

УДК 616.831.9-008.6-07

МЕНИНГЕАЛЬНЫЙ СИМПТОМОКОМПЛЕКС: ВОПРОСЫ КЛИНИЧЕСКОЙ ДИФФЕРЕНЦИАЦИИ

В.М.Цыркунов, Т.В. Липо

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

Проведен анализ качества диагностики менингеального симптомокомплекса (МСК) на основании изучения 300 историй болезни больных инфекционного стационара, содержащих в формулировке одного из диагнозов клинические признаки МСК: менингит, менингоэнцефалит, энцефалит, менингизм, менингеальный синдром и др. Основными недостатками и ошибками в диагностике МСК на догоспитальном этапе являются: гипердиагностика МСК и гиподиагностика общесоматической патологии, обусловленные неполным сбором неврологического анамнеза, некаленифицированной оценкой неврологического статуса, недостаточным привлечением на консультацию невропатолога, а также низкая информативность общеклинических исследований для дифференциации переходных форм (менингизм-менингит; менингит-менингоэнцефалит, энцефалит-энцефалопатия и др.).

Ключевые слова: менингеальный симптомокомплекс, диагностика.

Evaluation of efficacy rate of diagnosis of meningeal symptom complex (MSC) was based on the assessment of 300 case histories of patients who were treated in the infectious clinic. One of their final diagnoses was to comprise clinical signs of the MSC, i.e. meningitis, meningoencephalitis, encephalitis, meningism, meningeal syndrome, etc. Basic drawbacks and errors in diagnosis of the MSC in the pre-hospitalization stage included hyperdiagnosis of the MSC and hypodiagnosis of general somatic pathology. They were caused by incomplete taking of neurological history, incompetent evaluation of neurological status, lack of consultations by neuropathologists as well as low self-descriptiveness of general clinical studies applied in differentiation of transitional forms (i.e. meningism-meningitis, meningitis-meningoencephalitis, encephalitis-encephalopathy etc.).

Key words: meningeal symptom complex, diagnosis.

Введение

Клинические аспекты дифференциальной диагностики менингеального симптомокомплекса (МСК) как наиболее частого и важного синдрома практической инфектологии сохраняют свою актуальность до настоящего времени [2, 7]. Основными причинами пристального внимания к данному синдрому являются: увеличение числа инфекционных и неинфекционных болезней, при которых возникает МСК, высокая частота осложнений патологии, проявляющейся МСК, включая летальные исходы, несвоевременная диагностика и связанная с ней отсроченная терапия основной патологии, приводящая к инвалидизации [4, 5, 7]. Особую актуальность приобретает доклиническая диагностика МСК в последние годы в связи с нарастающей частотой энтеровирусной [3], герпетической [1, 5, 6], арбовирусной [2, 8], менингококковой [4] и других нейроинфекций

Цель. Провести анализ качества клинической диагностики МСК на доклиническом и клиническом этапах движения больных. Этапами клинического анализа, позволившими реализовать цель исследования, были:

- выборка из архива инфекционного стационара всех (100%) историй болезни, в которых в

направительном, клиническом или окончательном диагнозе фигурировал термин «МСК», установленный на основании верификации классических проявлений МСК на любом из этапов обследования больного (поликлиника, скорая помощь, приемный покой, стационар): триада (лихорадка, головная боль, рвота), менингеальные симптомы (ригидность мышц затылка, симптомы Кернига, Брудзинского, др.), энцефалитические проявления (энцефалопатия, другие расстройства сознания, нарушение рефлексов, очаговые проявления и др.);

- анализ качества «направлений» в стационар этих больных путем сопоставления направительных и окончательных диагнозов, позволивших оценить знания клинико-лабораторных проявлений МСК врачами амбулаторно-поликлинической сети и стационаров;

- сопоставление диагнозов приемного покоя и окончательных диагнозов, позволяющих оценить качество диагностики МСК врачами приемного покоя инфекционного стационара; установление причин расхождения диагнозов на всех этапах диагностики МСК.

