

Менингит – острое инфекционное заболевание, которое протекает с разнообразными клиническими проявлениями.

Источник инфекции — больные люди и "здоровые носители". Последние – это носители менингококка, у которых отсутствуют какие-либо клинические проявления.

Заболеваемость менингококковой инфекцией характеризуется сезонностью – количество пациентов растет зимой и ранней весной.

Вспышки заболеваемости – весной и осенью. История:

11 век – Авиценна первый описал менингит

1836г. – Чаруковский подробно описал клинику менингита.

20 век – Даркшевич разделил менингиты на первичные и вторичные.

Классификация:

1. По Даркшевичу:

♣ первичный

♣ вторичный в следствии других заболеваний (грипп, паротит)

2. По характеру воспалительного процесса:

♣ гнойные

♣ серозные

3. По этиологии:

а. бактериальные

I. гнойные

♣ менингококковый (эпидемический
церебральный менингит)

♣ пневмококковый

♣ палочка Афанасьева-Пфейфера

♣ стрептококковый

♣ стафилококковый

♣ гонококковый

♣ синегнойный

♣ сальмонеллезный

♣ брюшнотифозный

♣ листериозный

II. серозные

♣ туберкулезный

♣ сифилитический

♣ микоплазменный

♣ лептоспирозный

б. вирусные

♣ острый доброкачественный лимфоцитарный
хориоменингит

♣ вирус эпидемического паротита

♣ энтеровирусы

♣ герпес

♣ вирус гриппа

с. вызываемые грибами и простейшими

♣ бластомикозные

♣ токсоплазменные

♣ кандидозные

♣ амебные

4. По течению:

- ♣ молниеносный
- ♣ острый
- ♣ подострый
- ♣ хронический

5. По локализации:

- ♣ базальный
- ♣ конвекситальный
- ♣ спинальный

Менингококковый менингит

Болезнь начинается с озноба, подъема температуры до 39-40°С, сильной головной боли, рвоту, гиперестезию.

На 2-3 день появляются менингеальные симптомы: ригидность мышц затылка, симптом Кернига и Брудзинского.

Появление очаговой симптоматики указывает на отек-набухание мозга.

В крови - у больных гиперлейкоцитоз, палочкоядерный сдвиг, эозинофилия, повышение СОЭ до 45-70мм/ч.

Ригидность затылочных мышц



II. Менингеальные симптомы:

1. болевые феномены:

- синдром Мандонези: болевая гримаса при надавливании на глазные яблоки
- синдром Пулатова: гримаса при перкуссии черепа
- синдром Бехтерева: гримаса при перкуссии скуловой дуги
- синдром Платау: расширение зрачков при наклоне головы
- синдром Мауе-Веда: изменение перкуторного звука, чаще у детей, так как не закрыты роднички
- синдром Бурденко-Крамера: иррадиация боли в глазные яблоки
- повышение чувствительности к звуку, свету
- головокружения, головная боль, фонтанирующая рвота

2. специфические симптомы:

- ригидность мышц затылка (невозможность пассивного сгибания мышц затылка)
 - синдром Кернига: ногу сгибают в коленном и тазобедренном суставе, затем разгибают коленный сустав, при этом возникает ригидность мышц (разгибание с трудом)
 - синдром Брудзинского:
 - *верхний – сгибание колена при наклоне головы
 - *средний – сгибание колена при надавливании на лонное сочленение
 - *нижний – при проверке симптома Кернига сгибается вторая нога в коленном суставе
 - «менингеальная поза» - преобладание тонуса разгибателей, ноги согнуты в коленях и приведены к туловищу – чаще у детей
 - синдром Гиена – при сжимании мышц бедра сгибается коленный сустав
 - синдром Лессата – при поднимании ребенка подмышки ножки притягиваются к животу
- Все симптомы возникают за счет повышения возбудимости рефлекторного аппарата (раздражение задних корешков при повышении давления в ликворе).

3 вегетативные нарушения (несоответствие ЧСС температуре)

4. психические нарушения:

- сопор
- кома
- бред
- галлюцинации
- психомоторное возбуждение
- сонливость

5. расширение вен глазного дна, отек зрительного диска, гиперемия и отек глазного дна вплоть до появления глазной симптоматики.

III. Анализ спинномозговой жидкости.

В норме ликвора содержится 200-250 мл, он полностью обменивается 4-7 раз в сутки. Ликвор – прозрачная бесцветна жидкость, содержание клеток до 5 в поле зрения, белка не более 0,33 г\л, глюкозы не более 50% от содержания в крови. ВЧД 150-180 мл, скорость вытекания не более 60 капель в минуту.

