ГОСУДАРСТВЕННОЕ АВТОНОМНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ

СРЕДНЕГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ

РЕСПУБЛИКА ТАТАРСТАН

"КАЗАНСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ КОЛЛЕДЖ"

КУРСОВАЯ РАБОТА

Современные аспекты диагностики и лечения менингита

Специальность:

ПМ 02 Участие в лечебно-диагностическом и реабилитационном процессах

МДК 02.01.06 Сестринский уход при заболеваниях и состояниях в клинике нервных болезней

Работу выполнил:

Петров Виталий Олегович

Группа 6401ВК

Руководитель:

Мустафина Гульнара Ульфатовна

г.

***Содержание***

Введение

Глава 1. Теоретические аспекты диагностики и лечения менингитов

1.1 Этиопатогенетические факторы менингитов

1.2 Классификация менингитов

1.3 Клиника заболевания

1.4 Диагностика и лечение менингитов

Глава 2. Клиническое исследование симптомов менингита

2.1 Методы исследования

2.2 Анализ полученных результатов

Заключение

Список использованной литературы

***Введение***

Менингит (термин состоит из др. - греч. <https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%94%D1%80%D0%B5%D0%B2%D0%BD%D0%B5%D0%B3%D1%80%D0%B5%D1%87%D0%B5%D1%81%D0%BA%D0%B8%D0%B9\_%D1%8F%D0%B7%D1%8B%D0%BA> μῆνιγξ - "мозговая оболочка" и суффикса лат. <https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9B%D0%B0%D1%82%D0%B8%D0%BD%D1%81%D0%BA%D0%B8%D0%B9\_%D1%8F%D0%B7%D1%8B%D0%BA> - itis - обозначающий воспалительный процесс <https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%92%D0%BE%D1%81%D0%BF%D0%B0%D0%BB%D0%B5%D0%BD%D0%B8%D0%B5>), воспаление мягких мозговых оболочек. Клиническая картина менингита была описана еще в VII веке Павлом Эгинским. Однако, основные неврологические симптомы этого заболевания установлены в конце XIX столетия, когда невропатология стала выделяться в самостоятельную дисциплину. Так, один из наиболее достоверных признаков менингита описан в 1884 г. врачом Обуховской больницы В.М. Кернигом, показавшим, что симптом контрактуры коленных суставов является ранним объективным проявлением воспаления мозговых оболочек и что именно контрактура, а не боль отличает этот феномен от известного ранее симптома Ляссега при пояснично-крестцовых радикулитах. В.М. Бехтерев в 1899 г. описал оболочечный скуловой симптом болевая гримаса при постукивании молоточком по скуловой дуге, а польский врач Ю. Брудзинский чуть позже еще четыре классических менингеальных симптома.

Актуальность темы. Обусловлена тяжестью протекания болезни, необходимостью быстрой диагностики. При подозрении на менингит необходима экстренная госпитализация больного в специализированное отделение или изоляция в бокс. Нередко уже в начальных стадиях болезни требуется проведение интенсивной терапии и реанимационных мероприятий.

Целью работы является изучение особенностей этиопатогенеза и симптоматики менингитов в современных условиях.

Достижение поставленной цели предполагает решение следующих задач:

1. Изучение теоретических аспектов заболевания.

. Ознакомление с современными методами диагностики заболевания

. Практическое исследование диагностических и клинических показателей среди пациентов, перенесших менингит.

# ***Глава 1. Теоретические аспекты диагностики и лечения менингитов***

# ***1.1 Этиопатогенетические факторы менингитов***

Менингиты вызываются бактериями (менингококк, пневмококк, гемофильная палочка, стафилококк, иерсиния и др.), вирусами (эпидеми­ческого паротита, энтеровирусами и др.), грибами (кандида), спирохетами (бледная трепонема, боррелия, лептоспира), риккетсиями, малярийным плаз­модием, токсоплазмой, гельминтами и другими патогенными агентами.

