

*Maria Kapuśniak*

## DIAGNOSTYCZNE I KLINICZNE PROBLEMY KLESZCZOWEGO ZAPALENIA OPON MÓZGOWO-RDZENIOWYCH I MÓZGU NA PODSTAWIE WŁASNYCH OBSERWACJI

Oddział Obserwacyjno-Zakaźny Wojewódzkiego Szpitala Zespołowego w Ostrołęce  
Ordynator Oddziału: Lek. med. *M. Giżycka*

*W 1993 r. w Polsce obserwowano znaczny wzrost zachorowań na kleszczowe zapalenie mózgu w porównaniu z latami ubiegłymi. Większość zachorowań występowała w województwach północno-wschodnich.*

### MATERIAŁ KLINICZNY

W Oddziale Obserwacyjno-Zakaźnym Wojewódzkiego Szpitala Zespołowego w Ostrołęce w dniach od 17.07 do 29.10.1993 r. hospitalizowano 19 pacjentów z podejrzeniem kleszczowego zapalenia mózgu.

U 2 pacjentów rozpoznanie wstępne nie potwierdziło się. U 6-letniej dziewczynki, na podstawie wywiadu, obrazu klinicznego i badania płynu mózgowo-rdzeniowego rozpoznano gruźlicze zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych. U 17-letniego chłopca mimo dodatniego wywiadu w kierunku pokąsania przez kleszcze, typowego dwufazowego przebiegu, z występującymi w 2 fazie zaburzeniami równowagi i drżeniami zamiarowymi oraz zmianami w płynie mózgowo-rdzeniowym, nie uzyskano potwierdzenia serologicznego. Pacjenta wypisano z oddziału z rozpoznaniem limfocytarnego zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych i mózgu. Potwierdzenie serologiczne uzyskano u 17 chorych w wieku 9-44 lat.

Pacjenci z potwierdzonym serologicznie kleszczowym zapaleniem mózgu pochodzili z 4 gmin (lub przebywali na ich terenie), 3 sąsiadujących ze sobą gmin:

- Rozogi - 13 osób (w tym 5 osób z jednej miejscowości),
- Łyse - 3 osoby,
- Myszyniec - 2 osoby

oraz z oddalonej o ok. 100 km gminy

- Ostrów Mazowiecka - 1 osoba.

Zakażenie wystąpiło u: - 12 kobiet - 70,6%; - 5 mężczyzn - 29,4%; 16 osób w wywiadzie podawało liczne pokąsania przez kleszcze (od kilku do około 20 i więcej).

Jedna osoba - 17-letnia pacjentka negowała pokąsanie przez kleszcze. U wszystkich przebieg choroby był dwufazowy z okresami względnego zdrowia - trwającymi od kilku dni do 2-3 tygodni.

Obraz kliniczny poparty badaniem płynu mózgowo-rdzeniowego decydował o rozpoznaniu zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych i mózgu, o rozpoznaniu etiologicznym zdecydowały badania serologiczne.

### OBSERWACJE KLINICZNE

Na podstawie obrazu klinicznego, w którym oceniano obecność objawów mózgowych i mózdkowych oraz rdzeniowych, a także badań dodatkowych stan ogólny pacjentów przyjmowanych do oddziału był oceniony na:

- dobry - 55,6%;
- dość dobry - 27,8%;
- średni - 11,1%;
- średnio ciężki - 5,5%;

Dolegliwości zgłaszane przez chorych w chwili przyjęcia zestawiono w tabeli I.

Tabela I. Dolegliwości zgłaszane przez chorych

Dolegliwości	Odsetek ogółu badanych	Liczba osób
Gorączka 39-40°C	83,3%	15
Bóle głowy	77,8%	14
Wymioty	77,8%	14
Bóle stawów i mięśni	16,7%	3
Nudności	16,7%	3
Uczucie osłabienia	11,1%	2
Zawroty głowy	11,1%	2
Objawy dyzuryczne	5,5%	1
Niedowład kończyny górnej	5,5%	1
Spowolnienie	5,5%	1
Brak łaknienia	5,5%	1

Objawy oponowe stwierdzono u 16 osób (88,9%):

- sztywność grzbietu 60-90° - 16 osób;
- dodatnie objawy Kerniga - 12 osób;
- sztywność karku - 10 osób.

