

2/2010

СУЧАСНІ ІНФЕКЦІЇ

На допомогу
практичному лікарю

МОЗ повідомляє

Оригінальні дослідження

Випадки з практики

Огляди, лекції



УДК: 616.831.9-008.6-07

АНАЛІЗ ПОМИЛОК У ДІАГНОСТИЦІ МЕНІНГЕАЛЬНОГО СИНДРОМУ НА ДОГОСПІТАЛЬНОМУ ЕТАПІ

Н.В. МИТУС, А. С. СКИЦЮК

Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця, м.Київ

КЛЮЧОВІ СЛОВА:

менінгеальний синдром, менінгіт, менінгізм, помилки діагностики

Інфекційні захворювання з ураженням нервової системи є дуже поширеним явищем у практиці лікаря і призводять до дуже суттєвих втрат внаслідок інвалідизації значної кількості хворих, а також високої летальності (від 5 до 70% залежно від збудника, віку пацієнта тощо). Питома вага інфекційних захворювань у структурі загальної патології нервової системи (НС) складає близько 40%. При цьому менінгіти та менінгоенцефаліти є найбільш частими клінічними формами нейроінфекційних захворювань і характеризуються значною тяжкістю перебігу, частотою розвитку невідкладних станів, високим відсотком летальності.

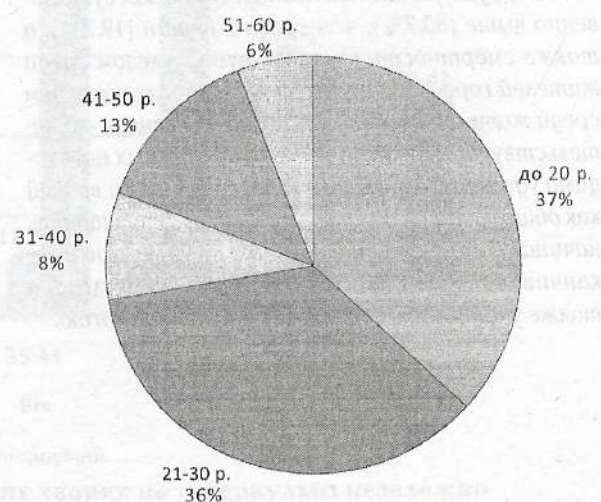
Різноманітність підрунтя та варіабельність перебігу, можливість розвитку атипичних клінічних симптомів часто стають підставами для певних труднощів їх своєчасної діагностики лікарем загальної практики. Зважаючи на ураження однієї з головних систем організму, швидкість наростання клінічної симптоматики, важкість перебігу процесу, вчасна діагностика на догоспітальному етапі та профільна госпіталізація є запорукою сприятливого прогнозу захворювання.

Мета роботи. Аналіз помилок ранньої діагностики МС та причин їх виникнення на догоспітальному етапі з метою удосконалення клінічних підходів для своєчасного встановлення діагнозу.

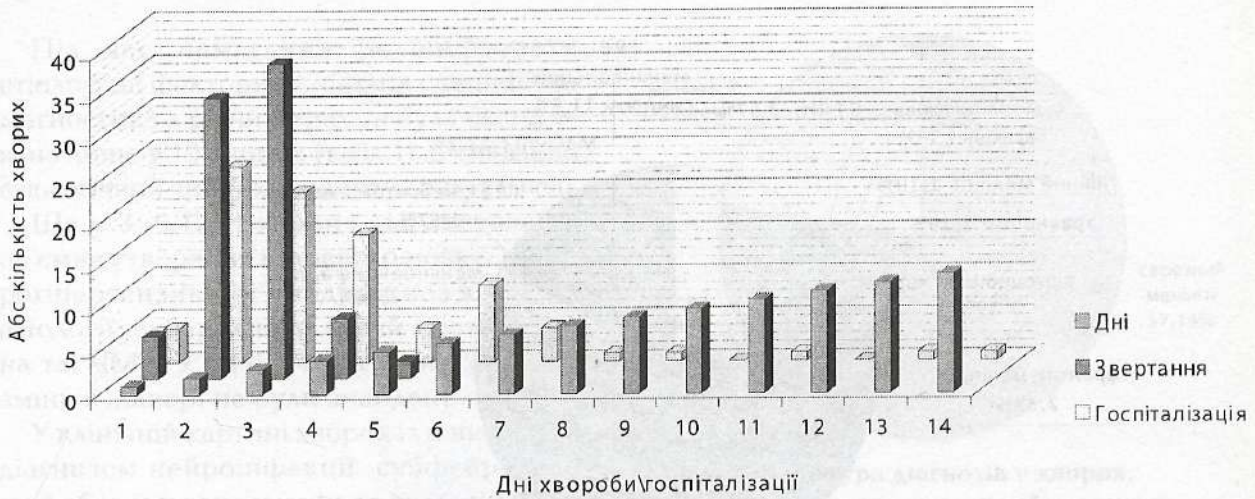
Матеріали та методи дослідження.

