

## СИЛ МЕНИНГИТИ КЛИНИК - ЛАБОРАТОР ТАШХИСОТ АСПЕКТЛАРИ



Жураев Шавкат Абдулвахидович, Орзикулов Аъзам Орзикулович, Мустаева Гулистон Бурибаевна, Пардаева Ўғулой Джамоловна  
Самарқанд давлат тиббиёт университети, Ўзбекистон Республикаси, Самарқанд ш.

## КЛИНИКО - ЛАБОРАТОРНЫЕ ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ТУБЕРКУЛЕЗНОГО МЕНИНГИТА

Жураев Шавкат Абдулвахидович, Орзикулов Аъзам Орзикулович, Мустаева Гулистон Бурибаевна, Пардаева Уғулой Джамоловна  
Самарқандский государственный медицинский университет, Республика Узбекистан, г. Самарқанд

## CLINICAL - LABORATORY DIAGNOSTIC ASPECTS OF TUBERCULOSIS MENINGITIS

Juraev Shavkat Abdolvakhidovich, Orzikulov Azam Orzikulovich, Mustaeva Guliston Buribaevna, Pardava Uguloi Jamolovna  
Samarkand State Medical University, Republic of Uzbekistan, Samarkand

e-mail: [info@sammu.uz](mailto:info@sammu.uz)

**Резюме.** Мақолада кўпинча юқумли касалликлар шифокорлари турли этиологияли менингитларга таъхис қўйиши ва даволаида айрим мураккабликларга дуч келишади. Шулар орасида сил менингити жуда долзарб мавзу ҳисобланади. Ҳозирги вақтда сил менингити кечишида менингоэнцефалит устунлиги, сил менингити жараёнининг сил ўпка шакли билан биргаликда кечиши, антибактериал препаратлар билан даволанган беморларда орқа мия суюқлигида касалликка хос белгиларнинг аниқланилмаслиги, айрим ҳолларда антибактериал препаратларга нисбатан резистентлик (45,6%), аксарият ҳолларда сил менингити ОИВ инфекцияси фонида келиб чиқиши (69,7%) ва леталлик кўрсаткичларининг юқорилигича қолиш хусусиятларига эга. Тадқиқот мобайнида беморларга касаллик таъхиси сил микобактериялари 21,5 % беморлар ликворида серологик, 42,8 % изида бактериоскопик, 28,6 % - бактериологик, 7,1 % клиник белгиларга қараб қўйилди. Ҳозирги пайтда сил менингити таъхисотида комплекс усуллар (микроскопик, бактериологик, серологик) дан таъхари, ПЦР-теқиширувини ўтказиш тавсия этилади.

**Калит сўзлар:** сил менингити, ПЗР, резистентлик.

**Abstract.** The article describes how infectious disease doctors often face some difficulties in the diagnosis and treatment of meningitis of various etiologies. Among them, tuberculous meningitis is a very urgent problem. Currently, there is a predominance of meningoencephalitis in the course of tuberculous meningitis, the course of tuberculous meningitis with pulmonary tuberculosis, the absence of symptoms in the cerebrospinal fluid in patients treated with antibacterial drugs, in some cases resistance to antibacterial drugs (45.6%), in most cases tuberculous meningitis against the background of HIV infection (69.7%) tends to maintain high mortality. During the study, 21.5% of patients with *Mycobacterium tuberculosis* were diagnosed by serological methods, 42.8% - by bacterioscopic methods, 28.6% - by bacteriological methods and 7.1% - with clinical signs. Currently, in addition to complex methods (microscopic, bacteriological, serological) in the diagnosis of tuberculous meningitis, PCR diagnostics is recommended.

**Key words:** tuberculous meningitis, PCR, resistance.

**Долзарблиги.** Турли этиологияли менингитлар таъхисоти клиник ва лаборатор аспектлари шифокор амалиётида ханузгача айрим муаммоларга олиб келмоқда. Юқумли касалликлар нозологик бирликларида нейроинфекциялар етакчи ўринни эгаллайди. Юқумли касалликлар патологиясида менингеал синдром таъхисоти ниҳоятда мураккаб, шу боис,

