



МЕНИНГИТ

Авторы: Н. Н. Яхно

МЕНИНГИТ (от греч. μῆνιγξ, род. п. μῆνιγγος – мозговая оболочка и *..ит*), воспаление оболочек головного и спинного мозга. При преимущественном поражении мягкой мозговой оболочки говорят о лептоменингите, твёрдой мозговой оболочки – о пахименингите. В зависимости от вида возбудителя выделяют вирусный, бактериальный, грибковый, туберкулёзный и др. М. Возможно развитие и т. н. асептического М., напр. при кровоизлиянии в подпаутинное пространство, когда воспалит. процесс развивается как реакция на всасывание продуктов распада крови. Состояние, возникающее вследствие раздражения мозговых оболочек, но без воспалит. процесса в них, определяют как *менингизм*. По характеру изменений спинномозговой жидкости различают серозный и гнойный М. Выделяют группу первичных М., возникающих как самостоят. заболевание, и вторичных, развивающихся как осложнение травм или вследствие заноса инфекции из к.-л. гнойного очага в организме (напр., при воспалении среднего уха). Наиболее разнообразна по этиологии группа вторичных серозных М. Она включает М. при разл. бактериальных инфекциях (туберкулёз, сифилис, бруцеллёз, брюшной, сыпной, возвратный тифы и др.) и вирусных заболеваниях (корь, эпидемич. паротит, грипп, ветряная оспа, полиомиелит и др.), при кандидамикозе и др. М. встречаются как спорадические (в виде отд. случаев) заболевания (напр., мн. вторичные М.) или в виде вспышек и даже эпидемий при первичных М. (напр., эпидемич. цереброспинальный М.). М. чаще болеют дети, что обусловлено несовершенством их иммунной системы и защитного гематоэнцефалич. барьера. Воспалит. процесс при М. сопровождается нарушением циркуляции цереброспинальной жидкости, повышением внутричерепного давления, набуханием и отёком мозга. Нередко он переходит с оболочек на вещество мозга, вызывая развитие менингоэнцефалита (см. *Энцефалит*). Острый М. начинается подъёмом темп-ры, головной болью, рвотой. Характерны *гиперестезия*, т. н. менингеальная поза (выгнутое туловище, запрокинутая голова, руки прижаты к груди, ноги подтянуты к животу), ригидность (напряжение) и болезненность затылочных мышц, т. н. патологич. симптомы (Кернига, Брудзинского). У грудных детей в связи с повышенным внутричерепным давлением наблюдается выбухание большого родничка; часто возникают судороги, возможно нарушение сознания. Диагноз М. основывается на характерных клинич. проявлениях, эпидемиологич. анамнезе и лабораторных данных (люмбальная пункция с последующим исследованием спинномозговой жидкости). Лечение М. проводят в стационаре. Применяют противомикробные средства – антибиотики, сульфаниламидные препараты, фторхинолоны, производные нитрофурана. При вирусных М. назначают препараты интерферона, иммуноглобулины. При всех видах М. проводят дегидратационную и дезинтоксикационную терапию, назначают анальгезирующие (болеутоляющие) средства. В тяжёлых случаях применяют кортикостероиды, противосудорожные препараты. Лечение туберкулёзного М. длительное (до 6 мес), основано на сочетании антибиотиков с противотуберкулёзными средствами. Прогноз зависит от этиологии М., тяжести течения болезни, своевременности лечения. После перенесённого М. возможны остаточные явления в виде парезов, тугоухости, снижения зрения, задержки психич. развития у детей, судорожных припадков, астенич. синдрома.

Литература

Лит.: Острые нейроинфекции у детей. Л., 1986; Цукер М. Б. Клиническая невропатология детского возраста. М., 1986; Карлов В. А. Терапия нервных болезней. М., 1996.