Під нашим спостереженням перебувало 84 хворих, у яких було діагностовано МС. Діагностика МС проводилася клінічно лікарем загальної практики, амбулаторно, а надалі інфекціоністом та неврологом/нейрохірургом у динаміці у приймальному відділенні та стаціонарі, специфічні дослідження в подальшому виконувалися в умовах профільних стаціонарних відділень.

Результати та обговорення. Усі пацієнти мали вік від 16 до 60 років (мал. 1), з них чоловіків було 58 осіб (69%), жінок — 26 (31%). Як видно з мал. 1, переважна більшість хворих — люди молодого віку (до 30 років) — 61 особа або 73%, вища за-



Мал. 1. Вікова характеристика хворих



Мал. 2 Строки первинного звернення та госпіталізації хворих

хворюваність серед яких, найвірогідніше, обумовлена їх мобільністю, перебуванням у великих організованих колективах (школи, ВУЗи та інші організовані заклади).

Як свідчать дані нашого аналізу, найчастіше хворі зверталися до дільничних чи сімейних лікарів на 2-3 день захворювання (70 осіб — 83,3%) у зв'язку з погіршенням стану на тлі самолікування чи відсутністю позитивної динаміки перебігу хвороби у разі нехтування призначеними лікувальними засобами.

Як видно з мал. 2, у перші 4 дні хвороби до стаціонару госпіталізовано більшість з обстежених хворих — 62 (73,8%), а пік госпіталізації припадав на 2-3 добу (51,19%). У середньому хворі були госпіталізовані на 6 день хвороби. Пізні строки госпіталізації можна пояснити розвитком та наростанням МС на тлі вже існуючої патології зі значними ознаками токсикозу, недостатньою увагою лікарів первинної ланки до сукупності симптомів хвороби, неможливістю спостерігати хворого в динаміці щоденно, переоцінкою чи, навпаки, недооцінюванням найбільш виражених клінічних ознак, атиповим перебігом хвороби.

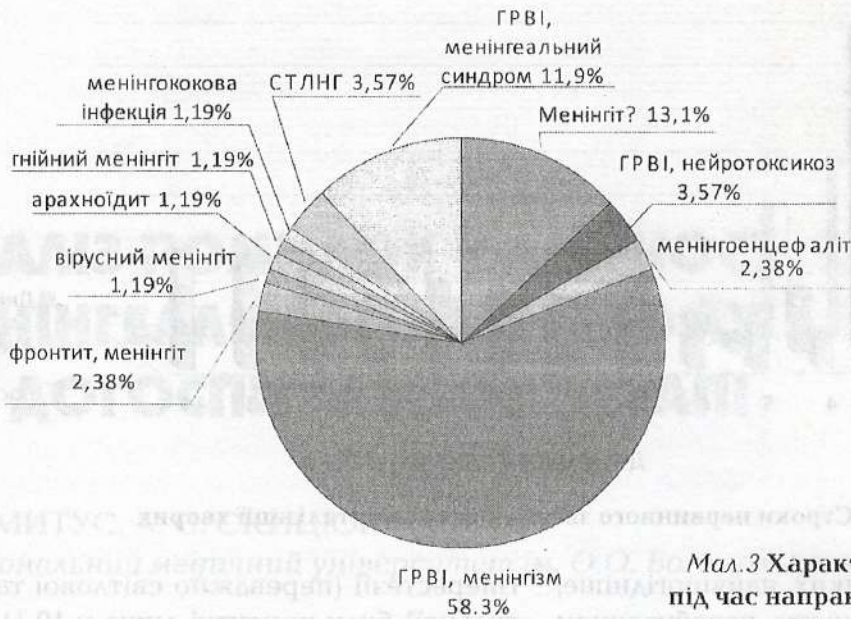
Так, підвищення температури тіла спостерігалось лише у 59 (70,23%) хворих, причому, у половини з них остання була субфебрильною. Сильний головний біль різний за характеристиками (розпираючий, пульсуючий тощо) домінував у 76 осіб (90,47%) серед типових симптомів. У 42 (50%) хворих було відчуття нудоти, а блювання, як і загальна слабкість, спостерігалися лише у 25 (29,76%) хворих. Відчуття