Источником инфекции является человек, реже - домашние и дикие животные. Механизм передачи: капельный, контактный, фекально-оральный и гемоконтактный. Преимущественный путь передачи - воздушно-капельный, возможны - контактно-бытовой, алиментарный, водный, трансмиссивный, вертикальный. Заболевания встречаются в любом возрасте, но чаще у детей раннего возраста (вследствие незрелости иммунной системы и повышенной проницаемости гематоэнцефалического барьера).

Входными воротами являются кожа, слизистые оболочки верхних дыхательных путей или желудочно-кишечного тракта. В большинстве случаев развивается местный воспалительный процесс. В дальнейшем возбудитель гематогенным, контактным (при деструкции костей внутреннего уха, придаточных пазух) путями проникает в полость черепа и попадает в мозговые оболочки, где развивается воспаление серозного, серозно-гнойного или гнойного характера. В результате раздражения сосудистых сплетений желудочков головного мозга возбудителем, антигенами, токсинами, иммунными комплексами, воспалительным экссудатом увеличивается продукция цереброспинальной жидкости, что приводит к увеличению внутричерепного давления. Гипертензионно-гидроцефальный синдром обусловливает основные проявления заболевания (сильную головную боль, многократную рвоту, менингеальные симптомы). Расширение ликворных пространств и сдавление тканей мозга способствуют ухудшению перфузии, возникновению гипоксии, выходу жидкости и электролитов из сосудистого русла с развитием отека головного мозга.

При обратном развитии патологического процесса воспалительный экс­судат и находящиеся в нем клетки лизируются, нормализуется ликворопродукция и внутричерепное давление. При нерациональном лечении возможна организация гноя с развитием фиброза, что приводит к нарушению ликвородинамики с возникновением наружной или внутренней гидроцефалии.

Патоморфология. Отмечаются отек, полнокровие, гиперемия оболочек и вещества головного мозга; диффузная клеточная инфильтрация; рас­ширение ликворных пространств.

# ***1.2 Классификация менингитов***

I.А. Первичные (возникают без предшествующей инфекции или ло­кального воспалительного процесса);

Б. Вторичные (являются осложнением основного заболевания).. По этиологии:

бактериальные, риккетсиозные, вирусные, протозойные, грибковые, гельминтные, спирохетозные, смешанные.. По характеру воспалительного процесса и изменениям в цереброспинальной жидкости:

гнойные; - серозные.

По тяжести:

. Легкая форма;

. Среднетяжелая форма;

. Тяжелая форма.

Критерии тяжести:

выраженность синдрома интоксикации;

выраженность общемозгового синдрома;

выраженность воспалительных изменений в цереброспинальной жид­кости.

По течению:

А. По характеру:

. Гладкое.

. Негладкое:

с осложнениями;

с наслоением вторичной инфекции;

с обострением хронических заболеваний.

Б. По длительности: - острое;

затяжное; - хроническое

# ***1.3 Клиника заболевания***

Проявляется общеинфекционным, общемозговым и менингеальным синдромами; лабораторно - воспалительными изменениями в цереброспинальной жидкости.

Общеинфекционный синдром. Типичным является острое начало болезни с повышения температуры тела до фебрильных цифр, нередко гипертермия, озноб, вялость, бледность кожи, отказ от еды и питья. Со стороны сердечно-сосудистой системы - приглушение тонов сердца, изменение частоты пульса, неустойчивость артериального давления.

Общемозговой синдром. Характерные симптомы:

интенсивная головная боль, диффузная (распирающего характера) или преобладающая в лобно-височной области;

рвота повторная или многократная, не связанная с приемом пищи, не приносящая облегчения;

нарушение сознания (психомоторное возбуждение, сомнолентность, сопор, кома);

судороги (от судорожных подергиваний отдельных мышц до генерализованного судорожного припадка);

выраженная венозная сеть на голове, веках;

расширение вен на глазном дне.

У детей раннего возраста: монотонный, "мозговой" крик; выбухание и напряжение большого родничка; расхождение швов черепа; "звук треснувшего горшка" при перкуссии черепа (симптом Мацевена).

