

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](#)