бу ҳолат кўзгатувчини аниқлаш учун комплекс ва ягона ёндашувни талаб қилади. Менингеал синдром билан кечувчи касалликлар турли этиологик омилга эга бўлганлиги боис, менингеал синдром диагностикасида ушбу синдром билан кечувчи касалликларни рўйхатга олиш учун аниқ статистикани юритиб бориш, менингеал синдром билан кечувчи касалликлар таъхисоти учун

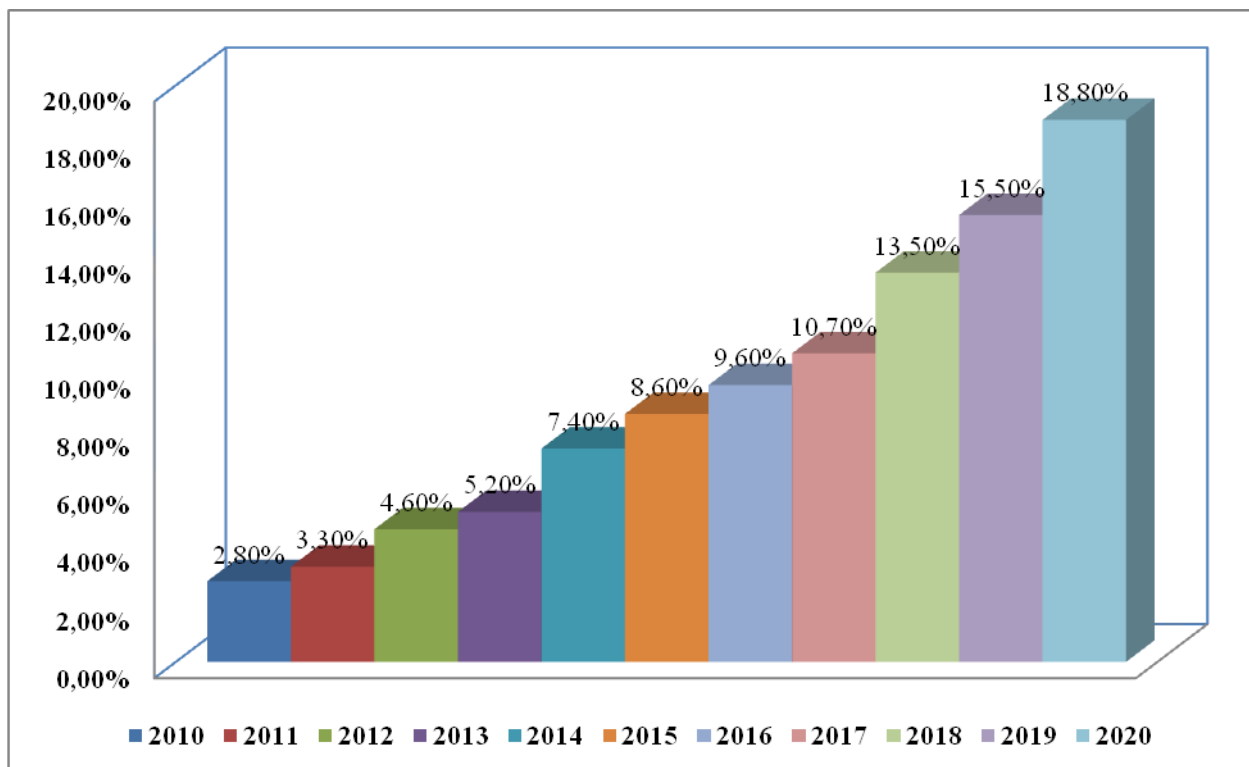
ташхисот алгоритмларини ишлаб чиқиш зарур. Амалиёт шифокорлари иш фаолияти давомида сил менингити тез тез учраб туради. Сил касаллиги ханузгача республикамиз Соғлиқни сақлаш ходимлари олдида, балки дунё бўйича тиббий ва ижтимоий муаммолардан бири бўлиб қолмоқда. ЖССТ маълумотларига кўра, 2013 йилда дунё бўйича 9 млн.дан ошқил сил билан хасталанган беморлар қайд этилган. Дунёда йилига қайд этилаётган леталлик кўрсаткичларининг 1,5 млн. сил касаллигига тўғри келади (1,2). Ўпқадан ташқари кенг тарқалган сил касаллиги турларига сил менингити киради [7, 8, 9], бироқ замонавий шароитда сил менингитининг эпидемиологик хусусиятлари етарлича ёритилмаган. Бу ҳолат эса сил менингитининг асосий эпидемик омилларини ўрганиш зарурлигини аниқлайди. Сил менингити сил касаллигининг энг оғир асорати бўлиб, у тезда ногиронликка олиб келади (интеллектнинг пасайиши, кўрлик, карлик, гидроцефалия, фалаж) ва ҳатто беморнинг ўлимига ҳам олиб келади, чунки, сил менингитини ҳамма вақт ҳам ўз вақтида аниқлаш имкони бўлмайди [3,4,6]. Статистик маълумотларга кўра, иқтисодий ривожланган мамлакатларда ҳам сил менингитининг ҳар 5 ҳолатидан бирида касаллик ўлим билан тугайди. Сил менингити касаллигининг олдини олишда муҳим омиллардан бири бу касалликни эрта аниқлаш ва уни даволашдир [3, 14]. Сил менингити касаллигининг эрта ташхиси умумий амалиёт шифокорларининг хушёрлигига боғлиқ. Чунки беморларнинг кўпчилиги (60 %) биринчи навбатда юқумли касалликлар шифохонасига ёки умумий соматик касалхоналарга ётқизилади. Уларга ташхис ва даво кечиктирилиб кўрсатилади [4,5]. Натижада бу ҳолат касалликнинг кечилишини оғирлаштиради [5, 9,11 ]. Амалиётда мавжуд дори заҳиралари ва диагностика технологиялари билан ҳам айрим ҳолларда сил менингитини даволаш мураккаб жараён ҳисобланади. Сил менингити сил касаллигининг прогрессив шакли ҳисобланади, унинг ўлим даражаси 16 дан 55% гача, бу касалликнинг ижтимоий аҳамиятини белгилайди [10, 11, 12]. Сил менингити ташхис кеч қўйилиши боис, беморларнинг ногиронлиги ёки ўлими нисбатан кўп кузатилиши билан характерланади [3, 4, 5, 6, 10, 13]. Сил менингити ташхиси “олтин стандарт” орқа мия суюқлиги экилганда *Mycobacterium* аниқланиши билан қўйилади. Бироқ бу усул паст сезувчан ҳисобланади. Тадқиқотчиларнинг маълумотларига кўра бактериологик ташхис 4-8% дан 27% гача ҳолларда тасдиқланади [10, 11, 12, 14]. Шундай қилиб, бактериологик текширув сил менингити ташхисини тасдиқлашда паст сезгир усул ҳисобланади. Ҳозирги кунда сил *Mycobacterium* ларини аниқлашда ПЗР усули жуда сезгир

