

МЕНИНГИТ

Саттиева Гульбахор Кадыровна

*Андижан во имя Абу Али ибн Сины
техникум общественного здравоохранения,
заведующий отделением специальных наук,
sattiyevagulbaxor@gmail.com*

Аннотация

Менингит — воспаление оболочек головного и спинного мозга. Пахименингит — воспаление твердой мозговой оболочки, лептоменингит — воспаление мягкой и паутинной мозговых оболочек. Воспаление мягких оболочек встречается чаще, в таких случаях используют термин «менингит». Его возбудителями могут быть те или иные патогенные микроорганизмы: бактерии, вирусы, грибки; реже встречаются протозойные менингиты.

Ключевые слова: менингит, Пахименингит, лептоменингит.

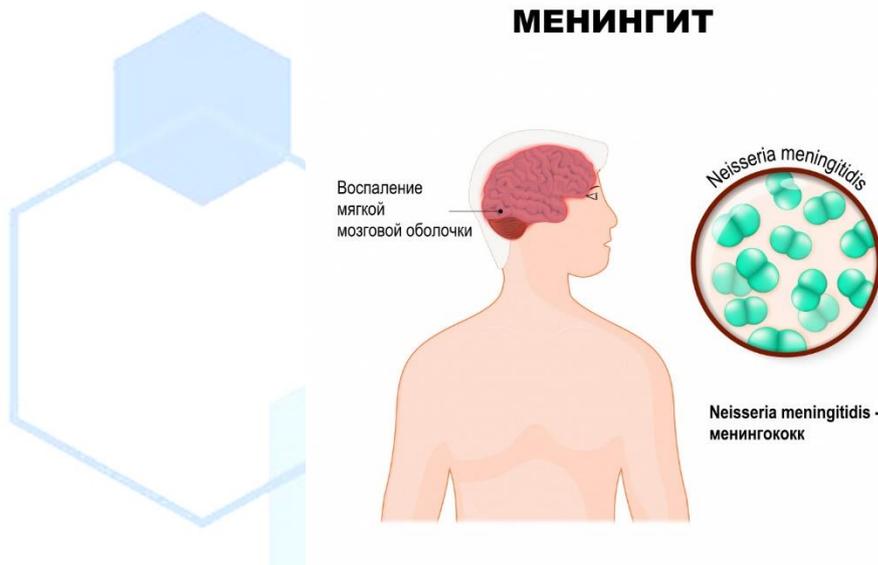
Менингит – это инфекционное воспаление мозговых оболочек головного и спинного мозга, сопровождающееся интоксикацией, лихорадкой, синдромом повышенного внутричерепного давления, менингеальным синдромом, а также воспалительными изменениями ликвора (спинномозговой жидкости).

Мозговые оболочки - это соединительнотканые пленчатые образования, покрывающие головной и спинной мозг. Различают твердую мозговую оболочку, паутинную и мягкую.

Твердая оболочка головного мозга имеет плотную консистенцию и толщину 0,2-1 мм, местами она срастается с костями черепа. Паутинная оболочка — тонкая, полупрозрачная, не имеющая сосудов соединительнотканная пластинка, которая окружает головной и спинной мозг. Мягкая оболочка — тонкая соединительнотканная пластинка, непосредственно прилегающая к головному мозгу, соответствует его рельефу и проникает во все его углубления. В ее толще располагается сосудистая сеть головного мозга.

Наиболее часто встречаются воспаление мягкой мозговой оболочки, при этом используют термин «менингит».

МЕНИНГИТ



Причины появления менингита

Мозговые оболочки могут вовлекаться в воспалительный процесс первично и вторично. Менингит, возникший без предшествующей общей инфекции или заболевания какого-то другого органа, называется первичным. Вторичный менингит развивается как осложнение уже имеющегося инфекционного процесса. К вторичным относятся туберкулезный, стафилококковый, пневмококковый менингит. К первичным – менингококковый, первичный паротитный, энтеровирусные менингиты и другие.

Заболевание передается воздушно-капельным, контактно-бытовым или алиментарным путем.

Гнойное воспаление мозговых оболочек может быть вызвано различной бактериальной флорой (менингококками, пневмококками, реже - другими возбудителями). Причина серозных менингитов - вирусы, бактерии, грибы.

По прогнозу наиболее опасен туберкулезный менингит, который возникает при условии наличия в организме туберкулезного поражения. Развитие заболевания проходит в два этапа. На первом этапе возбудитель с током крови поражает сосудистые сплетения желудочков мозга с образованием в них специфической гранулемы. На втором – наблюдается воспаление паутинной и мягкой оболочек (как правило, поражаются оболочки основания головного мозга), которое вызывает острый менингеальный синдром.

Процесс развития менингококкового менингита также состоит из нескольких этапов:

- попадание возбудителя на слизистую оболочку носоглотки;
- попадание менингококка в кровь;
- проникновение возбудителя через гематоликворный барьер, раздражение рецепторов мягкой мозговой оболочки токсичными факторами и воспаление.

Течение инфекционного процесса зависит от патогенных свойств возбудителя (способности вызывать заболевание) и состояния иммунной системы человека.

Предшествующие вирусные заболевания, резкая смена климата, переохлаждение, стресс, сопутствующие заболевания, терапия, подавляющая иммунитет, - могут иметь существенное значение для возникновения и течения менингита.