гіперестезії (переважно світлової та тактильної) були присутні лише у 10 (11,9%) хворих, а запаморочення — у 8 (9,52%).

Менінгеальні знаки, чіткі чи сумнівні, давали можливість запідозрити патологію НС. Вони були виявлені у 47 (55,95%) хворих під час первинного звернення до лікаря протягом перших трьох днів хвороби, і ці хворі одразу ж були госпіталізовані. Інші хворі або ж зверталися і госпіталізувалися пізніше трьох діб від початку захворювання (28 осіб — 33,3%), або ж менінгеальні знаки виявлялися в них при повторному огляді (9 осіб — 10,7%).

Розподіл хворих згідно з діагнозом під час направлення до стаціонару лікарем первинної (амбулаторної) ланки був наступним: більшість хворих були госпіталізовані з діагнозом "ГРВІ, менінгізм" — 49 (58,3%), діагноз "ГРВІ, менінгеальний синдром" був попередньо встановлений у 10 (11,9%) хворих, діагноз "менінгіт?" фігурував у 11 (13,1%) хворих. У інших хворих були діагностовані: "ГРВІ, нейротоксикоз" у 3 (3,57%) осіб, "менінгоенцефаліт" та "фронтит, менінгіт" — по 2 (2,38%) особи та "вірусний менінгіт", "гнійний менінгіт", "арахноїдит", "менінгококова інфекція" — по 1 (1,19%) хворому. Так, лише у 3 (3,37%) хворих з синдромом тривалої гарячки невідомого генезу захворювання перебігало без чіткого МС на догоспітальному етапі.

Наведені дані (мал.3) свідчать, що на догоспітальному етапі МС був виявлений та превалював у більшості хворих при комплексній оцінці симптоматики і це слугувало приводом для направлення їх у



Мал.3 Характеристика діагнозів під час направлення до стаціонару

стаціонар, не дивлячись на різноманітну структуру встановлених діагнозів.

Найчастіше на поліклінічному етапі хворим встановлювався діагноз ГРВІ (62 особи — 73,8%). У клінічній картині захворювання у них спостерігались симптоми загальної інтоксикації (слабкість, головний біль, підвищення температури тіла до субфебрильних чи фебрильних цифр) та катарального синдрому — утруднене носове дихання чи серозно-слизовий риніт, катаральний фарингіт та кон'юнктивіт, дряпання чи біль у горлі при ковтанні, кашель, збільшення регіонарних лімфовузлів. Ознаки токсикозу наростали, в тому числі і нейротоксикозу, на тлі самолікування чи відсутності лікування, що обумовило

відносно раннє звертання за медичною допомогою (2-3 день хвороби).

Під час огляду хворих на пропускнику інфекційного стаціонару на момент госпіталізації МС був відсутній у 35 (41,7%) хворих. У цих пацієнтів на момент госпіталізації були діагностовані різні види гострих респіраторних захворювань: пневмонії, гайморит, назофарингіт, ентеровірусне захворювання, скарлатина, післяабортний стан. Структуру цих нозологій показано на мал.4. Люмбальна пункція даним хворим не проводилася.

У решті хворих — 49 (58,3%) осіб — лікарем приймального відділення встановлено діагнози "серозний менингіт" (28 осіб), "гнійний менингіт" (10 осіб) та "менингіт?" (11 хворих) (мал. 5).



Мал.4 Структура діагнозів у хворих, у яких не було виявлено МС на санпропускнику

Цим 49 хворим з метою підтвердження та уточнення діагнозу було проведено люмбальну пункцію з дослідженням СМР. Діагноз менингіту був верифікований у 40 (81,63%) з них. Причому, первинним менингіт був у 35 (87,5%) хворих (серозним за характером ліквору у 27 (77,14%) хворих, а гнійним — у 8 (22,85%) хворих). Вторинним менингіт виявлено у 5 (12,5%) хворих (серозним у 2 (40,0%) хворих та гнійним — у 3 (60,0%)).

