоїдоз нирок. Досить рідкою формою є серозний менінгіт, який ми спостерігали в нашій клініці саме на початку хвороби.

Хворий К., 32 роки, поступив у неврологічне відділення із скаргами на головний біль, нудоту, блювання, помірний біль у м'язах та великих суглобах. Захворів підгостро, на протязі тижня, коли виникли вищеописані симптоми, інтенсивність яких зростала. В минулому стаціонарно не обстежувався, проблем з боку суглобів чи ЦНС не було. Під час об'єктивного обстеження виявлено: недостатність конвергенції, симптом Манна, обличчя симетричне, рефлекси жваві D=S, патологічні ступневі позначки з двох боків, помірно виражений менінгеальний синдром. В периферичній крові: лейкоцитоз  $13,6 \times 10^9/\text{л}$ ; підвищення ШОЕ до 40 мм/год, лікворологічно: гіпертензія, білок 0,44 г/л; реакція Панді 2; цитоз  $20 \times 10^6/\text{л}$ ; збудника туберкульозу не виявлено.

Пацієнту було встановлено діагноз «серозний менінгіт» та розширено план обстеження, призначено дезінтоксикаційну, імуномодулюючу та симптоматичну терапію, яка в динаміці дала незначний ефект. Дослідження ліквору на ДНК до збудників TORCH-інфекцій виявилось негативним. У біохімічному аналізі крові виявлено диспротеїнемію та підвищення рівня серомукоїду. Виконано рентгенографію кісток таза, де візуалізовано двобічний сакроілеїт II ст. Хворого консультовано ревматологом, встановлено діагноз анкілозуючого спондилоартриту із переважним ураженням суглобів нижніх кінцівок.

Хворому було розширено лікування за рахунок додавання кортикостероїдних гормональних препаратів (дексаметазон), після чого вже на 3-й день було відмічено зменшення інтенсивності цефалгій, міалгій та артралгій, регресували менінгеальні симптоми.

Даний приклад ілюструє можливість ураження оболонки ЦНС вже на початку колагенозів, що диктує необхідність більш ретельного обстеження та лікувальної тактики для пацієнтів з стійкими цефалгіями при наявності дифузного захворювання сполучної тканини.