Материал и методы

Всего проанализировано 300 историй болезни больных областного инфекционного стационара,

охвативших период с 1999 по 2002 годы. Истории болезни, отобранные для анализа МСК, содержали в одном из диагнозов (или в направительном, или в клиническом, или в окончательном) классификационные клинические признаки МСК в виде различных формулировок: менингит, менингоэнцефалит, энцефалит, менингизм, менингеальный симптом (синдром), ОРВИ с менингеальным синдромом (с менингизмом) и многие другие диагнозы. Все случаи болезни характеризовались спорадичностью. В исследование не были включены больные, инфекционная патология у которых имела эпидемический характер (эпидемии и крупные вспышки).

Результаты и обсуждение

Этап доклинической диагностики. За анализируемый период в инфекционный стационар направлено 300 больных с направительным диагнозом, содержащим указания на МСК. Формулировки диагнозов, отражающих наличие МСК, были весьма различны, в связи с этим такие диагнозы, как «менингеальный синдром» и «менингизм», для удобства анализа нами были объединены в единый термин – «МСК».

В табл. 1 представлены варианты направительных диагнозов, сгруппированных в 22 группы, включая группу из 5 больных (1,7%), направленных в приемный покой с подозрением на МСК, но прибывших без направлений.

Как видно из табл. 1, чаще были выставлены такие направительные диагнозы, как ОРВИ+МСК

(33,3%), менингит (15,7%) и ОРВИ+менингит (14,3%), суммарно составившие свыше 66%. От 1,0 до 7,0% встречались диагнозы, содержащие формулировку «МСК»: менингит менингококковый, энцефалит клещевой, грипп+МСК, менингит гнойный и некоторые другие. Значительно реже выставлены диагнозы: менингоэнцефалит, менингококцемия+МСК, рецидив менингита и некоторые другие, составившие менее 1%. Отдельные диагнозы, выставленные единожды, были необычными по сочетанию патологии (острый гастрит+менингит; ОРВИ+острая кишечная инфекция+менингит).

При сборе анамнеза болезни больные отмечали, что манифестация болезни на догоспитальном этапе характеризовалась остротой, выраженностью интоксикации и яркими клиническими симптомами. Острое начало отметили 277 (92,3%) больных, характерная для МСК триада симптомов регистрировалась со следующей частотой: температура – 226 (75,3%), головная боль – 174 (58,0%) и рвота – 70 (23,3%), выраженные катаральные симптомы отмечали 25 (8,3%) больных.

Частота основных клинических симптомов у больных, поступивших в стационар, приведена в табл. 2. Как видно из табл. 2, большинство больных имели признаки инфекционной интоксикации, о чем свидетельствовала приведенная в таблице частота тяжести болезни при поступлении. Ни один больной не поступил в удовлетворительном состоянии. Большинство больных (83,7%) находились в среднетяжелой форме. В то же время, исходя из формулировок направительных диагнозов, обращала на себя внимание гипердиагностика МСК у значительной части больных, так как ключевые при-

Таблица 1. Перечень диагнозов, выставленных на амбулаторно-поликлиническом этапе больным с наличием МСК (абс./%)

№	Диагноз	Количество (абс.)	%
1.	Без направления, подозрение на МСК	5	1,7
2.	Менингит ?	47	15,7
3.	Менингит гнойный вторичный	3	1,0
4.	Менингит гнойный	8	2,7
5.	Менингококковая инфекция, менингит	23	7,7
6.	Менингит серозный	7	2,3
7.	Рецидив менингита	2	0,7
8.	Менингоэнцефалит	2	0,7
9.	Менингоэнцефалит гнойный	1	0,3
10.	Энцефалит клещевой	13	4,3
11.	Энцефалит вирусный	6	2,0
12.	Энтеровирусная инфекция, МСК	1	0,3
13.	Герпетическая инфекция, МСК	7	2,3
14.	Грипп, МСК	9	3,0
15.	ОРВИ, МСК	110	33,3
16.	ОРВИ, менингит	43	14,3
17.	Острый назофарингит, МСК	1	0,3
18.	Лихорадка неустановленной этиологии, МСК	4	1,3
19.	Ветряная оспа, МСК	4	1,3
20.	Менингококцемия, МСК	2	0,7
21.	ОРВИ, кишечный синдром, МСК	1	0,3
22.	Гастрит, МСК	1	0,3
Итого:		300	100

