

# Лечение инфекционных заболеваний Нервной Системы

- менингиты(уклон на гнойные)
- энцефалиты ( уклон на клещей)

*Выполнил :Павел Турыгин*

# ***МЕНИНГИТЫ***

Менингит - воспаление оболочек головного и спинного мозга. Воспаление твёрдой мозговой оболочки обозначают термином «пахименгит» . а воспаление мягкой и паутинной мозговых оболочек - «лептоменингит».

Наиболее часто встречаются воспаление мягких мозговых оболочек, при этом используют термин «менингит» . Его возбудителями могут быть различные патогенные микроорганизмы: вирусы, бактерии, простейшие.

# КЛАССИФИКАЦИЯ МЕНИНГИТОВ

По этиологии различают бактериальные (менингококковый, пневмококковый, стафилококковый, туберкулёзный и др.), вирусные (острый лимфоцитарный хориоменингит, вызванный энтеровирусами Коксаки и ЕСНО, эпидемического паротита и др.), грибковые (кандидозный, криптококковый и др.), протозойные (при токсоплазмозе, малярии) и другие менингиты.

По характеру воспалительного процесса в оболочках и изменений в ликворе различают серозный и гнойный менингит. При серозном менингите в ликворе преобладают лимфоциты, при гнойном - нейтрофилы.

По патогенезу менингиты разделяют на первичные и вторичные. Первичный менингит развивается без предшествующей общей инфекции или инфекционного заболевания какого-либо органа, а вторичный бывает осложнением инфекционного заболевания (общего или локального).

По распространённости процесса в оболочках мозга выделяют генерализованные и ограниченные менингиты (например, на основании головного мозга - базальные менингиты, на выпуклой поверхности больших полушарий головного мозга - конвекситальные менингиты).

В зависимости от темпа начала и течения заболевания выделяют молниеносные, острые, подострые (вялотекущие) и хронические менингиты.

По степени тяжести клинической картины выделяют лёгкую, средней тяжести, тяжёлую и крайне тяжёлую формы.

# ГНОЙНЫЕ МЕНИНГИТЫ

## *Этиология и патогенез*

Заболевание вызывается грамотрицательным диплококком - менингококком Вейксельбаума. Заболевание передаётся воздушно-капельным путём. Входными воротами становятся слизистая оболочка зева и носоглотки. Менингококки проникают в нервную систему гематогенным путём. Источником инфекции бывают не только больные, но и здоровые носители. Наиболее часто заболевают менингитом зимой и весной. Спорадические заболевания отмечают в любое время года.

# Лечение

При первичном менингите больного следует изолировать (боксовые отделения инфекционных больниц). Применение антибиотиков резко изменило исход заболевания, который раньше всегда был фатальным. Старт-терапией гнойного менингита неустановленной этиологии является внутривенное введение антибиотиков группы пенициллина. Показано применение пенициллина вместе с антибиотиками - синергистами бактерицидного действия (гентамицин и канамицин), цефалоспорины III-IV поколений. Возможно сочетание гентамицина с ампициллином в дозе 50-100 мг/(кгсут) каждые 12 ч.

При установлении менингококковой, пневмококковой и стрептококковой этиологии менингита наиболее эффективен пенициллин в больших дозах, составляющих для взрослого 24-32 млн ЕД/сут (не менее 300 000 ЕД/кг), которые вводят в 6-8 приемов внутримышечно. Длительность курса лечения определяется течением болезни (в среднем 7-10 дней). Лечение можно прекратить при явном общем улучшении: восстановлении сознания, нормализации температуры и числа лейкоцитов в крови. Наряду с клиническими показателями основным критерием для снижения дозы или отмены препарата является санация цереброспинальной жидкости: снижение числа клеток менее 100 в 1 мкл при содержании лимфоцитов не менее 75%. При тяжелых формах гной-

- менингоэнцефалитов суточная доза вводимого внутримышечно пенициллина должна достигать 48 млн ЕД. При коматозном состоянии и в случаях запоздалого начала лечения доза пенициллина, вводимого внутримышечно, увеличивается до 800 000-1 000 000 ЕД/(кг сут); кроме того, рекомендуется внутривенное введение натриевой (!) соли бензилпенициллина по 4-12 млн ЕД/сут.
- При менингитах, вызванных *E. coli*, назначают левомецетин гемисукцинат (хлорамфеникол), канамицин. При инфицировании синегнойной палочкой применяют полимиксин М. При инфлюэнц-менингите (вызывается палочкой Афанасьева-Пфейффера, *Haemophilus influenzae*) препаратом выбора является левомецетин гемисукцинат (хлорамфеникол) из расчета 80-100 мг/(кг сут), применяются препараты из группы карбопенемов (меронем). Для лечения гнойных менингитов используют также полусинтетические пенициллины. Ампициллин назначают из расчета 200-300 мг/(кг•сут) при шестикратном введении внутримышечно и внутривенно.

Известна высокая эффективность сульфаниламидов пролонгированного действия (сульфамонотоксин, сульфапиридазин, сульфадиметоксин). Эти препараты назначают внутрь в 1-е сутки по 2 г 2 раза, в последующие дни - по 2 г 1 раз в сутки. Однако их можно применять только при отсутствии рвоты и нарушений сознания.

Внутримышечное введение антибиотиков неэффективно в острой стадии инфекционно-токсического шока, при низком АД. В этих случаях необходимо внутривенное введение антибиотика для создания условий его максимальной диффузии в пораженные ткани.

**У больных вторичным** гнойным менингитом необходима санация первичного очага (лечение гнойных отитов, мастоидита, синусита и других локальных очагов инфекции). Зачастую консервативное лечение не дает существенного эффекта, что требует хирургического вмешательства.

Возможна вакцинация, доказавшая свою эффективность в отношении предупреждения менингитов, вызываемых гемофильной палочкой, пневмококком.

*Прогноз.* Смертность от менингита в последние годы значительно снизилась по сравнению с «доантибиотической эрой», но многие больные умирают или остаются нетрудоспособными при несвоевременной диагностике и начале лечения. Нельзя откладывать люмбальную пункцию у пациента с менингеальными симптомами и необъяснимой лихорадкой. Даже при своевременно произведенной пункции неполное исследование цереброспинальной жидкости может затруднить диагностику. Для определения прогноза важны сведения о возбудителе инфекции, возрасте, выраженности заболевания к моменту госпитализации, предрасполагающих и сопутствующих заболеваниях. При менингококковом, пневмококковом менингите и инфлюэнц-менингите можно воспользоваться определением антигена в сыворотке и цереброспинальной жидкости. Антиген обычно исчезает из нее в сроки от 24 до 48 ч; более длительная персистенция антигена указывает на плохой прогноз.

При своевременном лечении в большинстве случаев прогноз благоприятный. Отмечаются преимущественно функциональные нарушения нервно-психической деятельности (астенический синдром, задержка психического развития у детей), реже обнаруживаются очаговые неврологические расстройства, поражение отдельных черепных нервов, ликвородинамические нарушения и эпилептические припадки.



