

МЕНИНГИТ

Менингит — это воспалительный процесс, при котором поражаются мозговые оболочки.

Менингит представлен несколькими формами, каждая из них опасна для жизни пациента. В большинстве случаев воспаление мозговых оболочек развивается на фоне попадания в организм инфекционных возбудителей. Для данного патологического процесса, независимо от этиологии, характерно наличие общеменингеальной симптоматики, общевоспалительных признаков, а также воспалительных элементов в спинномозговой жидкости. При диагностике менингита осуществляется анализ клинической картины, а также проводится ряд дополнительных исследований, ключевым среди которых считается люмбальная пункция, по ее результатам можно уточнить форму менингита и определиться с оптимальной тактикой лечения.

Классификация менингитов

В клинической практике воспаления мозговых оболочек разделяются одновременно по нескольким критериям.

По этиологии:

- бактериальные (стафилококки, микобактерии туберкулеза, стрептококки);
- грибковые (криптококки, грибы рода Кандиды);
- протозойные (при токсоплазмозе, малярии);
- вирусные (при герпесе, коре, краснухе, ВИЧ, ЕСНО).

По характеру воспалительного процесса:

- серозный (развивается при инфекционных болезнях);
- гнойный (при наличии высокого уровня лейкоцитов в спинномозговой жидкости).

По патогенезу:

- первичные (развитие воспалительного процесса в мозговых оболочках происходит самостоятельно, при отсутствии общего инфекционного поражения организма или местного инфицирования какого-либо органа);
- вторичные (развиваются на фоне локального или общего инфекционного заболевания).

По распространенности процесса:

- ограниченные;
- генерализированные.

По локализации процесса:

- конвекситальные;
- диффузные;
- локальные;
- базальные.

По темпу течения заболевания:

- острые (к ним относятся и молниеносные);
- подострые;
- хронические;
- рецидивирующие.

По степени тяжести выделяют формы:

- легкая;
- средняя;
- тяжелая;
- крайне тяжелая.

Этиология и патогенез менингита

Этиологическими факторами, запускающими механизм развития менингита, могут выступать:

- бактериальные возбудители (пневмококк, стафилококк, менингококк, кишечная палочка, стрептококк, микобактерии туберкулеза);
- грибы (криптококки, кандиды);

- вирусы (краснухи, кори, Коксаки, ВИЧ, ЕСНО, герпеса).

В некоторых случаях воспаление мозговых оболочек развивается в результате осложнений гельминтозов и внедрения в организм простейших микроорганизмов.

Пути проникновения инфекции в организм

- Инфекционные агенты могут проникнуть в мозговые оболочки различными путями, но чаще всего первичный очаг воспаления, и как следствие входные ворота для инфекции, локализуется в носоглотке. Далее инфекция вместе с кровотоком перемещается в оболочки мозга. Как правило, распространение инфекции по организму посредством кровотока характерно при наличии хронических очагов инфекции (синусит, отит, холецистит, фурункулез, пневмония и пр.).

- Также существует контактный путь внедрения инфекционного возбудителя в мозговые оболочки. Такой вариант развития менингита может произойти при нарушении целостности костей черепа и проникновении гноя в полость черепа в результате остеомиелита на фоне гнойных синуситов, воспаления глазного яблока и орбиты, а также при врожденных пороках развития ЦНС, после люмбальных пункций, при дефектах мягких тканей головы и при кожных свищах.

- В редких случаях инфекция может распространиться на мозговые оболочки через лимфатические сосуды полости носа.

Данным заболеванием могут страдать пациенты любого возраста, но чаще всего менингит развивается у детей. Причиной этого является несовершенство гематоэнцефалического барьера (функция организма, задача которой защита нервной системы человека от чужеродных веществ) и недостаточное развитие иммунитета.

Немаловажную роль в развитии менингита играют предрасполагающие факторы, к числу которых относятся: инфекционные заболевания, черепно-мозговые травмы, внутриутробные патологии плода, вакцинация и пр.

Воздействие воспалительного процесса на мозговые оболочки может спровоцировать множество осложнений со стороны большинства органов и систем, в частности надпочечниковую, почечную, дыхательную и сердечную недостаточность, а в некоторых случаях приводит к летальному исходу.

Клиническая картина менингита

Независимо от этиологических факторов и механизмов развития данной патологии, клинической картине менингита свойственны стандартные проявления: менингеальный синдром в совокупности с характерными изменениями в ликворе, а также общеинфекционная симптоматика.

