

Ільїна Ніна Іванівна<sup>1</sup>, Клименко Наталія Василівна<sup>2</sup>,  
Ільїна Вікторія Валеріївна<sup>1</sup>

**ЕТИОЛОГІЧНА СТРУКТУРА ТА КЛІНІЧНІ ПРОЯВИ  
БАКТЕРІАЛЬНИХ ГНІЙНИХ МЕНІНГІТІВ**

<sup>1</sup>Кафедра інфекційних хвороб з епідеміологією,  
Сумський державний університет,

<sup>2</sup>Сумська обласна інфекційна клінічна лікарня  
імені З. Й. Красовицького, м. Суми, Україна

*Il'yina Nina Ivanivna<sup>1</sup>, Klimenko Natalya Vasilivna<sup>2</sup>,  
Il'yina Viktoria Valeriyvna<sup>1</sup>*

**ETIOLOGICAL STRUCTURE AND CLINICAL EVIDENCE OF  
PURULENT BACTERIAL MENINGITIS**

<sup>1</sup>*Department of Infectious Diseases and Epidemiology,  
Sumy State University,*

<sup>2</sup>*Sumy Clinical Regional Infectious Hospital named after  
Z. Y. Krasovitskiy, Sumy, Ukraine*

*E-mail: [info@kinf.sumdu.edu.ua](mailto:info@kinf.sumdu.edu.ua); Il'yina N. I.*

**Актуальність** бактеріальних гнійних менінгітів (БГМ) визначається тяжкістю перебігу, розвитком загрозливих життю церебральних та екстрацеребральних ускладнень, стійких резидуальних наслідків, високою летальністю, яка сягає в деяких вікових групах від 15 до 70 %. Щорічно захворюваність на БГМ складає 4-6 випадків на 100 тис. населення. За даними літератури, в етіологічній структурі БГМ ведуча роль належить менінгококовій, пневмококовій та гемофільній інфекціям. Епідеміологічне значення проблеми БГМ зумовлене постійною загрозою спалахів менінгококової інфекції.

**Мета.** За матеріалами Сумської обласної клінічної інфекційної лікарні ім. З. Й. Красовицького проаналізувати динаміку захворюваності на гострі менінгіти. Вивчити етіологічну структуру БГМ та провести клініко – лабораторний аналіз їх проявів.

**Матеріали і методи:** карти стаціонарних хворих на гострі менінгіти, що перебували на лікуванні у 2004-2014 рр. Використані загальноприйняті клінічні та лабораторні методи дослідження.

**Результати дослідження.** За період 2004-2014 рр. у Сумській обласній клінічній інфекційній лікарні ім. З. Й. Красовицького на стаціонарному лікуванні перебувало 102 хворих на гострі менінгіти, з них у 68 (66,7 %) діагностовано серозний, у 34 (33,3 %) – гнійний менінгіт. Починаючи з 2008-2009 рр., спостерігається чітка динаміка зниження загальної кількості БГМ і зростання серозних. Етіологія останніх встановлена у 12 (17,6 %) осіб, з них туберкульозна – у 6, цитомегаловірусна – у 1, герпетична – у 2, аденовірусна – у 1, грипозна – 1, ентеровірусна – 1. БГМ, спричинений менінгококом, був у 13 (38,3 %) пацієнтів, стрептококом – у 8 (23,5 %), стафілококом – у 4 (11,8 %), моракселою – у 1 (2,9 %), неуточненої етіології – у 8 (23,5 %). 4 із 6 хворих на туберкульозний менінгіт були інфіковані ВІЛ.

У 12 пацієнтів з менінгококовим менінгітом захворювання мало генералізовану форму – менінгіт з менінгококцемією. Клінічний перебіг менінгококового менінгіту був типовим: гострий початок з ознобу (82,1 %), підвищення температури тіла до 39-40 °С (63,2 %), головний біль (98 %), нудота і повторне блювання (87,3 %). Інтенсивність головного болю зростала до нестерпного до кінця першої – початку другої доби, головний біль супроводжувався блюванням. Менінгеальні симптоми визначалися уже в першу добу – ригідність м'язів потилиці у 96 % хворих, симптом Керніга – у 89,2 %, симптоми Брудзинського – у 53 %, загальна гіперестезія – у 32,3 %. У 42,3 % пацієнтів на 2-3-й день перебування в стаціонарі з'явилися герпетичні висипання на обличчі. У хворих з генералізованою інфекцією вже в першу добу з'явився характерний геморагічний висип. У наступні дні клінічна симптоматика зростала. При дослідженні ліквора визначався його гнійний характер: підвищений

лікворний тиск, високий нейтрофільний плеоцитоз (400-10000 кл в мкл), підвищений вміст білка (2,7-3,59 г/л). У мазках з осаду ліквора у 81,2 % хворих виявлений менінгокок. Тяжкий перебіг недуги з маренням, психомоторним збудженням, розладами свідомості та судомами мали три чверті хворих. У клінічному аналізі крові визначався лейкоцитоз у межах  $18,2 - 32,4 \cdot 10^9/\text{л}$ , збільшення ШОЕ до 30-40 мм/год.

Кінцевий діагноз ґрунтувався на підставі клініко – лабораторних проявів ведучих симптомів БГМ: загальноінфекційної інтоксикації, інфекційно – токсичної енцефалопатії, менінгеального та запальних змін у лікворі. Санація ліквору відбулася до 7-12-ї доби стаціонарного лікування, яке не перевищувало 25-26 днів. Хворі виписувалися зі стаціонару з залишковими проявами у вигляді скарг астеничного характеру.

БГМ, спричинені стафілококами та стрептококами, були переважно вторинними, мали тяжкий перебіг з гострим початком, швидким підвищенням температури до  $40^\circ \text{C}$ , ознобом, маренням, порушенням свідомості, різко вираженими оболонковими симптомами. Швидко розвивалася вогнищева симптоматика. У лікворі – високий нейтрофільний плеоцитоз, значна концентрація білка.

**Висновки.** За останні 10 років відбувається тенденція до зростання захворюваності на гострі серозні менінгіти неуточненої етіології. У структурі БГМ при встановленій етіології (76,4 %) переважали захворювання, спричинені менінгоковою та стрептоковою інфекціями. Більшість БГМ, спричинених іншими мікроорганізмами, а також нез'ясованої етіології, були вторинними.