Таблица 2. Частота основных клинических симптомов у больных, направленных на госпитализацию с диагнозом МСК, в приемном покое инфекционного стационара

№ п/п	Клинические симптомы	Абс.	%
1.	Тяжесть при поступлении:		
	• среднетяжелое	251	83,7
	• тяжелое	45	15,0
1.	Температура: нормальная	29	9,7
	• субфебрильная	88	29,3
	• фебрильная	183	61,0
2.	Головная боль: отсутствует	49	16,3
	• легкая	2	0,7
	• умеренная	224	74,7
	• интенсивная	25	8,3
3.	Рвота: отсутствует	149	49,7
	• одно-, двукратная	69	23,0
	• многократная	82	27,3
4.	Ригидность мышц затылка	164	54,7
5.	Симптом Кернига	51	17,0
6.	Симптомы Брудзинского	18	6,0

знаки МСК были отмечены не у всех больных. С отсутствием повышенной температуры поступили 29 (9,7%) больных, рвоты – 149 (49,7%), головной боли – 49 (16,3%) больных, а клинические признаки гипертензии (менингеальные симптомы) определялись у 164 (54,7% – ригидность мышц затылка).

В связи с этим проведен анализ качества диагностики МСК на догоспитальном этапе по частоте совпадения направительных и окончательных диагнозов. В табл. 3 представлен такой анализ.

Таблица 3. Частота совпадения и расхождения направительных и окончательных диагнозов у больных с клиническими проявлениями МСК на догоспитальном этапе

Группы	Качество диагностики	Абс.	%
I.	Совпадение диагнозов	68	22,6
II.	Частичное совпадение диагнозов	152	50,7
III.	Несовпадение диагнозов	75	25,0
IV.	Отсутствие направлений	5	1,7
	Итого	300	100

Как видно из табл. 3, в I группе полное совпадение направительных диагнозов с окончательными было лишь в 22,6% случаев. Чаще диагнозы, приведенные в направлении участковых врачей, частично совпадали (50,7%). И практически у каждого 4 больного (25%) диагнозы не совпадали. Более подробный анализ совпадения или расхождения диагнозов в основных группах представлен в табл. 4.

Таблица 4. Частота совпадения и расхождения направительных и окончательных диагнозов у больных с клиническими проявлениями МСК по основным группам патологии

Основные группы направительных диагнозов	Совпадение	Частичное совпадение	Несовпадение
Ветряная оспа, МСК	-	5-100%	-
Энцефалит вирусный	1-16,6%	4-66,6%	1-16,6%
Менингит гнойный	5-62,5%	1-12,5%	2-25,0%
Герпетическая инфекция, МСК	4-57,1%	3-42,9%	-
Менингит?	15-31,9%	9-19,1%	23-48,9%
Менингококковая инфекция, МСК	5-20,0%	7-28,0%	13-52,0%
ОРВИ+МСК	3-2,8%	83-75,0%	24-22,2%
ОРВИ+менингит	-	36-83,7%	7-16,3%
Менингит серозный	4-57,1%	2-28,6%	1-14,3%

Как видно из табл. 4, среди наиболее часто совпадающих диагнозов были такие, как «менингит гнойный» – 62,5%, «герпетическая инфекция + МСК» – 57,1%, «менингит серозный» – 57,1%. Среди частично совпадающих диагнозов чаще всего фигурировали такие, как «ОРВИ + менингит» – 83,7%, «ОРВИ + МСК» – 75,0%, «энцефалит вирусный» – 66,6%. Несовпадение заключалось в гипердиагностике МСК и исключении синдрома МСК в клинике в этой группе больных. В группе диагнозов, которые были полностью исключены в

условиях клиники, чаще всего употреблялись такие как «менингококковая инфекция, МСК» – 52,0% и «менингит?» – 48,9%. Значительная гипердиагностика наблюдалась по таким болезням, как вирусный энцефалит, гнойный менингит, ОРВИ + МСК и другим, превышающим 20% рубеж.