При менингитах – лейкоцитоз (серозный менингит 10-100 клеток в поле зрения, при гнойном – больше, в основном нейтрофилы)., повышение давления в 2-3 раза. При туберкулезном – смазанная клиника, в ликворе преобладают лимфоциты, образуется «пленочка» при отстаивании ликвора.

Менингеальный симптом

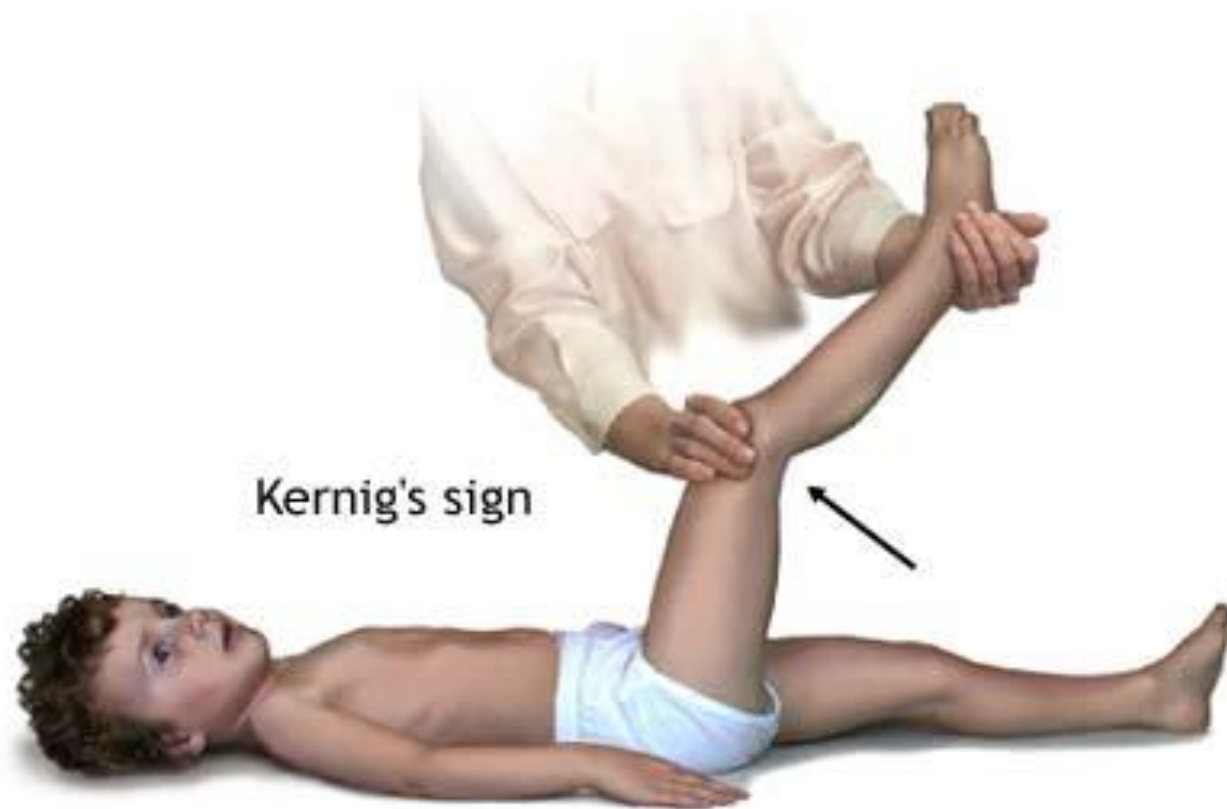


**Положительный
симптом Кернига-
при сгибании ноги в
тазобедренном
суставе ее
невозможно
разогнуть в коленном
суставе**

Определение менингеальных симптомов - Брудзинский верхний



Определение менингеальных симптомов - Кернига нижний



Принципы диагностики менингококковой инфекции

Выделение возбудителя из носоглотки, ликвора, крови.