усуллардан биридир [9,10]. Сил менингити улуши касалликлар ҳажмида ортиши, касалликни ташхислашда ликвор таҳлилининг етарли эмаслиги, касалликнинг клиник ўзгарувчанлиги, ташхис учун аниқ ягона ёндашувларнинг йўқлиги ташхисни мураккаблаштиради. Хулоса қилиб айтганда, сил касаллиги ижтимоий аҳамияти, касалликнинг клинко лаборатор ҳолатини тавсифловчи маълумотларнинг етишмаслиги, ҳозирда сил менингити клиник ва лаборатория симптомлари мажмуасини аниқлаштириш зарурати, шунингдек, ушбу касалликни аниқлашни ташкил этишнинг янги тамойилларини ишлаб чиқиш зарур. Сил менингитини ўз вақтида эрта ташхислаш, ташхисот алгоритминини ишлаб чиқиш ва уни амалиётга жорий этишни оптималлаштириш йўллари татбиқ этиш ушбу тадқиқотнинг долзарблигини белгилайди.

**Тадқиқот мақсади:** Замонавий этапда сил менингити клинко лаборатор ташхисоти аспектларини ўрганиш.

**Тадқиқот усуллари ва материаллари:** сўнгги 10 йил ичида Самарқанд шаҳридаги сил касалликлари шифохонасига мурожаат қилган беморлар ва уларнинг касаллик тарихлари тадқиқот материали ҳисобланади. Тадқиқот усуллари: анамнестик, эпидемиологик, клиник ва лаборатор.