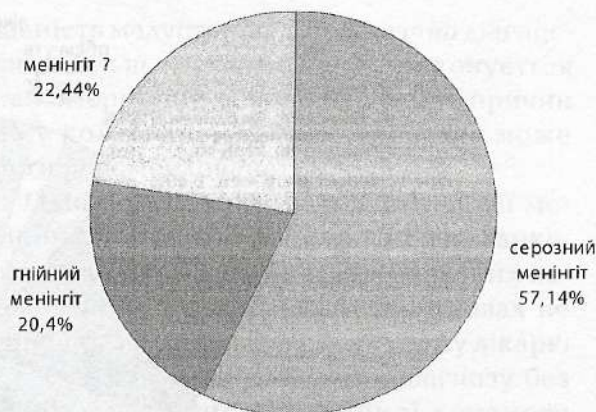
15 хворим було виконано МРТ головного мозку, серед них у 8 пацієнтів не знайдено патологічних змін на томограмі, у 2 виявлено об'ємні утворення головного мозку, ще у 2 — ознаки ННГМ, у решті 3 — розширення субарахноїдального простору.

Під час намагання розшифрувати етіологічні фактори менінгітів специфічна діагностика з різних причин була застосована лише у 19 хворих (табл. 1), а виявлено етіологічний чинник менінгіту лише у 9 осіб.

Ще у 3 (6,12%) хворих діагностовано: об'ємне утворення головного мозку, лікворогіпертензивний синдром нез'ясованої етіології, субарахноїдальний крововилив на тлі ЧМТ. У 6 (12,24%) хворих запальні зміни в лікворі не були знайдені.

У клінічній картині хворих із попереднім діагнозом нейроінфекції субфебрильна чи фебрильна лихоманка та сильний головний біль спостерігалися у всіх пацієнтів, нудота — у 27 (55,1%) осіб, блювання без полегшення — у 18 (36,73%), загальна слабкість — у 15 (30,61%), біль у м'язах, в т.ч. при рухах очима, — у 13 (26,53%), світлобоязнь та запаморочення — у 3 (6,12%) хворих. Наведена симптоматика й стала "беззаперечним" приводом для діагностики МС лікарем первинної ланки.

Під час спостереження в динаміці за хворими без МС (35 осіб) та тими, яким проведено люмбальну пункцію і запальних змін у лікворі не було виявлено (6 осіб), загалом 41 (48,8%) хворий, були встановлені наступні діагнози (мал. 7): у 11 хворих діагностовано ГРВІ клінічно, у 7 — позагоспітальні пневмонії, у 4 — гнійний гайморит, по 2 хворих з дисциркуляторною атеросклеротичною енцефалопатією на тлі гіпертонічної хвороби, загостренням хронічного бронхіту, гострою EBV-інфекцією, лептоспірозом, хронічним холангітом (група "інші А" на мал. 7); по одному хворому з гострим гнійним назофарингітом, лакунарною ангіною, фронтитом; хронічним панкреатитом, виразковою хворобою дванадцятипалої кишки, ентеровірусним захворюванням клінічно, шигельозом Зонне, гнійним піелонефритом, токсикоманією (група "інші