Всем больным при поступлении был назначен план обследования, который включал диагностический поиск предполагаемого возбудителя болезни. Как известно, частота вирусологического или бактериологического подтверждения этиологии инфекционной болезни определяется многими объективными и субъективными факторами [2]. В связи с этим нами приводятся сведения об этиологической расшифровке МСК у обследованных больных (табл. 5).

Таблица 5. Частота этиологической расшифровки МСК у больных при поступлении в инфекционный стационар

№п/п	Материал / возбудитель	Абс.	%	
1.	Мазок из зева на менингококк, (n=245):	рост отсутствует	233	95,1
		менингококк выделен	12	4,9
2.	Посев ликвора, (n=177):	рост отсутствует	169	95,5
		менингококк выделен	3	1,7
		пневмококк выделен	4	2,2
		стафилококк выделен	1	0,6
3.	Слизь из носоглотки на вирусы, (n=277):	не обнаружены	261	94,2
		РС-вирус	2	0,7
		парагриппа	2	0,7
		аденовирус	2	0,7
		гриппа А	2	0,7
		грипп+парагрипп	6	2,2
		аденовирус+РС-вирус	1	0,3
		грипп+аденовирус	1	0,3
			2	0,7
4.	Кровь на антигены/антитела (n=277):	герпеса I и II типов	2	0,7
		герпеса II типа	3	1,1
		энтеновирусы	13	4,7

Как видно из табл. 5, частота этиологической расшифровки диагнозов была очень низкой, что потребовало от практического врача в большей степени довериться своему опыту и результатам общеклинической диагностики, так как рассчитывать на результаты специальных методов диагностики при первом осмотре больного не следует из-за позднего поступления результатов этих исследований.

В основу дифференциальной диагностики МСК, в первую очередь менингита, менингоэнцефалита, кровоизлияний и опухолей, среди лабораторных методов была положена ликворограмма. Последняя была выполнена по клиническим показаниям в первые часы госпитализации 174 больным (58,0%). Остальные 42,0% не нуждались в ис-

следовании ликвора, так как предварительный, направительный диагноз МСК был полностью исключен сразу же в приемном покое. Оценивались классические показатели ликвора, включая цитоз, характер цитоза (лимфоцитарный, нейтрофильный), содержание белка, сахара, хлоридов и некоторые другие параметры. В табл. 6 представлены результаты ликворограммы больных, у которых при поступлении оставалось подозрение на МСК.

Таблица 6. Показатели ликвора больных (n=174), госпитализированных в инфекционный стационар с подозрением на МСК

№ п/п/	Показатели цитоза, клетки в 1 мкл	Абс.	%
1.	Норма	43	24,7
2.	до 100	45	25,9
3.	101 – 1000	61	35,1
4.	Больше 1000	25	14,3

Как видно из табл.6, из 300 больных с подозрением на МСК только у 131 (43,7%) были изменения в ликворе, характерные для менингита. Исходя из величины цитоза и состава клеток, была определена врачебная тактика. Данные анамнеза позволили установить, что у больных, принимавших антибиотики до поступления в стационар, преобладали ампициллин (34%), гентамицин (11%), пенициллин (7%), другие – цефалексин, тетрациклин, доксициклин, левомицетин, оксамп, офлоксацин, линкомицин, бисептол – встречались реже. До 20% больных, принимавших антибиотики до больницы, не смогли их назвать.