Классификация заболевания

По типу возбудителя:

1. Вирусный менингит (гриппозный, парагриппозный, аденовирусный, герпетический, арбовирусный (клещевой), паротитный, энтеровирусные ЕСНО и Коксаки).

2. Бактериальный менингит (менингококковый, туберкулезный, пневмококковый, стафилококковый, стрептококковый, сифилитический, бруцеллезный, лептоспирозный).

3. Грибковый (криптококковый, кандидозный и др.).

4. Протозойный (токсоплазмозный, малярийный).

5. Смешанный.

По характеру воспаления:

1. Серозный.

2. Гнойный.

По механизму возникновения:

1. Первичный.

2. Вторичный.

По течению:

1. Острый.

2. Подострый.

3. Молниеносный.

4. Хронический.

По степени тяжести:

1. Легкая.

2. Среднетяжелая.

3. Тяжелая.

По распространенности процесса:

1. Генерализованный.

2. Ограниченный.

По наличию осложнений:

1. Осложненный.

2. Неосложненный.

Симптомы и синдромы менингита

Существует целый ряд синдромов, общих для всех менингитов:

- менингеальный синдром – проявляется ригидностью (повышенным тонусом) затылочных мышц и длинных мышц спины, гиперестезией (повышенной чувствительностью) органов чувств, головной болью, рвотой, изменениями со стороны спинномозговой жидкости;
- общемозговой синдром – проявляется сонливостью, нарушением сознания, тошнотой, рвотой, головокружением, психомоторным возбуждением, галлюцинациями;
- астеновегетативный синдром – проявляется слабостью, снижением трудоспособности;
- судорожный синдром;
- общеинфекционный синдром - проявляется ознобом, повышением температуры.

СИМПТОМЫ МЕНИНГИТА



Менингококковый менингит занимает первое место среди гнойных менингитов. Его инкубационный период составляет от 1 до 10 дней, в среднем - 2-4 суток. Заболевание обычно начинается остро на фоне полного здоровья или вскоре после назофарингита. Больные могут указать не только день, но и час заболевания, их беспокоит озноб, температура тела выше 38°C, сильная распирающая головная боль, усиливающаяся от любого шума и движения головы. Пациенты могут ощущать болезненность в различных частях тела, прикосновение вызывает мучительные ощущения. Рвота не связана с приемом пищи и не приносит облегчения. Вскоре присоединяется ригидность затылочных мышц и длинных мышц спины. Больные принимают «менингеальную» позу.

Дети грудного возраста постоянно плачут, у них может наблюдаться взбухание родничка, желудочно-кишечные расстройства.

Пневмококковый менингит, как правило, наблюдается у детей раннего возраста на фоне имеющегося пневмококкового процесса (пневмонии, синусита).

При стрептококковом менингите на первый план выступает гепатолиенальный синдром (увеличение печени и селезенки), почечная недостаточность, надпочечниковая недостаточность, петехиальная сыпь (кровоизлияния, вследствие повреждения капилляров, в результате чего, кровь, растекаясь под кожей, образует округлые пятна, размер которых не превышает 2 мм).

Гнойные менингиты, вызванные синегнойной палочкой, грибами встречаются редко. Диагноз устанавливается только после дополнительных лабораторных исследований.

Для серозного туберкулезного менингита характерно постепенное начало, хотя в редких случаях он может манифестировать остро. В дебюте заболевания больные жалуются на утомляемость, слабость, раздражительность, нарушение сна. Температура обычно не выше 38°C, отмечается непостоянная умеренная головная боль. На 5-6-й день болезни температура становится выше 38°C, усиливается головная боль, появляется тошнота, рвота, сонливость. Быстро развивается бессознательное состояние. Могут наблюдаться расходящееся косоглазие, низкое положение верхнего века по отношению к главному яблоку, расширение зрачка.

При диагностике паротитного менингита важно выявление недавнего контакта с больным паротитом.

Клинические проявления поражения мозговых оболочек могут развиваться еще до увеличения слюнных желез.

Для энтеровирусного менингита характерна двух- и трехволновая лихорадка с интервалами между волнами 1-2 и более дней. Почти всегда наблюдаются и другие проявления энтеровирусной инфекции (мышечные боли, кожная сыпь, герпангина).

Для диагностики коревого и краснушного менингитов большое значение имеет указание на контакт с больным этими заболеваниями, а также типичные клинические симптомы кори или краснухи.

Диагностика менингита

Для подтверждения диагноза «менингит» врач может назначить комплекс лабораторно-инструментальных исследований:

- клинический анализ крови с определением концентрации гемоглобина, количества эритроцитов, лейкоцитов и тромбоцитов, величины гематокрита и

эритроцитарных индексов (MCV, RDW, MCH, MCHC), лейкоформула и СОЭ (с микроскопией мазка крови при наличии патологических сдвигов);

Литература:

1. Назаренко, А. А. Кишкун, «Клиническая оценка результатов лабораторных исследований»//Г. И. г. Москва, 2005 г.
2. В.В. Меньшиков, Клиническая лабораторная аналитика. Основы клинического лабораторного анализа, 2002.
3. Веб сайт <https://www.invitro.ru/moscow/library/bolezni/27871/>