Менингеальный синдром. Наиболее важными симптомами являются:

вынужденное положение ребенка в кровати (запрокинутая голова, руки согнуты в локтях; приведены к туловшцу, ноги согнуты в коленях и тазобедренных суставах);

ригидность затылочных мышц (пассивное сгибание головы больного к груди не удается из-за напряжения мышц, разгибающих голову);

симптом Кернига (лежащему на спине больному сгибают ногу под прямым углом в коленном и тазобедренном суставах; пассивное разгибание ноги в коленном суставе, при согнутом бедре не удается вследствие напряжения задней группы мышц бедра);

симптом Брудзинского 1 (исследуется одновременно с ригидностью затылочных мышц: при пассивном сгибании головы больного, лежащего на спине, ноги сгибаются в коленных и тазобедренных суставах);

симптом Брудзинского II (такое же сгибание ног при надавливании на лонное сочленение);

симптом Брудзинского III (исследуется одновременно с симптомом Кернига; при попытке согнуть ногу в коленном суставе вторая нога сгибается в колене и приводится к животу);

симптом Лессажа (грудного ребенка берут за подмышечные впадины обеими руками, придерживая указательными пальцами голову со стороны спины, и поднимают, возникает непроизвольное подтягивание ножек к животу за счет сгибания их в тазобедренных и коленных суставах);

симптом Мондонези (надавливание на глазные яблоки через закрытые веки болезненно);

симптом Бехтерева (локальная болезненность при поколачивании по скуловой дуге);

общая гиперестезия, гиперакузия, светобоязнь.

У детей полный менингеальныи синдром наблюдается редко, Характерна диссоциация симптомов: наиболее постоянно выявляется ригидность затылочных мышц, несколько реже - симптом Кернига.

# ***1.4 Диагностика и лечение менингитов***

Судьба больного Менингитом во многом зависит от ранней диагностики и соответственно от своевременности патогенетической и этиотропной терапии. Анализ качества первичной диагностики показывает, что с увеличением срока от начала болезни до установления правильного диагноза и начала лечения от 1 до 15 дней частота летальных исходов возрастает в 3 раза. На первый взгляд недифференцированный диагноз Менингита не представляет какой-либо сложности. Врач любой специальности, обнаружив оболочечные симптомы, может заподозрить это заболевание, что является первым шагом к уточнению его этиологии. На самом деле, как показывают наблюдения, при гнойных Менингитах диагноз направления в стационар оказывается ошибочным у трети больных. Менее бурное развитие болезни при серозных Менингитах было, очевидно, причиной того, что диагноз не был установлен у 40% больных, направленных в стационар. По данным И.Л. Богданова и В.В. Гебеша 1976, при вирусных менингитах в стационаре лечится менее 10% больных. Ошибочная диагностика на догоспитальном этапе чаще всего обусловлена тем, что менингеальные симптомы либо вовсе не исследовались, либо при их отсутствии в первые дни болезни они не исследовались в динамике.

У грудных детей основным менингеальным симптомом является стойкое выбухание и напряжение большого родничка, однако у ослабленных детей этот симптом может отсутствовать. У лиц старших возрастных групп начальные проявления Мн нередко принимаются за нарушения мозгового кровообращения.

Первичное распознание Менингита требует всесторонней оценки общего и неврологического статуса больного. Вместе с тем, решающее значение в диагностике имеет выявление воспалительных изменений спино-мозговой жидкости. Во время люмбальной пункции жидкость вытекает, как правило, под повышенным давлением. При серозных Менингитах она прозрачна, при гнойных мутная, желтовато-зеленого цвета. Лабораторное исследование ликвора показывает увеличение количества клеток плеоцитоз, изменение их соотношения: при гнойных Менингитах преобладают лейкоциты, при серозных лимфоциты и нередко увеличенное количество белка.

Бактериальный менингит без адекватной терапии практически всегда приводит к смерти в течение нескольких часов или суток. Чтобы не допустить воздушно-капельного распространения инфекции, больных с менингококковой инфекцией или менингит неизвестной этиологии обязательно изолируют если только раньше не будет доказано, что возбудителем является не менингококк. Немедленно санируют параменингеальные очаги инфекции, при необходимости хирургически. Основу лечения бактериальных Мн составляет антибиотикотерапия, которую необходимо начинать как можно скорее.