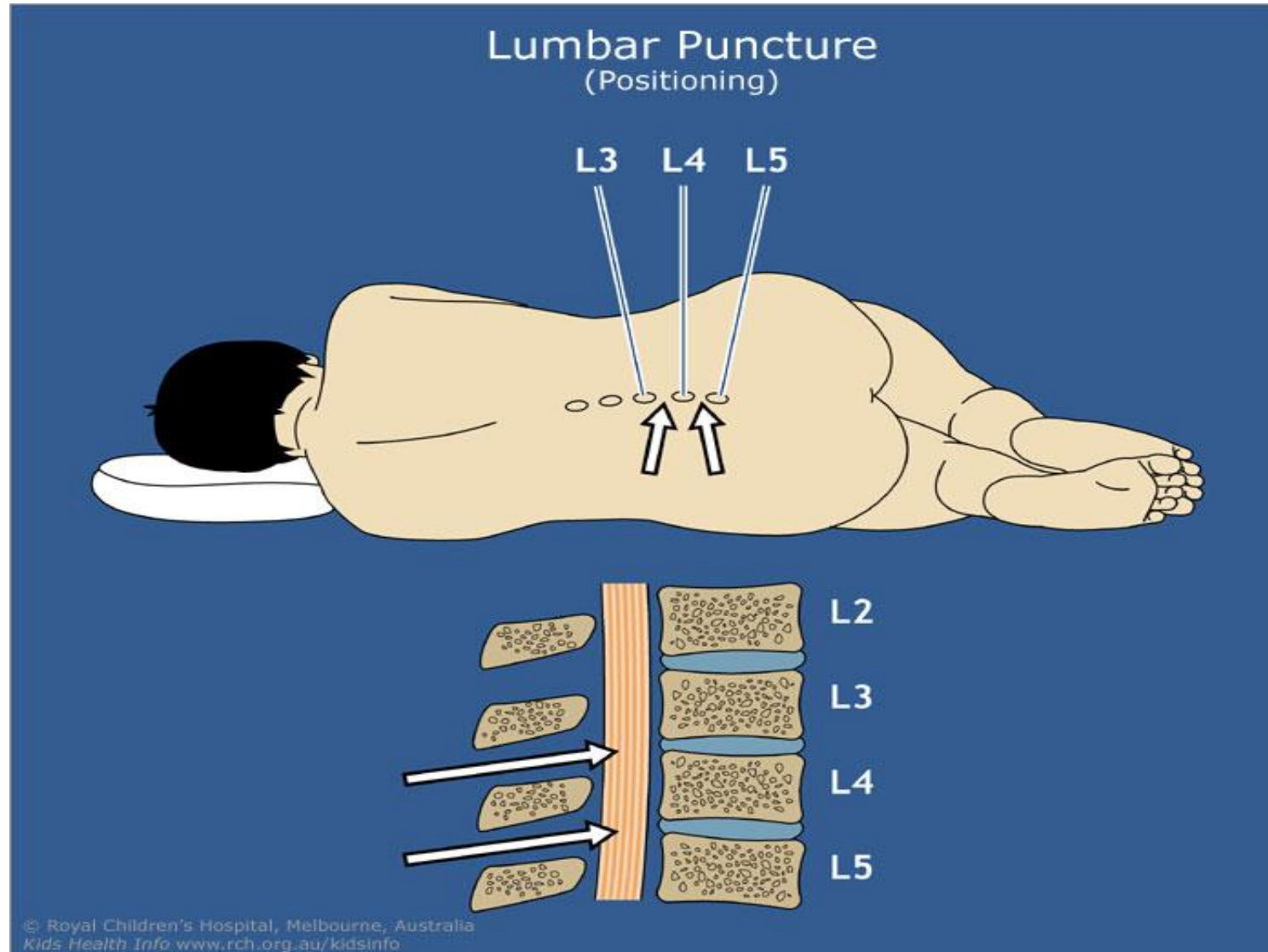
Спинномозговая пункция: жидкость вытекает струей или крупными каплями

Характер спинномозговой жидкости при менингитах: мутный, повышенной вязкости, с высоким нейтрофильным цитозом, положительная реакция Панди, Нонне-Апельта.

Общий анализ крови- лейкоцитоз со сдвигом влево, эозинофилия, повышенное СОЭ

Серологический метод- ИФА,ВИЭФ

Люмбальная пункция



Профилактика менингококковой инфекции

Ранняя изоляция больного или бактерионосителя.

Карантин в коллективе, где выявлен больной, сроком на 10 дней с ежедневной термометрией и осмотром кожи, носоглотки.

Контактным – бакпосев из носоглотки не менее 2 –х раз с интервалом 3-7 дней.

Контактным с целью профилактики вводят нормальный иммуноглобулин в дозе 1,5 - 3,0 мл.

Выписка больных после полного выздоровления.

Для активной иммунизации вводят вакцины

Осложнения:

- вклинивание мозжечка в большое затылочное отверстие
- отек мозга
- острая надпочечниковая недостаточность Уотерхауса-Фридриха
- длительное время сохраняется астенический синдром

Лечение:

- антибиотики в максимальных дозировках
- дезинтоксикация (гемодез, реополиглюкин).
- дегидратация
- десенсебилизация

СПАСИБО ЗА ВНИМАНИЕ!