

**АО «Медицинский Университет Астана»
Кафедра фтизиатрии**

Туберкулезный менингит

Выполнила: Капбасова А

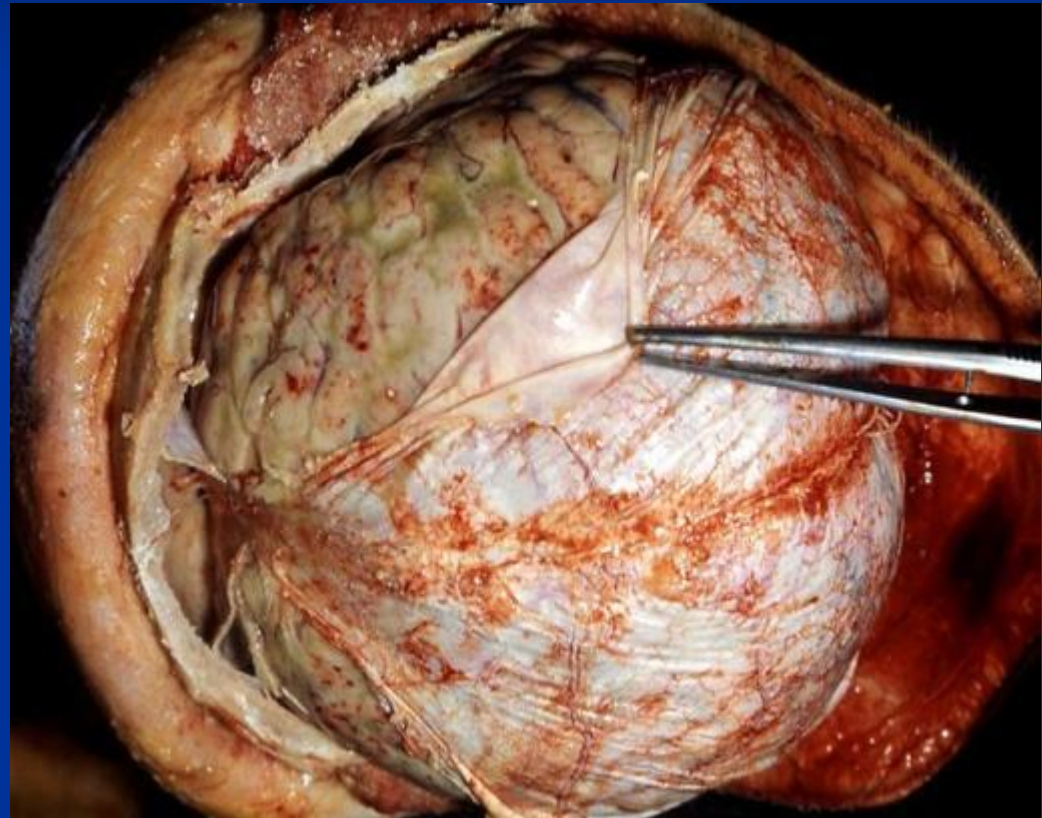
Проверил: Бугаков А.А

Астана 2017 г

- Туберкулезный менингит — это преимущественно вторичное туберкулезное поражение (воспаление) мозговых оболочек (мягкой, паутинной и реже твердой), возникающее у больных с различными формами туберкулеза других органов.
- Факторами риска развития заболевания являются: возраст (снижается иммунная защита организма), сезонность (чаще заболевают весной и осенью), сопутствующие инфекции, интоксикация, черепно-мозговая травма.
- ПАТОГЕНЕЗ:
 - 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.

КЛИНИКА

- По локализации выделяют основные формы туберкулезного менингита:
базальный менингит;
менингоэнцефалит; спинальный менингит.
- Различают 3 периода развития туберкулезного менингита:
1) продромальный;
2) раздражения;
3) терминальный (парезов и параличей).



Базальный туберкулезный менингит

- Для этой формы характерны выраженные мозговые менингеальные симптомы (клинические признаки раздражение мозговых оболочек, встречается как ригидность затылочных мышц - неспособность привести подбородок к груди и другие неврологические симптомы), нарушение черепно - мозговой иннервации и сухожильных рефлексов (сокращение мышц в ответ на быстрое растяжение или механическое раздражение сухожилий, например, при ударе по нему неврологическим молоточком).