U 7 chorych (38,9%) obserwowano zaburzenia równowagi w postaci chwiejnego chodu na szerokiej podstawie, u 6 osób (33,3%) wystąpiły drżenia zamiarowe.

Objawy oponowe utrzymywały się 7-14 dni, zaburzenia równowagi ustąpiły po 1-10 dniach, zaś drżenia zamiarowe po 4-14 dniach.

Odchylenia od normy w badaniach dodatkowych:

#### 1. Badania płynu mózgowo-rdzeniowego w pierwszej dobie hospitalizacji

- Badanie płynu m.-rdz. wykonano u 17 pacjentów, pleocytoza wynosiła 11-392 w 1 mm<sup>3</sup>
- do 100 mm<sup>3</sup> - 9 osób (52,9%)
- 100-200 - 5 osób (29,4%)

- 200-300 – 2 osoby (11,8%)  
 300 i więcej – 1 osoba (5,9%)  
 – Poziom białka w płynie m.-rdz. wahał się w granicach 15-94 mg%  
 pow. 80 mg% – 4 osoby (23,5%)  
 60-80 mg% – 4 osoby (23,5%)  
 40-60 mg% – 4 osoby (23,5%)  
 do 20 mg% – 1 osoba (6,0%)  
 – Cukier w płynie mózgowo-rdzeniowym utrzymywał się na poziomie 33-68 mg%,  
 anion chlorowy 107-131 mEg/l.  
 – W osadzie płynu mózgowo-rdzeniowego stwierdzono przewagę komórek jedno-  
 jądrzastych.

U 8 pacjentów wykonano kontrolną punkcję lędźwiową między 14 a 22 dobą hospitalizacji.

Stwierdzono:

- pleocytoza rzędu 11-102 w  $\text{mm}^3$ ;
- poziom białka 15- 65 mg%;
- poziom cukru 43- 79 mg%;
- poziom anionu chlorowego 101-134 mEg/l.

## 2. Badania serologiczne

U 17 chorych wykonano badanie serologiczne – test ELISA na obecność przeciwciał przeciw kleszczowemu zapaleniu mózgu w klasie IgG IgM w surowicy krwi i płynie mózgowo-rdzeniowym.

Obecność przeciwciał klasy IgG w surowicy krwi stwierdzono u wszystkich badanych. U 16 osób miano przeciwciał wynosiło 150-681 VIEU/ml (+ do + + + +). Jedna osoba wytworzyła niskie miano przeciwciał (86 VIEU/ml) i słabo dodatni odczyn w płynie mózgowo-rdzeniowym w klasie IgG (przy pleocytozie 166 i poziomie białka w płynie mózg.-rdzeń. 68 mg%).

Badanie surowicy krwi na obecność przeciwciał klasy IgM wykonano u 7 osób. Wynik dodatni uzyskano u 6 chorych, w jednym przypadku wynik był ujemny, przy mianie przeciwciał w klasie IgG 422 VIEU/l, słabo dodatnim mianie przeciwciał w płynie m.-rdz. (przy pleocytozie 66, poziomie białka 83 mg%). U 15 pacjentów stwierdzono obecność przeciwciał klasy IgG w płynie m.-rdz. U 2 osób wynik badania płynu m.-rdz. na obecność przeciwciał był ujemny przy wysokim mianie przeciwciał klasy IgG w surowicy (417 VIEU/ml i 270 VIEU/ml), pleocytozie 130 i 91 oraz poziomie białka w płynie m.-rdz. 92 mg% i 60 mg%.

## 3. Skład morfologiczny krwi

U 6 osób (33,3%) stwierdzono leukocytozę pow.  $10\,000/\text{mm}^3$  w tym u jednego chorego wynosiła  $20\,900/\text{mm}^3$ . U wszystkich pacjentów w początkowym okresie stwierdzono przesunięcie obrazu białokrwinkowego w lewo, w tym u 3 pacjentów limfopenię poniżej 20% (przy normie laboratoryjnej 20-40%).