Менингеальный синдром развивается в результате раздражения и воспалительных реакций в мозговых оболочках и клинически проявляется общемозговым симптомокомплексом и собственно менингеальной симптоматикой.

К числу общемозговых симптомов относится головокружение, головная боль, свето- и звукобоязнь. Первые проявления менингеальных признаков, как правило, возникают на 2-3 сутки после начала заболевания и выражаются в следующем: ригидность мышц затылка, симптомы Брудзинского, Кернига, Лесажа и пр. Невозможность пассивного сгибания головы (регидность затылочных мышц) является первым и постоянным признаком воспаления мозговых оболочек.

Помимо этого, существует отдельная группа симптомов, которая состоит из характерных болевых ощущений, диагностируемых в процессе пальпации и перкуссии определенных целевых точек. При менингите пациенты ощущают боль, если им надавить на глазные яблоки через сомкнутые веки, на переднюю стенку наружного слухового прохода, при простукивании черепа и пр.

Клинике менингита у детей раннего возраста свойственна слабовыраженность, поэтому при обследовании ребенка с подозрением на воспалительный процесс в головном мозге и в частности

на менингит, обращают внимание на напряжение, взбухание и пульсацию большого родничка и на ряд других симптомов.

Немаловажным элементом клинической картины менингита является наличие характерных изменений в спинномозговой жидкости. О воспалении мозговых оболочек свидетельствует клеточно-белковая диссоциация в ликворе. В процессе исследования гнойного менингита ликвор имеет мутный цвет, отмечается повышенное давление цереброспинальной жидкости, а в ее содержании определяется большое количество белковых клеток.

У пациентов преклонного возраста симптомы имеют атипичный характер, что проявляется в слабовыраженных головных болях или их полном отсутствии, сонливости, треморе конечностей и головы, а также психических расстройствах.

Диагноз и дифференциальный диагноз менингита

Главным диагностическим методом при исследовании менингита будет люмбальная пункция, поскольку исследование спинномозговой жидкости позволяет выявить менингит даже с минимальными клиническими проявлениями. Данное исследование выполняется только в условиях стационара и после предварительной диагностики, которая включает сбор анамнеза, пальпацию, перкуссию, выявление менингеальных и общемозговых признаков, а также исключение противопоказаний. В большинстве случаев исследование ликвора позволяет определить этиологию заболевания и назначить целесообразное лечение.

Основной задачей дифдиагностики является исключение других заболеваний с похожей симптоматикой, в частности менингизма. Отличительная черта менингизма — отсутствие общеинфекционных симптомов на фоне менингеального синдрома.

Лечение менингита

Менингит является прямым показанием к госпитализации пациента. Терапевтическая тактика имеет этиотропный характер и направлена на устранение первичного очага инфекции. Эффект от этиотропного лечения подлежит оценке посредством анализа клинических данных и результатов микроскопического исследования ликвора.

В процессе лечения бактериального менингита, как у детей, так и у взрослых, основной упор в медикаментозной терапии делается на назначение антибактериальных препаратов в больших дозах. Выбор антибиотика зависит от возбудителя инфекции.

При вирусном происхождении воспалительного процесса актуально применение противовирусных препаратов, в частности виферона. А при грибковой этиологии менингит лечится противомикозными препаратами.

Наряду с терапевтическими мероприятиями, направленными на ликвидацию причины заболевания, очень важно применение дезинтоксикационной и общеукрепляющей терапии.

С целью профилактики судорог рекомендовано применение литических смесей (пипольфен, аминазин, новокаин). Если течение менингита осложнилось отеком мозга или синдромом Уотерхауса-Фридериксена, целесообразно применение кортикостероидов (дексаметазон). Также при необходимости осуществляется симптоматическое лечение болевых ощущений и гипертермии.

Прогноз при менингите

Прогноз данного заболевания зависит от причины его развития и своевременности терапевтических мероприятий. Иногда после лечения воспаления мозговых оболочек у пациентов может остаться головная боль, нарушение слуха, зрения, ликворная гипертензия и пр. Если вовремя не диагностировать и не приступить к лечению, менингит может закончиться летальным исходом.

Профилактика менингита

Для профилактики данного заболевания необходимо вести здоровый образ жизни, закаляться, своевременно санировать очаги острой и хронической инфекции, а также при малейших подозрениях на заболевание незамедлительно обращаться к специалисту.