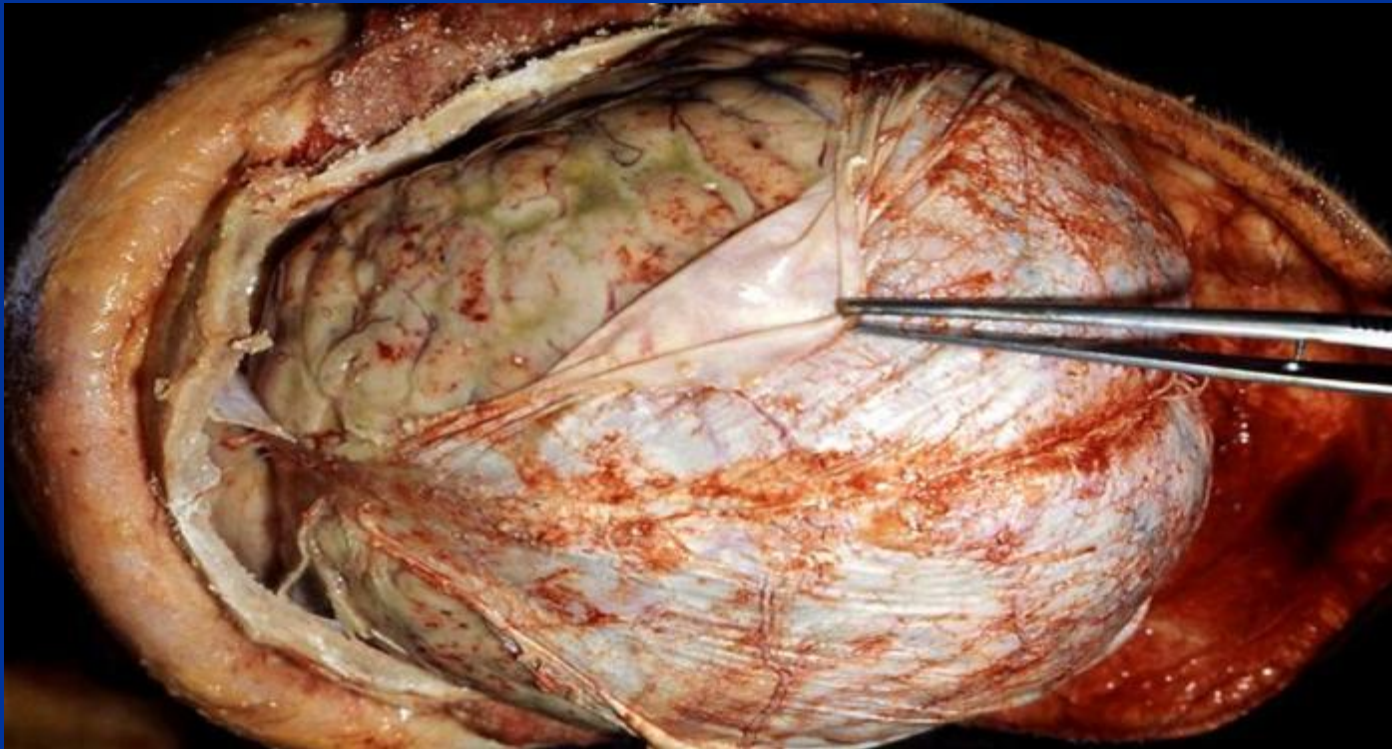


Туберкулезный менингоэнцефалит

- Является наиболее тяжелой формой
- Наблюдаются мозговые (рвота, спутанность сознания, головная боль) и менингеальные симптомы, очаговые (в зависимости от поражения того или иного отдела мозга, например: шаткость походки, паралич конечностей и т.д.) , а так же расстройства черепно-мозговой иннервации, гидроцефалия.

Спинальная форма

- При этой форме туберкулезного менингита на первый план в клинической картине выступают явления, свидетельствующие о поражении вещества, оболочек или корешков спинного мозга, главным образом нижних конечностей, и расстройствах функции тазовых органов

