#### Государственный комитет по высшему образованию РФ

Новгородский Государственный Университет имени Ярослава Мудрого

Институт Медицинского Образования

Кафедра микробиологии, иммунологии и инфекционных болезней

реферат

на тему:

«Менингоэнцефалитический синдром»

Выполнила: Принял:

студентка гр. 5322 (бр. 3)

Ласкина Т. Н.

# Великий Новгород

2001

**Менингит.**

Это инфекционное поражение твёрдой и сосудистой оболочек мозга с изменениями в ликворе.

Причиной менингита могут служить как вирусные, так и бактериальные агенты, которые могут непосредственно проникать через гематоэнцефалический барьер, или через последний проникают их токсины, оказывающие повреждающее влияние на мозговые оболочки. Поражение мозговых оболочек может быть:

* гнойное;
* серозное;
* менингизм.

Для менингитов любой этиологии характерно острое начало, высокая лихорадка, интенсивная головная боль, рвота, не приносящая облегчения. Кроме того, выделяют характерные менингеальные симптомы: гиперэстезия, нарушения сознания, симптомы Кернига, Брудзинского (верхний, средний, нижний), у детей – симптом Лиссажу.

Кроме вышеописанной клинической картины для менингитов характерны изменения в ликворе. В норме ликвор прозрачный, вытекает редкими каплями, плеоцитоз – не более 2 – 10 клеток на мм3, белок 0,33 г/л, сахар составляет около половины величины сахара крови, хлориды – 120 – 130.

При *гнойном менингите* ликвор мутный, зеленоватого или желтоватого цвета, плеоцитоз составляет 1000 – 3000 клеток, преобладают нейтрофилы, белок – до 1 г/л.

При *серозном менингите* ликвор прозрачный, желтоватый, слегка опалесцирует, плеоцитоз 20 – 500 клеток, преобладают лимфоциты, белок – в пределах нормы. Однако, для туберкулёзного менингита характерно наличие изменений ликвора, сходных с серозным менингитом. Отличительной чертой является появление на поверхности тонкой плёнки при отстаивании, снижение содержания сахара и хлоридов. Кроме того, в клинической картине характерны постепенное начало, очаг туберкулёза в организме. Также сходные изменения ликвора (как и при серозном менингите) имеются при лептоспирозном, бруцеллёзном менингитах, при нейросифилисе.

При клинике менингита необходимо провести обследование:

* спинномозговая диагностическая пункция;
* бактериоскопия ликвора;
* посев ликвора;
* мазки и посевы со слизистой оболочки носа, ротоглотки;
* серодиагностика;
* ЭЭГ, ЭхоЭГ, КТ, ЯМР.

*Лечение* гнойных процессов:

* пенициллин (24 млн/сут для взрослых);
* гентамицин или левомицетина сукцинат;
* цефалоспорины третьего поколения (цефтриаксон);
* дексаметазон 0,15 мг/кг 2 раза в сутки;
* дегидратация (жидкость ограничиваеся до 2/3 физиологической потребности) в сочетании с диуретиками: маннитол, лазикс, свежезамороженная плазма).

При **менингоэнцефалите** к менингеальным симптомам присоединяется очаговая симптоматика. Наиболее часто менингоэнцефалит возникает при вирусных экзантемных инфекциях: ветряная оспа, краснуха, корь. Поражение появляется к концу первой недели заболевания и носит инфекционно-аллергический характер.

При **менингизме** имеется клиника менингеального синдрома, но изменения в ликворе отсутствуют. Примером такого состояния может служить субарахноидальное кровоизлияние.