**Тадқиқот натижалари ва муҳокамаси:** Сил менингити билан касалланишни таҳлил қилиш учун 2010-2020 йиллар оралиғида Самарқанд шаҳридаги вилоят сил касалликлари диспансерига “Сил менингити” ташхиси билан ётқизилган беморларнинг касаллик тарихи ретроспектив таҳлил қилинди. Тадқиқот давомида беморларнинг 21,7% Самарқанд вилоят юқумли касалликлар клиник шифохонасидан, 16,7% беморлар бошқа соматик шифохоналардан ўтказилганлиги маълум бўлди. Ўтказилган тадқиқот натижасида охириги йилларда сил касалликлари орасида сил менингити билан касалланиш ҳолатлари йилдан йилга ошиб борганлиги аниқланилди (расм 1). Беморларга қуйидаги лаборатор текширувлар ўтказилган: бактериологик (балғамни бактериоскопик текшириш, ликворни бактериологик текшириш) умумий клиник таҳлиллар (умумий қон таҳлили, қон биохимияси, умумий сийдик таҳлили), рентгенологик текширувлар. Тадқиқот давомида сил менингити билан оғриган беморларнинг тиббий, ижтимоий ва клиник хусусиятларини ўрганиш шуни кўрсатдики, сил менингити асосан 25-59 ёшда, меҳнатга лаёқатли аҳоли қатламида учрайди. Беморларнинг асосий қисмини 40 ёшгача бўлган беморлар ташкил қилади (64,4 %), 30 ёшгача бўлган беморлар (12,3%) 31-40 ёш (16,2%), 40 ёш ва ундан катталар (7,1%).



Расм 1. 2010-2020 йилларда сил менингити билан касалланиш ҳолатларини таҳлил қилиш

Кузатувдаги беморларнинг 75 % изини эркалар, аёлларда эса касаллик эркаларга нисбатан 3 баравар кам учради. Беморларнинг 39,4% да - биринчи марта 19,6% да касаллик рецидив тарзда, 41,3% да эса - сил менингити ўпка сили билан бирга кечиши аниқланди. Ҳозирги вақтда сил менингити кўпинча тарқалган, миляр ва каверноз ўпка сили билан бирга учрайди, бу сил касаллиги диспансерларида контингентларнинг сил касаллигининг ушбу шаклларига кўпроқ эътибор беришни талаб қилади. Беморлар куйидаги йўлланма ташхислар билан муружаат этишган: ЎРВИ (37,3%), ОТИ (12,8%), менингококкли менингит (45,6%) ва 4,3% ҳолларда бошқа ташхислар билан муружаат этишган. Касаллик оғирлиги бўйича шифохонага қабул қилинган ҳар 2-беморнинг аҳволи оғир (54,8%), ҳар 3-бемор эса ўта оғир (35,2%) деб баҳоланди. 10% беморларда касалликнинг ўрта оғир шакли қайд этилди. Таҳлиллардан шу нарса маълум бўлдики, сил менингити билан касалланган беморлар орасида ўлим кўрсаткичи юқориликча қолмоқда (77,8%). Ўлим ҳолатлари таҳлили шуни кўрсатдики, сил менингитида антибиотиклар резистентлиги -77,8%, ҳамроҳ касалликлардан ОИВ инфекцияси борлиги (69,7%), касалликни кечки босқичларда аниқлаш (менингоэнцефалит) кўпинча касаллик давоси самарасизлигига олиб келмоқда. Менингеал белгилар беморларнинг кўпчилигида аниқланди: энса мушаклари ригидлиги-90,5%; Керниг симптоми-84,5%. Бош мия асаб толаларининг зарарланиш белгилари беморларнинг учдан бир қисмида