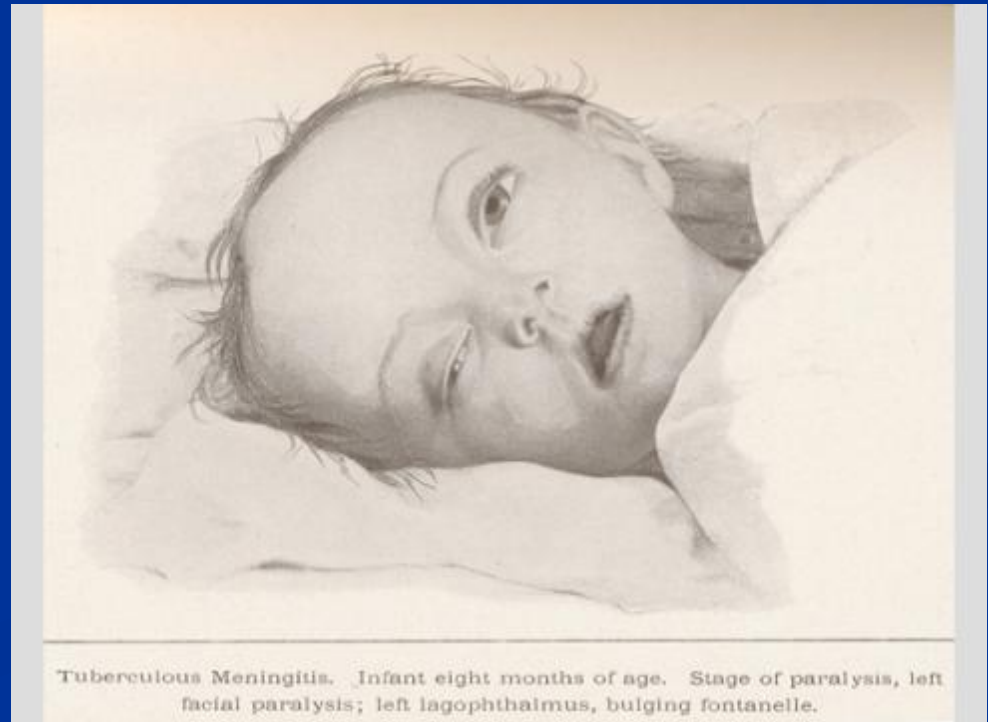


Продромальный период

- характеризуется постепенным (в течение 1-8 нед) развитием. Сначала появляются головная боль, головокружение, тошнота, иногда рвота, лихорадка. Наблюдается задержка мочи и стула, температура субфебрильная, реже - высокая.

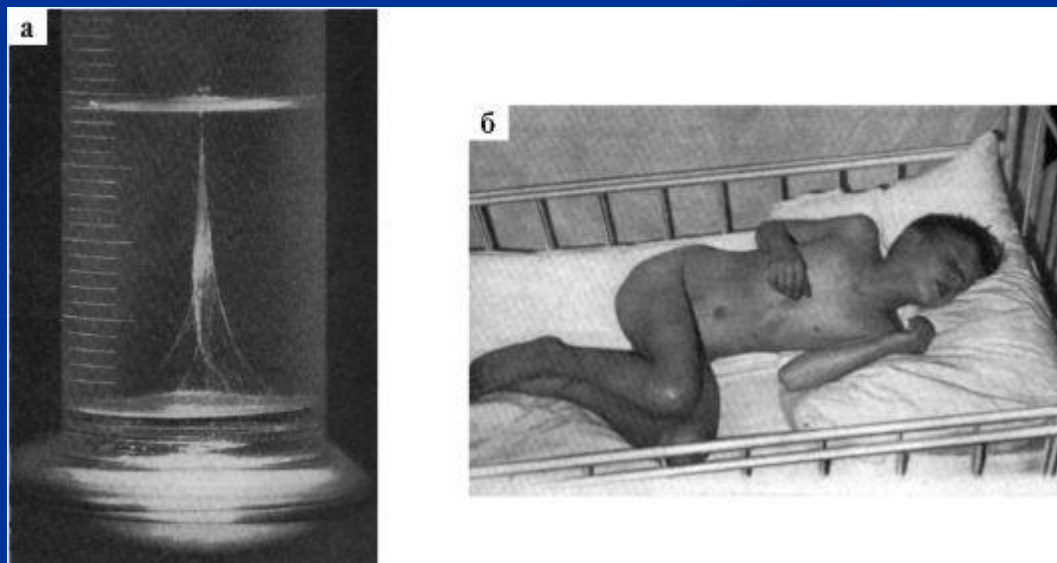
Период раздражения

- через 8-14 дней после продромы происходит резкое усиление симптомов, температура тела 38-39 °С, боль в лобной и затылочной области головы. Нарастают сонливость, вялость, угнетение сознания. Запор без вздутия - ладьевидный живот.
- Светобоязнь, гиперестезия кожи, непереносимость шума. Вегетативно-сосудистые расстройства: стойкий красный дермографизм, спонтанно появляются и быстро исчезают красные пятна на коже лица и груди.



Терминальный период

- (период парезов и параличей, 15-24-й день болезни). В клинической картине преобладают признаки энцефалита: отсутствие сознания, тахикардия, дыхание Чейна-Стокса, температура тела 40°C , парезы, параличи центрального характера.



Диагностика

- - своевременное - в течение 10 дней от начала периода раздражения;
- позднее - после 15 дней.

Одновременное наличие следующих диагностических особенностей указывает на высокую вероятность туберкулезного менингита:

1. Продрома.
2. Синдром интоксикации.
3. Функциональные расстройства тазовых органов (запоры, задержка мочи).
4. Ладьевидный живот.
5. Черепно-мозговая симптоматика.
6. Специфический характер спинномозговой жидкости.
7. Соответствующая клиническая динамика.