# ***Глава 2. Клиническое исследование симптомов менингита***

Исследования проводились путем выборки истории болезней пациентов ГУЗ "Республиканская клиническая инфекционная больница" МЗ РТ. Исследование проводилось на основании анализа данных за период с мая 2013 года по июнь 2014 г. За указанный период исследования было зафиксировано 136 нейроинфекций.

# ***2.1 Методы исследования***

Для достижения целей работы использовались современные методами диагностики менингита:

. Общеклиническое обследование, предполагает получение обобщенной информации о состоянии здоровья обследуемого по данным посистемного исследования нервной, эндокринной, сердечно-сосудистой, дыхательной, пищеварительной, половой, выделительной и других систем. Общеклиническое обследование включает в себя сбор анамнеза, осмотр больного, пальпацию, перкуссию и аускультацию.

2. Специальное обследование, включающее в себя проведение неврологических тестов больного, для определения ясности сознания, а так же для выявления неврологических симптомов:

- Симптом Кернинга. Состоит в невозможности разогнуть ногу больного в коленном суставе, когда она согнута в тазобедренном. Мешает разгибанию не боль, а напряжение задней группы мышц бедра (тонический оболочный рефлекс). Является одним из наиболее частых и постоянных симптомов менингита.

- Верхний симптом Брудзинского. При пассивном приведении головы больного к грудине, в положении лежа на спине, ноги его сгибаются в коленных и тазобедренных суставах.

Средний симптом Брудзинского. такое же сгибание ног при надавливании на лонное сочленение.

Нижний симптом Брудзинского. При пассивном сгибании одной ноги больного в каленном и тазобедренном суставах другая нога сгибается аналогичным образом.

Симптом "подвешивания" Лессажа. Новорождённого ребёнка берут за подмышечные впадины обеими руками, придерживая указательными пальцами голову со стороны спины, и приподнимают, что ведёт к непроизвольному подтягиванию ножек к животу за счёт сгибания их в тазобедренном и коленном суставах и длительной их фиксации в таком согнутом положении. У здорового ребёнка при пробе Лессажа ножки свободно двигаются (сгибаются и разгибаются).

3. Лабораторное исследования цереброспинальной жидкости, включающем в себя:

оценку давления цереброспинальной жидкости при люмбальном проколе (в норме равняется 200 - 250 мм водяного столба, если пунктируют исследуемого в сидячем положении, и 100 - 140 в лежачем положении). Практически иногда ограничиваются приблизительной оценкой степени давления по быстроте истечения жидкости из иглы. При нормальном давлении вытекает около 60 - 80 капель в минуту (в лежачем положении больного). Более частые капли характеризуют некоторое повышение давления; очень частые - ясное повышение его. При высоком давлении жидкость вытекает струёй.

оценку прозрачности. В норме жидкость должна быть совершенно прозрачной; в случаях заболевания менингитом она может быть мутной, мутноватой и слегка опалесцирующей.

оценку цвета. Ксантохромия - окраска ликвора, наблюдается иногда при менингитах (особенно туберкулезных). Цвет жидкости в этом случае обычно желтоватый или зеленоватый, более отчетливо заметен в мениске жидкости.

концентрация белка в цереброспинальной жидкости. Равняется в норме 0,2 - 0,3 %о. Может быть определено общее количество белка, а также отдельных его фракций. Для практических целей ограничиваются обычно качественными реакциями на глобулины, по которым судят о повышенном содержании белковых веществ в ликворе.

# ***2.2 Анализ полученных результатов***

Из числа всех случаев (136) бактериальных нейроинфекционных заболеваний за период исследования 1934 случая составили бактериальные менингиты и менингоэнцефалиты (БМ и БМЭ), и в 8 был диагносцирован абсцесс головного мозга. Этиология заболевания была установлена в 72 случае (53% от общего числа). В этиоструктуре выделенных возбудителей преобладали менингококки различных серогрупп (большей частью серогрупп А, В, С) - 54 случаев (75% от числа верифицированных и 40% от общего числа гнойных менингитов. В 11 случаях гнойный менингит был вызван пневмококком (8% от общего числа и 15% от числа верифицированных менингитом. В 64 случаях менингита этиология заболевания не была установлена, что составило 28% от общего числа больных. Статистические данные заболеванием менингитом различной этиологии.