(32%) кузатилган. Бош мия зарарланиш белгилари (менингоэнцефалит) ҳар иккинчи беморда қайд этилган. Кўпчилик ҳолларда сил менингити иккиламчи касаллик сифатида, фаол ўпка сили фониди ривожланган: сил менингити асосан инфилтратив ўпка сили билан учраши бошқа клиник шакллари орасида устунлик қилди-54,5%, ўткир диссеминацияланган сил (миляр) 29,7%, фиброзкаверноз-5% ҳолда учради. Сил менингити кечишининг ўзига хос хусусияти шундан иборат эдики, беморларнинг 69,7% изида ҳамроҳ касалликлардан ОИВ инфекцияси аниқланди. Беморларнинг ҳаммасида ОИВ инфекциясининг 4 босқичи аниқланди. Барча беморларга комплекс клинко-лаборатор текширув ўтказилган. Умумий қон таҳлилида лейкоцитоз  $11-26 \times 10^9/\text{л}$  (76,7%), ЭЧТ нинг 60 мм/с гача кўтарилиши (57,8%) аниқланди. Бу ҳолат касалликнинг ўткир даврида кузатилади. 23,6% беморларда нефропатия кузатилди, сийдик таҳлилида лейкоцитурия, протеинурия аниқланди. 33,3% беморларда жигар катталаниши, қон биокимёвий таҳлилида АлАт ва АсАт, тимол синамаси ошиши аниқланди. Айрим муаллифларнинг фикрига кўра, 76,1% беморларга люмбал пункция госпитализациянинг 1-куни, қолган беморларга касалхонага ётқизилганининг 2 куни ва сал кечроқ ўтказилган. Кўпчилик беморларга ташхис ликвор текшируви асосида қўйилган. Лимфоцитлар миқдори  $70,8 \pm 8,1$  %. 65,7% ҳолда ликворда оксил ва шакар кўрсаткичлари меъёрдалиги аниқланди. Қанднинг камайиши фақат 57% ҳолларда кузатилган, оксилнинг кўпайиши-86%

холда (0.66 дан 1.32 г / л гача), цитознинг пастлиги 15% да аниқланилган. Фибрин парда доимо ҳам кузатилмайди. Тадқиқотчилар фикрига кўра, сил менингитида бактериологик текширув 4-8% дан 27 % гача самара беради. Беморларда орқа мия суюқлигида сил микобактериялари аниқланиши билан ташхис тасдиқланилди. Бактериологик текширув усули 100 % специфик бўлсада, паст сезувчанликка эга. Шу боис, сил менингити ташхисини кўйишда куйидагиларга эътибор бериш керак: эпидемиологик анамнези-сил касаллиги билан касалланган бемор билан мулоқотда бўлган ёки бўлмаганлиги; клиник-касалликнинг бошқа менингитлардан фарқли равишда секин аста ривожланиши, цереброспинал суюқликнинг ўзига хос кўриниши (фибрин парда хосил бўлиши). Шунингдек, ҳозирда амалиётда мавжуд лаборатор усуллар орқали сил менингитига эрта ташхис кўйиш оқсамокда. Шу боис, касаллик ташхисотида замонавий текширув усуллари татбиқ этиш лозим. Шулардан бири ПЗР текширув усули ҳисобланади.

Эпидемиологик таҳлиллар шуни кўрсатдики, катта ёшдаги беморларда ОИВ-бўлиши сил касаллиги кучайишига олиб келувчи энг муҳим омил ҳисобланади. ОИВ инфекцияси фонида сил касаллигининг тарқалган шакллари (ўпка сили, МНС тизими сили ва бошқа аъзолар сили) келиб чиқади. ОИВ инфекцияси фонида сил касаллигининг тарқалган шакллари ривожланиши касаллик клиник картинаси ўзгаришига олиб келади. Беморлар орасида сил ва ОИВ инфекцияси билан хасталанган беморлар сонининг ошиши касалликлар ташхисотида айрим мураккабликларни келтириб чиқаради. Ликвор таркибида доимо сил менингитига хос классик ўзгаришлар кузатилмайди. Чунки беморлар ташхис кўйилишдан олдин, шифохонага келмасдан туриб, турли хил яллиғланишга қарши антибактериал дори воситаларини қабул қилишади. Айни дамда беморларга кенг спектрли антибиотикларни олиш имконияти мавжуд. Жумладан, амалиётда кенг қўлланиладиган туберкулостатик фаолиятга эга антибактериал препаратлардан фторхинолонлар ва аминогликозидлар каби антибиотикларни стационаргача бўлган этапда қабул қилишади. Бу ҳолат сил менингитида қўлланиладиган кўпчилик антибиотикларнинг ҳозирги замонда самарасизлигига, антибиотикларнинг сил микобактерияларига нисбатан резистентлигига сабаб бўлмоқда (45,6%). Шуни ҳисобга олган ҳолда, касаллик давосида кенг спектрга эга антибактериал воситаларни ҳамроҳ касалликларни эътиборга олган ҳолда қўллаш лозим. Бунинг учун касаллик ташхисоти ва давоси алгоритмини қайта кўриб чиқиш зарурияти туғилади. Бошқа ихтисосликдаги шифокорлар сил менингитини ташхислашда куйидагиларни эътиборга олишлари керак:

- Касаллик анамнези: беморларнинг сил билан мулоқотда бўлганлиги, яшаш тарзи (уйсиз, алкоголизм, гиёҳвандлик), ҳамроҳ касалликлар (диабет, ОИВ инфекцияси) мавжудлиги.