Поскольку туберкулезная инфекция может находиться в любом месте организма, необходимо при осмотре обратить внимание на наличие:

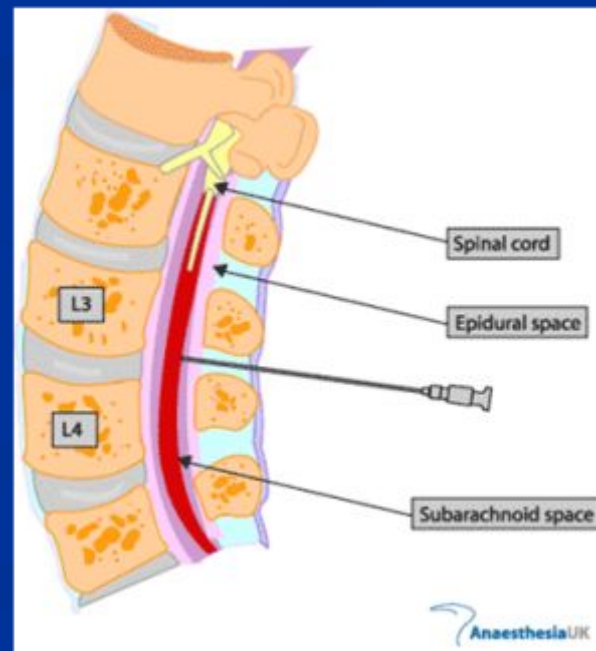
- 1) туберкулеза лимфатических узлов;
- 2) рентгенологических признаков милиарного туберкулеза легких;
- 3) увеличения печени или селезенки;
- 4) хориоидального туберкулеза, выявляемого при осмотре дна глаза.

Туберкулиновый тест может быть отрицательным, особенно при далеко зашедших стадиях болезни (отрицательная анергия).

Диагностика

■ Диагностические признаки туберкулезного менингита при анализе спинномозговой жидкости:

1. Давление в спинномозговом канале обычно повышено (жидкость вытекает частыми каплями или струей).
2. Внешний вид СМЖ: вначале прозрачная, позднее (через 24 ч) может формироваться сеточка фибрина. При наличии блокады спинного мозга имеет желтоватый цвет.
3. Клеточный состав: 200-800 мм³ (норма 3-5).
4. Содержание белка повышено (0,8-1,5-2,0 г/л), норма 0,15-0,45 г/л.
5. Сахар: содержание его понижено на 90%, но может быть нормальным в ранней стадии болезни или при СПИДе. Этот показатель важен для дифференциальной диагностики с вирусным менингитом, при котором содержание сахара в спинальной жидкости нормальное.
6. Бактериологическое исследование СМЖ: МБТ обнаруживаются только у 10%, если объем спинальной жидкости достаточен (10-12 мл). Флотация с помощью центрифугирования в течение 30 мин на больших оборотах может выявить МБТ в 90% случаев



Лечение туберкулезного менингита

- Диета необходима высокобелковая: мясо, рыба, молочные продукты, молоко. Ограничить прием жидкости до литра в день. Ограничить количество поваренной соли.
- Лечение проводится только стационарное, при возникновении вышеперечисленных симптомов больного госпитализируют. Лечение длительное: от года и более.
- Основные препараты: изониазид, рифампицин, этамбутол, пиразинамид. Лечение проводится по тем же схемам, что и любая форма туберкулезного процесса.
- Симптоматическое лечение: антиоксиданты, антигипоксанты, ноотропы - циннаризин, ноотропил (улучшают мозговой кровоток). Назначают диуретик (диакارب, лазикс) - профилактика отека головного мозга. Дезинтоксикационная терапия (глюкоза, физиологический раствор).

■ Осложнения туберкулезного менингита

Могут возникнуть такие осложнения как: блок оттока ликвора, гидроцефалия (заболевание характеризующееся скоплением цереброспинальной жидкости в желудочках головного мозга), гемипарезы (паралич мышц одной половины тела), нарушение зрения, изредка до полной его потери. При спинальной форме возможны парезы конечностей, расстройства тазовых органов.

■ Прогноз

При своевременном обращении за медицинской помощью, лечении у большинства пациентов возникает полное выздоровление. Смерть в 1% случаев при позднем обращении и лечении, особенно при менингоэнцефалитной форме.

■ Профилактика туберкулезного менингита

У детей данное заболевание может возникнуть после контакта с бактериовыделителем (у взрослых реже). Так же, у детей не вакцинированных БЦЖ или при отсутствии поствакцинального рубчика, не получивших химиопрофилактику после выявления выраженной туберкулиновой реакции, особенно при наличии сопутствующих заболеваний.

И общие рекомендации: необходимо избегать переохлаждения, длительного пребывания на солнце, соблюдать лечение хронических заболеваний.