|  |  |
| --- | --- |
| Менингококковый | 46 |
| Пневмококковый | 14 |
| Серозные вирусные менингиты | 8 |
| Менингиты прочей итиологии | 4 |
| Менингиты не выясненной этиологии | 28 |



Вероятность проявления симптомов менингита

|  |  |
| --- | --- |
| Лихорадочное состояние | 96 |
| Тугоподвижность затылка | 82,8 |
| Рвота | 68 |
| Расстройство сознания | 71,1 |
| Головные боли | 48,8 |
| Запоры | 28,9 |
| Пурпура | 25,1 |
| Параличи | 24.6 |
| Конвульсии | 23.1 |
| Кожные гиперстензии |  |
| Фотофобии |  |



Для получения исчерпывающих данных начальное клиническое исследование должно включать также и исследование симптомов, указывающих на возможные сопутствующие заболевания. Среди этих заболеваний следует иметь в виду прежде всего:

) черепные травмы, инфекции воздухоносных полостей лица (лицевые пазухи), уха и сосцевидного отростка;

) местные инфекции (кожные стафилококковые гнойниковые процессы, фурункулы, абсцессы, флегмоны) или общие инфекции (септицемии, бактериальные эндокардиты и т.д.).3) Иммунологические недостаточности.

менингит клиническая картина этиология

# ***Заключение***

На основании проведенного исследования, можно сделать следующие выводы:

. Несмотря на возможности современной медицины, менингит остается заболеванием, угрожающим по смертности, вызывающим серьезные осложнения, и характеризующимся тяжелым течением

. Адекватное лечение обычных форм бактериальных менингитов зависит от: а) своевременного обеспечения диагноза и установления этиологии заболевания при помощи лабораторных средств; б) правильного применения поддерживающего и противомикробного лечения. а)

3. Клинический диагноз легко устанавливается при формах, при которых клинические симптомы являются неизмененными (лихорадка, ознобы, головные боли, фотофобия, рвоты, признаки раздражения мозговых оболочек, тугоподвижность затылка, симптом Кернига, симптом Грудзинского и он представляет трудности у грудных и малых детей, а также у стариков, у которых симптомы являются стертыми, а некоторые из них, как например, выпячивание родничка, наблюдаются только у малых детей.

. Попадание менингококка в организм довольно редко приводит к возникновению болезни - ведущая роль здесь принадлежит совершенно особым индивидуальным сдвигам в иммунитете. Легко объяснимы, в этой связи, два факта: первый - опасность развития менингита при контактах, например, в детских учреждениях составляет 1/1000 и второй - частое обнаружение менингококка в носоглотке у совершенно здоровых лиц (от 2 до 5% детей являются здоровыми носителями). Из вышеизложенного следует, что огромную роль в профилактике менингита играет иммунная система.

# ***Список использованной литературы***

1. Виленский Б.С. Острые нейроинфекции: Справочник / Б.С. Виленский. - СПб: Фолиант, 2008. - 67 с.

2. Ющук Н.Д. Инфекционные болезни: Учебное пособие / Н.Д. Ющук, Ю.Я. Венгерова. - М. ГЭОТАР-Медиа, 2013. - 692 с.

. Скоромец А.А. Топическая диагностика заболеваний нервной системы / А.А. Скоромец, А.П. Скоромец, Т.А. Скоромец. - СПб: Политехника, 2010. - 614 с.

. Хабиров Ф.А. Руководство по клинической неврологии позвоночника / Ф.А. Хабиров. - Казань: Медицина, 2006. - 518 с.

. Казанцев А.П. Справочник по инфекционным болезням / А.П. Казанцев, В.С. Матковский. - М.: Медицина, 2008. - 320 с.

. Боголептов Н.К. Клинические лекции по невропатологии / Н.К. Боголептов. - М.: Медицина, 2012. - 431 с.

. Система восстановительной терапии при острых нейроинфекциях у детей: Методические указания / Научно-исследовательский институт детских инфекций г. Санкт-Петербург - СПб., 2009, 16 с.