

Гнойные процессы ЦНС чаще всего вызваны контактным распространением воспаления и бактериальной эмболией при среднем отите, риносинусите, ангине, пневмониях, реже — при черепно-мозговой травме, инфекционном эндокардите, остеомиелите и др.

Менингит

Менингит — воспаление мозговых оболочек. Воспаление мягкой и паутинной оболочек называют лептоменингитом. Пахименингит — воспаление твёрдой мозговой оболочки. Лептоменингит обычно обозначают как менингит, так как воспаление мягких мозговых оболочек бывает гораздо чаще, чем твёрдых.

Острый гнойный менингит — наиболее частое проявление гнойной инфекции ЦНС. В перинатальном периоде при развитии менингита чаще выявляют стрептококки группы В (*Streptococcus agalactiae*), *Escherichia coli* и *Listeria monocytogenes*. Факторы риска развития менингита в перинатальном периоде — длительный безводный период и низкая масса при рождении. У детей старшего возраста и взрослых наибольшую опасность представляют *Neisseria meningitidis*, *Streptococcus pneumoniae*,

[*Haemophilus influenzae*](#)

тип В. У лиц старше 60 лет при развитии менингита чаще всего выявляют *Streptococcus agalactiae* и *Streptococcus pneumoniae*. У лиц с иммунодефицитом менингит может быть вызван клебсиеллами или анаэробными микроорганизмами.

Патогенез менингитов. Имеют значение увеличение синтеза ликвора, нарушение внутричерепной гемодинамики, отёк мозга, повышение внутричерепного давления, прямое токсическое действие возбудителя на вещество мозга, увеличение проницаемости гемато-энцефалического барьера. Особенно велика роль менингококковой инфекции. Передача менингококка происходит воздушно-капельным путём от больного или бациллоносителя, поэтому инфекция может приобретать эпидемический характер с высокой вероятностью развития менингита и менингококковой септицемии (менингококцемии). Менингококк попадает в мозговые

оболочки гематогенным путём. При развитии бурно протекающего сепсиса возникает ДВС-синдром с частым кровоизлиянием в надпочечники. Клиническое проявление — синдром острой надпочечниковой недостаточности (синдром Уотерхауса–Фридериксена).

Клинические признаки острого гнойного менингита: выраженная головная боль, рвота, лихорадка, светобоязнь, характерно резкое напряжение затылочных мышц, могут быть параличи и нарушение сознания. Морфологические изменения оболочек при менингите, несмотря на разнообразие возбудителей, имеют сходные черты. Воспаление носит гнойный характер, часто поражает черепные нервы, корешки спинномозговых нервов, кору головного мозга, иногда эпендиму и сосудистые сплетения желудочков, что при выраженных изменениях позволяет говорить о менингоэнцефалите.

Морфология. При пневмококковом и менингококковом менингите гной выявляют преимущественно над выпуклой поверхностью больших полушарий. Цвет гноя — беловатый, желтоватый, зеленоватый. Объём и масса мозга увеличены вследствие [отёка](#)

. Извилины мозга сглажены, мозг влажный, дряблый. Микроскопически субарахноидальное пространство расширено и диффузно заполнено нейтрофилами, но с более выраженной периваскулярной инфильтрацией. В гное может быть примесь фибрина, лимфоцитов, моноцитов, бактерий. Сосуды резко расширены, иногда тромбированы, с признаками воспаления стенок. Флебит и венозный тромбоз могут вызвать развитие геморрагического инфаркта мозга.

Исходы. При неадекватном лечении прогрессирует отёк мозга, что приводит к его дислокации и смерти от остановки дыхания и сердечной деятельности. При организации экссудата наступает облитерация субарахноидального пространства, иногда отверстий в крыше IV желудочка. Это вызывает нарушение циркуляции ликвора и развитие гидроцефалии. Кроме того, у больных могут сохраняться локальные параличи.

Интересные медицинские статьи:

1) [Редкие колиты](#)

2) [Виды аденом](#)

3) [Эритема](#)