В стационаре больные консультированы другими специалистами: неврологами – 125 больных (41,7%), окулистами – 107 (35,7%), ЛОР – 103 (34,3%), выполнено 9 компьютерных томограмм и 8 МРТ головного мозга. Среди специалистов, консультирующих больных, большинство изменений зафиксировано невропатологом. Диагнозы, ус-

Таблица 7. Перечень сопутствующих неврологических диагнозов, установленных врачом-невропатологом больным с МСК в инфекционном стационаре

№ п/п	Диагноз, патология, синдром	Абс.	%
1.	Люмбалгия, вертеброгенная	1	0,3
2.	Гидроцефалия	2	0,6
3.	ДЦП	1	0,3
4.	Закрытая черепно-мозговая травма	1	0,3
5.	Инсульт	1	0,3
6.	Состояние после кесарева сечения	1	0,3
7.	Нейроциркуляторная дистония	1	0,3
8.	Опухоль головного мозга	1	0,3
9.	Органическое поражение ЦНС	2	0,6
10.	Остеохондроз	1	0,3
11.	Энцефалопатия	2	0,6
12.	Радикулит	1	0,3
13.	Нервные тики	2	0,6
14.	Ушиб позвоночника и головного мозга	1	0,3
15.	Эпилепсия	3	1,0
	Всего:	21	7,0

тановленные невропатологом больным с наличием МСК в качестве основного или сопутствующего, представлены в табл. 7.

Как видно из табл. 7, часть больных имела хроническую неврологическую патологию, которая могла проявиться МСК. Уточнение диагноза невропатологом позволило часть больных сразу же перевести в неврологический стационар. При осмотре 107 больных с МСК врачом-окулистом у 27 (25,2%) выявлены изменения вен, у 17 (15,9%) – артерий на глазном дне, у 9 (8,4%) – изменения диска зрительного нерва.

Окончательный итог качества диагностики МСК у наблюдаемых больных подводят данные, приведенные в табл. 8.

Таблица 8. Распределение наблюдаемых больных, направленных в инфекционный стационар с подозрением на МСК, n=277, по окончательным диагнозам

№ п/п	Окончательный диагноз	Абс.	%
1.	Ветряная оспа	5	1,7
2.	ОРВИ	66	22,0
3.	ОРВИ+МСК (менингизм)	13	4,3
4.	Гепатит, вирусный	1	0,3
5.	Менингоэнцефалит, вирусный	4	1,3
6.	Менингит (менингоэнцефалит), гнойный	20	6,7
7.	Герпетическая инфекция, локализованная	4	1,3
8.	Герпетическая инфекция, генерализованная	5	1,7
9.	Грипп	20	6,7
10.	Энцефалит, клещевой	9	3,0
11.	Боррелиоз Лайма	2	0,7
12.	Ангина, лакунарная	7	2,3
13.	Менингококковая инфекция, локализованная	34	11,3
14.	Менингококковая инфекция, менингококкцемия	3	1,0
15.	Пневмония, острая	8	2,7
16.	Кишечная инфекция, острая	8	2,7
17.	Аппендицит, острый	1	0,3
18.	Менингит, серозный, из них энтеровирусный	59	19,7
		25	42,3
19.	Сепсис	4	1,3
20.	Скарлатина	1	0,3
21.	Опухоль головного мозга	3	1,0
22.	Кровоизлияние, субарахноидальное	6	2,0
23.	Отит, острый	3	1,0
24.	Токсикодермия, острая	2	0,7
25.	Тонзиллит, хронический	1	0,3
26.	Паротитная инфекция	2	0,7
27.	Аллергия, пищевая	1	0,3
28.	Туберкулез легких, инфильтративный	1	0,3
29.	Пиелостит, острый	1	0,3
30.	Отравление суррогатами алкоголя	1	0,3
31.	Отравление грибами	1	0,3
32.	Нарушения ЦНС, неинфекционные	4	1,3
	ИТОГО:	300	100

Как видно из табл. 8, в отличие от данных табл. 1, содержащей перечень диагнозов, характеризующих только инфекционную патологию и в 100% случаев имевшей указания на МСК, в табл. 8 представлены 32 группы, среди которых имела место не только инфекционная патология. По частоте инфекционной патологии, сопровождающейся МСК, чаще был выставлен диагноз «серозный менингит» (19,7%), основным представителем кото-

рого стала энтеровирусная инфекция (42,3%). С высокой частотой верифицирован «гнойный менингит, менингоэнцефалит» (6,7%), реже «ОРВИ с менингизмом» (4,3%) и другие нейроинфекции.