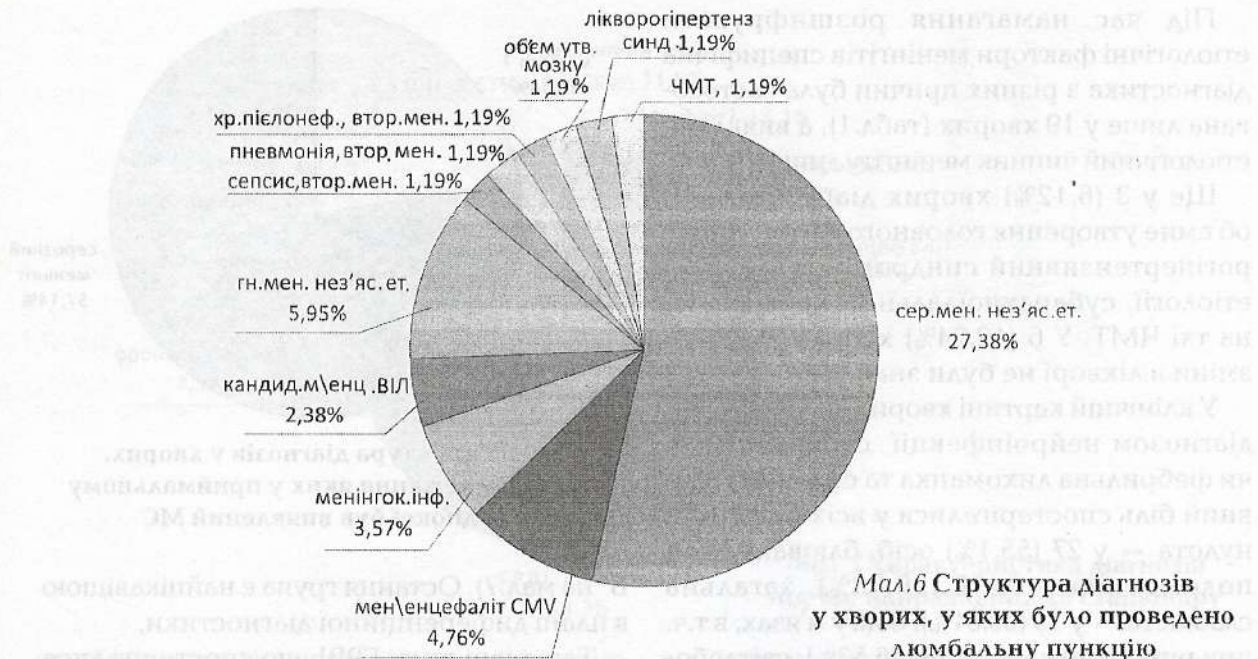
Мал. 5 Структура діагнозів у хворих, під час обстеження яких у прийнятному передпокої був виявлений МС

В" на мал. 7). Остання група є найцікавішою в плані диференційної діагностики.

Так, різні види ГРВІ, що спостерігалися у чверті хворих, крім типових ознак запального характеру різних ділянок дихального тракту, як то катаральний риніт, кон'юнктивіт, фарингіт, ларингіт тощо, мали ще і різні за інтенсивністю симптоми інтоксикації/нейротоксикозу. Підвищення температури тіла та головний біль спостерігались у всіх хворих цієї підгрупи. Нудота та блювання (9 хворих або 81,8%) і загальна слабкість (6 осіб або 54,5%) переважали серед симптомів у більшості з них, у той час як світлобоязнь, запаморочення та болі при рухах очима спостерігались лише у 2 (18,2%) хворих, але у сукупності з сумнівними чи непостійними менінгеальними ознаками вони стали приводом для діагностики МС. Це ж стосувалося і хворих з фарингітом і тонзилітом.

У підгрупі пневмоній та хворих з загостренням хронічного бронхіту підвищення температури, загальна слабкість та головний біль також домінували серед симптомів хвороби, але нудота, блювання, запаморочення, світлобоязнь також були у

№№ Метод діагностики	Кільк. досл.		Результат	
	Абс.ч.	%	позит.	негат.
1. ПАР HSV, EBV, CMV, ентеровіруси	8			
2. ПАР EBV	1			
3. ПАР HSV	1			
4. ПАР Mumps	2			
5. ПАР ентеровіруси	3			
6. Бакпосів на менінгокок	2			
7. Мікроскопія - спори грибів	1			
8. Бакпосів на Moraxella ph.	1			



Мал.6 Структура діагнозів у хворих, у яких було проведено люмбальну пункцію

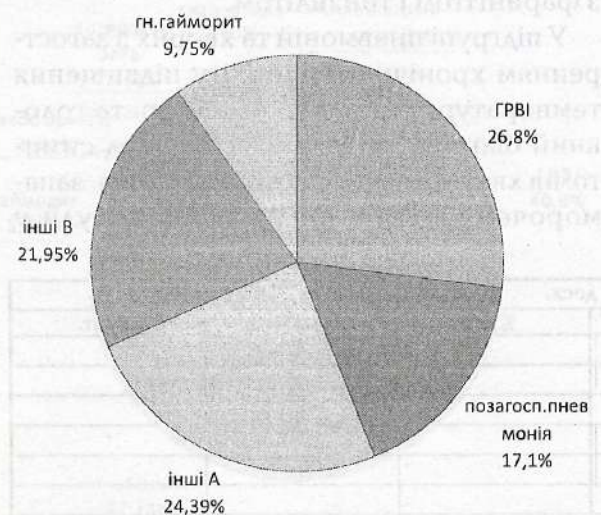
меншості (2 випадки або 22,2%) хворих. Серед менінгеальних знаків у цих хворих виявлялася переважно ригідність потиличних м'язів. Кашель (виявлений у 5 осіб або 77,8%) був провідним симптомом катарального синдрому. Проте у комплексній оцінці всіх наявних у хворих симптомів, при вивченні амбулаторних карт даними перкусії та аускультатії під час направлення хворих до стаціонару було знехтувано. Можна піддати сумніву і правильність методики перевірки м'язових тонічних симптомів, які були негативними на санпропускнику.

