

Туберкулезный менингит — преимущественно вторичное воспаление мозговых оболочек, возникающее обычно у больных с различными формами туберкулеза. Среди больных чаще оказываются дети до 5 лет, подростки, люди пожилого возраста, а также больные с иммунодефицитом. Всплески заболевания наблюдаются в зимне-весенний период, хотя риск заражения также сохраняется на протяжении всего календарного года.

Патогенез

Давайте поговорим о том, как же передаётся туберкулёзный менингит.

Возбудитель заболевания — микобактерия туберкулеза (МБТ). Это значит, что возникновение туберкулеза мозговых оболочек и его развитие возникает лишь в том случае, если в организме уже имеется туберкулезное поражение какого-либо органа или системы. Лишь у 3 % пациентов установить первичный очаг заболевания не удалось.

Заражение происходит в 2 этапа:

через кровь: происходит формирование гранулемы, вызванное поражением сосудистых сплетений желудочков;

ликворогенное распространение: МБТ достигают основания мозга, инфицируя мозговые оболочки и вызывая в сосудах аллергию, проявляющуюся острым менингеальным синдромом.

Причины

Основная причина возникновения заболевания — поражение любого органа пациента микобактерией туберкулеза. Туберкулезная палочка попадает в ликвор с кровью, размещается на мягкой мозговой оболочке и приступает к размножению, что и приводит к развитию туберкулезного менингита.

Наиболее подвержены туберкулезному менингиту люди с ослабленным иммунитетом (в т.ч. больные СПИДом и ВИЧ, алкоголики, наркоманы), также в группу риска входят те, кто в недавнем времени контактировал с больным туберкулезом (причем в любой форме) или сам его перенес.

По локализация различают :

-Базиллярный- в процесс вовлекаются мягкая и паутинная оболочки основания мозга

-Менингоэнцефалит – с распространением процесса на вещество мозга

-Спинальный менингит – при распространении процесса на оболочки и вещество спинного мозга.

В современных условиях патоморфоз туберкулезного менингита характеризуется следующими особенностями :

-наиболее чаще регистрируется менингоэнцефалитическая форма туберкулезного менингита.

-Зачастую при туберкулезном поражении мозговых оболочек выявляется генерализованный туберкулез / с одновременным поражением туберкулезом многих органов и систем: легких, печени, селезенки, почек, половых органов./

-Возросла заболеваемость туберкулезным менингитом лиц женского пола, в том числе- в послеродовом периоде.

-Туберкулезный менингит регистрируется с одинаковой частотой как среди детей, так и среди взрослого населения , причем участились случаи заболевания у лиц старше 50 лет.

В клиническом течении
туберкулезного менингита условно
выделяют несколько периодов:

- Продромальный период
- Период раздражения ЦНС
- Период парезов и параличей

Показатель	В норме	При туберкулезном менингите
Общий вид	Прозрачная, безцветная	Прозрачная, безцветная, может слегка опалесчировать, при стоянии через 12-24 ч образуется нежная паутинная нообразная пленка
Характер истечения при пункции	Вытекает частыми каплями /50-60 капель в минуту/при нормальном давлении в спинномозговом канале	Вытекает очень частыми каплями или струей в связи с повышением давления
Количество белка	0,3-3г/л	6-15-30 г/л
Количество сахара	0,4-0,5 г/л	Резко снижено. степень снижения находится в прямой связи с тяжестью менингита
Количество хлоридов	7,2-7,6	5,6-5,8г/л
Количество	1-5	100-150 и больше цитоз в начале

Диагностика туберкулезного менингита

- Данные эпидемиологического анамнеза. /выявление контакта с больными туберкулезом и заболевание туберкулезом в прошлом./
- Возможную сезонность / туберкулезный менингит чаще регистрируется в весенний период :март ,апрель , май месяцы ./
- Возраст больных /помимо детей ,подростков , туберкулезным менингитом заболевают и взрослые контингенты , но преимущественно 26-35 лет .
- Особенности развития заболевания , особенности клинических проявлений и характер их дальнейшего течения , а именно :
 - * постепенное начало, с развития продромального периода , когда первоначально появляются лишь расстройства психических функций
 - * головные боли усиливаются постепенно, становясь примерно к десятому дню заболевания максимально выраженными , постоянными , локализованными в лобной и /или/ затылочной областях .
 - *появление «фонтанообразной» рвоты , без предшествующей тошноты. На высоте головных болей .
 - * Менингеальные знаки: ригидность мышц затылка и симптом Кернига в ранний период никогда не бывают резко выраженными.Они нарастают постепенно, как бы «наслаиваясь» на головную боль и рвоту.
- * Менингеальные симптомы – стойкие, исчезают так же постепенно , как и появилась. Длительность их исчезновения на фоне туберкулезного лечение- через 2-3 месяца при базиллярной форме менингита, через 3,5-6 месяцев –при менингоэнцефалите.
- *Наклонность к запорам без вздутие живота, характерной его ладьевидной формой.
 - *Наличие красного стойкого дермографизма, а также спонтанно появляющихся пятен Труссо.

Дифференциальная диагностика туберкулезного менингита.

-Серозный менингит

*острое начало заболевания, подъем температуры до высоких цифр уже в первые дни.

*Яркая выраженность и полная развернутость менингеального синдрома: Резкая головная боль + обильная рвота + ригидность затылочных мышц + симптом Кернига

*Нарушение сознания появляется уже в острый период . В последующем – его быстрое восстановление.

Характер ликвора:

Высокий плеоцитоз – до 1000 в 1 мл

Белок – норма или умеренно повышен , в среднем до 0,4-0,6 г/л.

Сахар и хлориды – норма или незначительно снижены.

Фибринозная пленка - выпадет редко.

Благоприятное течение с быстрым исчезновением менингеальных симптомов и санацией ликвора в течение 3-4 недель.

-Гнойный менингит

* Острое развитие заболевания, в течение 1-2 дней.

* Поражений черепно-мозговой иннервации может не наблюдаться.

* Быстрый переход вялости, адинамии к гиперестезии и возбуждению. Больной вскрикивает, отмечается резкое двигательное беспокойство, судороги, нарушение сознания.

* При менингококковом менингите важную информацию несет выявление при осмотре мелкоточечной эритемы, геморрагической звездчатой сыпи, розеол, петехий, кожных кровоизлияний, герпетической сыпи на слизистых полости рта, губ.

Характер ликвора:

ликвор мутный, гнойный.

Значительно высокий плеоцитоз -4000-8000 и более в 1 мл.

Белок увеличивается до 4-6 г/л и более.

Сахар- в пределах норма/причем, если первоначально сахар умеренно снижен, то, как правило, уже в последующих анализах, через 3-5 дней – норма.

Глобулиновые реакции- положительные.

В ликворе обнаруживается соответствующий возбудитель: - менингококк пневмококк . палочка Пфейфера.

При своевременно начатом и грамотном, рациональном лечении гнойные менингиты могут заканчиваться выздоровлением уже к 12 дню от начало терапии.