- Касалликнинг аста-секин бошланиши (сил менингитида продромал давр 1 ҳафтадан 4 ҳафтагача давом этиши мумкин);

- Сил менингити клиник кечишида базилляр шакли - кўпроқ учрайди. Бу шаклида III, VI, VII, IX, X, XI бош миядан чиқувчи асаб толалари шикастланиши нисбатан кўпроқ кузатилади.

- Кўпинча менингоэнцефалит, цереброспинал лептопахименингит келиб чиқади.

- Ликвор характери-сил менингитида: лимфоцитар цитоз, кўпроқ-300 гача, қанд ва хлоридларнинг камайиши, оқсилнинг кўпайиши, + + + Панди реакцияси, фибрин тўрининг пайдо бўлиши;

- Ликворда сил микобактерияларининг аниқланиши

- Ўпка рентгенограммаси (ўпкада ёки кўкрак ичи лимфа тугунларида патология аниқланиши);

- Гемограмма (ўртача лейкоцитоз, ЭЧТ нинг тезлашуви, лимфопения, моноцитоз);

- Окулист кўриги (кўз тубида кўз нервларининг димланиши)

- Бош миянинг КТ/МРТ қилиш;

- Сил менингитида специфик бўлмаган давонинг самарасизлиги.

Умумий тиббий-профилактика тармоғи шифокорлари замонавий этапда сил менингитининг типик клиник кўринишларига эътибор беришлари керак. Сил менингитида сил микобактериялари 21,5 % беморлар ликворида серологик, 42,8 % изида бактериоскопик, 28,6 % - бактериологик, 7,1 % клиник белгиларга қараб кўйилди. Сил менингити билан касалланган беморларнинг 5% изида силга қарши препаратларга резистентлик аниқланилди. Комплекс даво муолажалари асосида беморларнинг 54,4 % изида клинкорентгенологик динамиканинг ижобий томонга ўзгарганлиги қайд этилди. 45,6 % изида летал оқибат кузатилди. Уларнинг 54 % касалликнинг 3-4-ҳафталаарида, 32 % касалликнинг 1-ҳафтасида, касалликнинг 1-суткасида 4 % вафот этишган. Беморларнинг ўртача койка куни 120-140 кунни ташкил этган.

**Хулоса.** Ҳозирда сил менингити касаллигида кўпчилик беморлар стационаргача бўлган этапда антибактериал препаратлар, биринчи навбатда фторхинолонлар ва аминогликозидлар билан даволанганлиги боис, орқа мия суюқлигида сил менингитига хос характерли ўзгаришлар мавжуд эмас. Катталарда сил менингитига ташхис кўйишда касалликнинг тарқалган кўринишлари (диссеминацияланган ва миллиар (55%), фиброзкаверноз (28%) ўпка сили) ни эътиборга олиш ке-

рак. Замонавий этапда сил менингити ташхисини кўйиш учун комплекс усуллар (микроскопик, бактериологик, серологик, ПЦР-текширув) талаб этилади.