У підгрупі хворих з синуситами спостерігався помірний інтоксикаційний синдром. У цей же час низці симптомів (гнійні

виділення з носу, посилення болю при пальпації в точках виходу нервів, анамнестичні дані щодо давності процесу) не надано належної оцінки чи вони були трактовані невірно. Співвідношення між вираженістю симптомів токсикозу та катарального синдрому, даних анамнезу у цій підгрупі також не на користь менінгіту. Консультації ЛОР-спеціаліста чи рентгенологічне обстеження цим хворим амбулаторно не проводилося. Виявлені менінгеальні знаки потребували спостереження за хворими в динаміці, що, вірогідно, і спонукало дільничного лікаря до госпіталізації хворих і їх подальшого лабораторно-інструментального обстеження.

У хворих з ураженням ШКТ (панкреатит, виразкова хвороба, холангіт, шигельоз, ентеровірусний гастроентерит) серед неспецифічних симптомів також домінували лихоманка, загальна слабкість, головний біль, нудота. Проте анамнестичні дані про давність хвороби та її динаміку, епіданамнез, дані фізикального обстеження, отримані під час пальпації живота (симптоми Воскресенського, Кера, Ортнера, спазм сигмоподібної кишки), особливості больового абдомінального синдрому та зміни випорожнень під час огляду хворих у поліклініці не були враховані при постановці діагнозу.

Це ж стосується і хворих з лептоспірозом. У них спостерігались болі у м'язах, особливо при рухах та пальпації, позитивний симптом Пастернацького, зміни кольору сечі, на



Мал.7 Структура діагнозів у хворих з непідтвердженою патологією НС

що хворі звертали увагу лікаря, в одного пацієнта навіть була наявна жовтяниця. Але цим ознакам, а також епіданамнезу не було надано належної уваги на амбулаторному етапі ведення хворого, що також призвело до певних помилок у діагностиці.

Фізикальні зміни сечі, пастозність кінцівок, больовий поперековий синдром, фактор дії холоду в анамнезі поряд з ознаками загальної інтоксикації не дали можливості лікарю первинної ланки вирізнити й первинний пієлонефрит, не були враховані такі фактори, як терміни появи симптомів, їх динаміка, характер провідного симптому.

Знання контингенту хворих на дільниці, їх уподобань та поганих звичок характерне для лікаря з тривалим стажем роботи. Однак типові ознаки токсичних/наркотичних отруєнь, їх перебіг (у т.ч. і можливий розвиток менінгеального синдрому), наслідки є загальними медичними знаннями, оперування якими сьогодні вкрай важливе для лікаря загальної практики в нашій країні. Невідповідність менінгеального симптомокомплексу психосоматичним змінам, що прогресивно розвиваються у осіб, що вживають наркотичні речовини, намагання родичів відволікти увагу лікаря від насущної проблеми також призводить до діагностичних помилок. Проте поєднання вищезазначених симптомів уже було і в більш ранні терміни хвороби.

У хворих з "ГРВІ", які були госпіталізовані на першому й частково другому тижнях хвороби, ще зберігалися симптоми ЗІ, катаральний симптомокомплекс, проте вже на момент госпіталізації виявлено їх регресію, що підтверджується їх нетривалим перебуванням у стаціонарі (в середньому 4 доби). Проте хворі з різного роду менінгітами перебували в стаціонарі довше, бо їх одужання як клінічне, так і лабораторне (за динамікою лікворограми) затягувалося і при первинних менінгітах склало три тижні, при вторинних — майже чотири.