4. Przyspieszone OB – w granicach 30-90 po godz. stwierdzono u wszystkich pacjentów.

## LECZENIE

Stosowano leczenie zalecane w neuroinfekcjach powodowanych RNA wirusem

– Przyczynowe – wirusostatyczne:

Rifampicyna – 900 mg/dobę (8–14 dni);

Groprinosina – 50 mg/kg/dobę (10–15 dni);

– Przeciwozrętkowo i przeciwzapalnie:

Decadron podawano 14 pacjentom 4–14 dni. U 12 osób kontynuowano sterydoterapię Encortonem przez 3–14 dni i 20% Mannitol.

Ponadto stosowano leki uspokajające.

Okres hospitalizacji 15 pacjentów wynosił 13–28 dni. 2 pacjentów wypisało się na własną prośbę po 10 dniach hospitalizacji.

## OBSERWACJA AMBULATORYJNA

15 pacjentów objętych zostało poszpitalną opieką w Poradni Konsultacyjnej. Jeden pacjent nie zgłosił się do Poradni, jeden u którego wystąpił niedowład kończyny górnej, jest objęty opieką Poradni Neurologicznej i Rehabilitacyjnej – niedowład i zaniki mięśni cofają się bardzo wolno.

Objęci opieką poradni pacjenci do grudnia 1993 r. mieli odnotowane 1 do 5 wizyt (pierwsza wizyta po 2 tyg. od daty wypisu).

W czasie wizyt kontrolnych 5 ozdowieńców nie zgłaszało dolegliwości.

Pozostali rekonwalescenci zgłaszali:

– bóle głowy	66,7% – 10 osób;
– zaburzenia snu	33,3% – 5 osób;
– bóle mięśni i parestezje	13,3% – 2 osoby;
– bóle okolicy lędźwiowej	6,7% – 1 osoba;
– nerwobóle	6,7% – 1 osoba;
– lęki	6,7% – 1 osoba;
– nadpobudliwość nerwową	6,7% – 1 osoba;
– zawroty głowy	6,7% – 1 osoba;
– sporadyczne wymioty	6,7% – 1 osoba.

U 4 osób dolegliwości ustąpiły w ciągu 28 dni od daty wypisu – w czasie drugiej wizyty w poradni nie zgłaszali dolegliwości. U 6 osób dolegliwości utrzymywały się przez 37–98 dni.

## PODSUMOWANIE

Obserwowano 17 chorych w wieku 9–44 lata hospitalizowanych z powodu kleszczowego zap. opon m.-rdz. Nie obserwowano ciężkiego przebiegu choroby. U wszystkich pacjentów zakażenie przebiegało dwufazowo z okresem względnego zdrowia. Najczęściej zgłaszanymi dolegliwościami były: gorączka, bóle głowy, wymioty, bóle mięśni i stawów, uczucie osłabienia, zawroty głowy.

U jednego pacjenta wystąpił wiotki niedowład kończyny górnej oraz jedna osoba zgłaszała objawy dyzuryczne.

Badaniem fizykalnym we wszystkich przypadkach stwierdzono dodatnie objawy oponowe.

Rozpoznanie kliniczne potwierdzono badaniem płynu mózgowo-rdzeniowego, którego obraz odpowiadał limfocytarnemu zapaleniu opon mózgowo-rdzeniowych. Rozpoznanie etiologiczne potwierdzono badaniami serologicznymi na obecność przeciwciał przeciw kleszczowemu zapaleniu mózgu w płynie mózgowo-rdzeniowym i surowicy.

Czas hospitalizacji wynosił 10-28 dni. 15 pacjentów objętych było poszpitalną opieką ambulatoryjną.

*M. Kapuśniak*

DIAGNOSTIC AND CLINICAL PROBLEMS TICK-BORN MENINGITIS  
ON THE GROUND OF OWN'S OBSERVATIONS

SUMMARY

The author presents 17 patients with tick-born neuroinfections. The correct diagnosis was established during serological examinations.

Adres: 07-412 Ostrołęka, ul. Celuloidowa 8 m. 5