#### Адабиётлар:

1. Борзенко А.С. и др. Особенности течения и диагностики туберкулезного менингита в Волгоградской области /Вестник ВолГМУ. - Волгоград: 2012. - Выпуск 2 (42). - С. 101-104
2. Бугакова С.Л. Туберкулезный менингит. Вопросы патогенеза, клиники, диагностики, дифференциальной диагностики, лечения и исходов / Учебное пособие. - Астана: 2008.- 95с.
3. Ракишев Г.Г. и др. Интенсивная терапия туберкулеза мозговых оболочек и центральной нервной системы (пособие для врачей). МЗ РК, НЦПТ РК. - Алматы: 2006. - 217 с.
4. Новицкая О.Н. Особенности диагностики и лечения туберкулеза центральной нервной системы, протекающего на фоне ВИЧ-инфекции: автореф. дис. ... канд. - М., 2014. - 56 с.
5. Пардаева У.Д. Структура и диагностика генерализованного туберкулеза на примере Самаркандской области / Проблемы медицины и биологии 3(3), 129-133 с., 2019г.
6. Одилова Г.М. и др. «Лабораторная диагностика менингита вызываемого *Haemophilus influenzae* по Самаркандской области». Проблемы медицины и биологии. Материалы Международной конференции Кемерово, 11-12 апреля 2019 года. 78-79 стр.
7. Одилова Г.М. и др. «Лабораторная диагностика бактериальных менингитов на современном этапе» Материалы конференции. 4-5 апреля 2019 г. Киров.179-180 стр.
8. Орзикулов А.О., Муминова Ш.Ш., «Клинико-эпидемиологическая характеристика менингококковой инфекции у взрослых в Самаркандской области по материалам областной инфекционной клинической больницы». Journal of cardiorespiratory research. Special issue 2.1 2021. 151-152 стр.
9. Орзикулов А.О. и др. «Самарканд вилоятида ўсмирлар орасида бруцеллез касаллиги эпидемиологик аспектларини таҳлил этиш». Научно-практическая конференция: «Инфекция и лекарственная резистентность» Ташкент 2017. С.15-16.
10. Ярмухаммедова Н.А. и др. «Клинико-эпидемиологические аспекты пневмококкового менингита у детей (на примере Самаркандской области). // Проблемы биологии и медицины № 2 (109). Самарканд 2019, 166-170.
11. Ярмухаммедова М.К. и др. «Клинико-эпидемиологическая характеристика больных с ВИЧ инфекцией». International scientific review of

the problems of natural sciences and medicine. Boston. USA. November 4-5, 2019 С. 76-90.

12. Ярмухаммедова Н.А. и др. «Охирги йилларда Самарканд вилояти бўйича катталарда пневмококкли менингит клинико лаборатор хусусиятларини таҳлил қилиш. Материаллар тўплами. Бухоро, 2019 йил. 308-310 бет.
11. Ярмухаммедова Н.А. и др. «Клинико-лабораторная характеристика пневмококкового менингита у взрослых» Биология ва тиббиёт муаммолари. №3 (128) 2021 С.164-169.
12. Ярмухаммедова Н.А. и др. «Самарканд вилоятида пневмококкли менингитнинг клинико-лаборатор кечиш хусусиятлари». // Проблемы биологии и медицины № 1 (107). Самарканд 2019, 134-138.
13. Ярмухаммедова Н.А. и др. «Сурункали вирусли гепатит В нинг ОИВ инфекцияси фонида клиник кечиш хусусиятлари». Биология ва тиббиёт муаммолари. № 2 (94), Самарканд, 2017 год, 162-167 стр.
14. Sharifi-Mood B. Is there any difference between non-smoker and smoker tuberculous patients in clinical manifestations and radiographic findings // J. Med Sci. - 2006. - Vol. 6 (4). - P. 674-677.

#### КЛИНИКО - ЛАБОРАТОРНЫЕ ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ТУБЕРКУЛЕЗНОГО МЕНИНГИТА

Жураев Ш.А., Орзикулов А.О., Мустаева Г.Б.,  
Пардаева У.Д.

**Резюме.** В статье рассказывается, как врачи-инфекционисты часто сталкиваются с некоторыми трудностями при диагностике и лечении менингитов различной этиологии. Среди них туберкулезный менингит является очень актуальной проблемой. В настоящее время отмечается преобладание менингоэнцефалита в течении туберкулезного менингита, течение туберкулезного менингита с туберкулезом легких, отсутствие симптомов в спинномозговой жидкости у больных, получавших антибактериальные препараты, в ряде случаев резистентность к антибактериальным препаратам (45,6%), в в большинстве случаев туберкулезный менингит на фоне ВИЧ-инфекции (69,7%) имеет тенденцию к сохранению высокой летальности. В ходе исследования у 21,5% больных микобактерии туберкулеза были диагностированы серологическими методами, у 42,8% - бактериоскопическими методами, у 28,6% - бактериологическими методами и у 7,1% - с клиническими признаками. В настоящее время помимо комплексных методов (микроскопических, бактериологических, серологических) в диагностике туберкулезного менингита рекомендуется проведение ПЦР-диагностики.

**Ключевые слова:** туберкулезный менингит, ПЦР, резистентность.