Незважаючи на те, що половину в обговорюваній групі хворих склали пацієнти з різними ГРВІ, жодний з них під час направлення до стаціонару не був обстежений лабораторно. Можливості сьогодні використати РІФ або ПЛР на амбулаторному та й стаціонарному етапі діагностики є примарними, враховуючи технічну осна-

щеність медустанов. Серологічна діагностика більш доступна, проте виконується на комерційній основі, й з різних причин не у кожному клінічному випадку може бути рекомендована.

Однак сьогодні можливості нашої медицини, особливо її поліклінічної ланки, та схожість симптоматики при різних патологічних станах у реальних умовах не сприяють сімейному/дільничному лікарю у своєчасному встановленні діагнозу без необхідної консультативної допомоги (відсутність відповідних спеціалістів та можливостей використання методів інструментальної та лабораторної діагностики). Не останню роль відіграє і недостатня кваліфікація лікарів первинної ланки, їх перевантаженість, виробнича необхідність поєднання роботи на двох дільницях, відсутність молодих кадрів, а то й неналежне ставлення до своїх обов'язків. Перш за все це стосується методики виявлення менінгеальних знаків — м'язових тонічних симптомів. Неналежним чином виконана їх перевірка не дає можливості адекватно оцінити менінгеальний симптомокомплекс. Окорухові симптоми та больові взагалі випадають з поля зору лікарів первинної ланки.

Не остання роль належить і "налаштованості" лікаря на те, що менінгеальний синдром є обов'язковою ознакою запального процесу у ЦНС, тому без проведення мінімальних обстежень встановлюється діагноз, що вказує на патологію НС. Серед основних причин діагностичних помилок при визначенні характеру ураження НС на ранніх етапах хвороби переважає переоцінка менінгеальних знаків на тлі недооцінювання загальної картини хвороби, часто неправильне виконання визначення менінгеальних знаків, що формує неналежну подальшу тактику. Лише ступінь пригнічення свідомості та вираженість оболонкових симптомів є достовірним.

Не слід забувати, що відсутність менінгеальних симптомів при тяжких ураженнях НС теж може має місце і це також є іншою проблемою своєчасної діагностики патології НС.

Висновки. Проведений аналіз виявив різноманітні помилки у діагностиці різних захворювань, клінічна симптоматика яких може супроводжуватись розвитком менінге-

ального синдрому, що негативно впливає на подальший розвиток хвороби. Швидкість наростання синдрому токсикозу та ознак подразнення мозкових оболонок змусила лікарів первинної ланки знехтувати іншими симптомами, не беручи їх до уваги. Проте покращити рівень діагностики можна вже на догоспітальному етапі під час ретельного збору анамнезу хвороби та епіданамнезу, що в поєднанні з даними об'єктивного обстеження дозволить уникнути ряду помилок. Консультація хворих спеціалістом не-

врологом на догоспітальному етапі зменшить рівень гіпердіагностики й сприятиме адекватній госпіталізації пацієнтів, підвищивши відсоток своєчасно і правильно встановленого діагнозу. Загалом, вищезазначені заходи сприятимуть визначенню правильної тактики ведення хворих, що зменшить чи сприятиме запобіганню розвитку ускладнень, летальних наслідків, скоротить термін перебування хворих у стаціонарі або навіть відпаде необхідність у госпіталізації частини хворих.

УДК: 616.831.9-008.6-07

Н.В. Митус, А.С. Скицюк

АНАЛИЗ ОШИБОК ПРИ ДИАГНОСТИКЕ МЕНИНГЕАЛЬНОГО СИНДРОМА НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ

В статье проводится детальный анализ ценности менингеального синдрома при разнообразных патологических состояниях. Также рассматриваются проблемы и диагностические ошибки, с которыми могут столкнуться практикующие врачи при проведении дифференциальной диагностики заболеваний, которые сопровождаются развитием менингеального синдрома на ранних этапах оказания медицинской помощи.

UDC: 616.831.9-008.6-07

Mitus N. V., Skitsuk A. S.

ANALYSIS OF MISTAKES WHILE DIAGNOSING THE VALUE OF THE MENINGEAL SYNDROME BEFORE HOSPITALIZATION.

In article the detail analysis of meningeal syndrome's value in different pathological conditions. Also the problems and diagnostical mistakes met by general practice doctors while keeping differential diagnosis of diseases with meningeal syndrome in clinics on early stages of curation are shown.