Таким образом, выделив из табл. 8 истинные диагнозы с наличием МСК, получится, что из 300 направительных диагнозов, содержащих формулировку «МСК» (менингизм или менингеальный синдром), не подтвердились 169 случаев выставленного МСК (56,3%).

Несмотря на то, что МСК может возникать при любой патологии, характеризоваться кратковременной манифестацией, что на его течение может повлиять проводимая терапия (антибиотики, мочегонные) и другие причины, следует указать на недостаточные знания врачами амбулаторно-поликлинического звена основ клинической диагностики (скрининга) МСК, в частности – сбора анамнеза, оценки неврологического статуса, проверки менингеальных и очаговых симптомов.

С другой стороны, гипердиагностика инфекционной патологии приводит к увеличению затрат на обследование и лечение непрофильных больных в инфекционном стационаре.

Заключение

В настоящее время актуальность клинической дифференциации МСК сохраняется в связи с высокой частотой (около 40%) его верификации у больных, направленных в инфекционный стационар с подозрением на МСК;

- на амбулаторно-поликлиническом этапе имеет место гипердиагностика МСК и гиподиагностика общесоматической патологии, включая неврологические нарушения у неинфекционных больных;

- неполный сбор неврологического анамнеза, некачественная оценка неврологического статуса, недостаточное привлечение на консультацию невролога снижают частоту диагностики острой и хронической патологии нервной системы на амбулаторно-поликлиническом этапе;

- применение рутинной ликворологической диагностики в качестве лабораторного скрининга МСК на раннем этапе диагностики малоинформативно для дифференциации пограничных и переходных стадий нейроинфекций (менингизм-менингит; менингит-менингоэнцефалит, энцефалит-энцефалопатия и др.) и неинфекционной патологии, сопровождающейся МСК;

- на госпитальном этапе в комплексной диагностике и дифференциации МСК недостаточно широко применяются высокоинформативные методы инструментальной (компьютерная томография – 3,0%, МРТ – 2,7%, ЭЭГ и др.) и лабораторной (ИФА, ПЦР и др.) диагностики нейроинфекций и общесоматической (неинфекционной) патологии.

Литература

1. Гранитов В.М. Герпесвирусная инфекция. – М.: Мед. книга, 2001. – 81 с.
2. Зинченко А.П. Острые нейроинфекции у детей. – Л.: М-на, 1986. – 320 с.
3. Зубрицкий П.К. Энтеровирусная инфекция: эпидемиология, клиника, диагностика, лечение, реабилитация и диспансеризация / П.К. Зубрицкий, А.А. Астапов, В.И. Житкевич, В.П. Куксовский. – Мн., 1998. – 24 с.
4. Покровский В.И. и др. Менингококковая инфекция. – М.: М-на, 1976. – 275 с.
5. Протас И.И. Герпетический энцефалит. – Мн.: Мед, 2000. – 175 с.
6. Хмара М.Е. Герпетическая инфекция ЦНС: клинико-морфологические и патогенетические аспекты. // Мед. новости. – 2004. – №5. – С. 15-19.
7. Цыбин А.К., Астапов А.А., Карпов И.А. Структура инфекционной заболеваемости в Беларуси в 2003 г. // Здравоохранение. – 2004. – №12. – С. 3-6.
8. Шаповал А.Н. Клещевой менингоэнцефалит. – Л.: М-на, 1980. – 256 с.