

МЕНИНГОКОККОВАЯ ИНФЕКЦИЯ

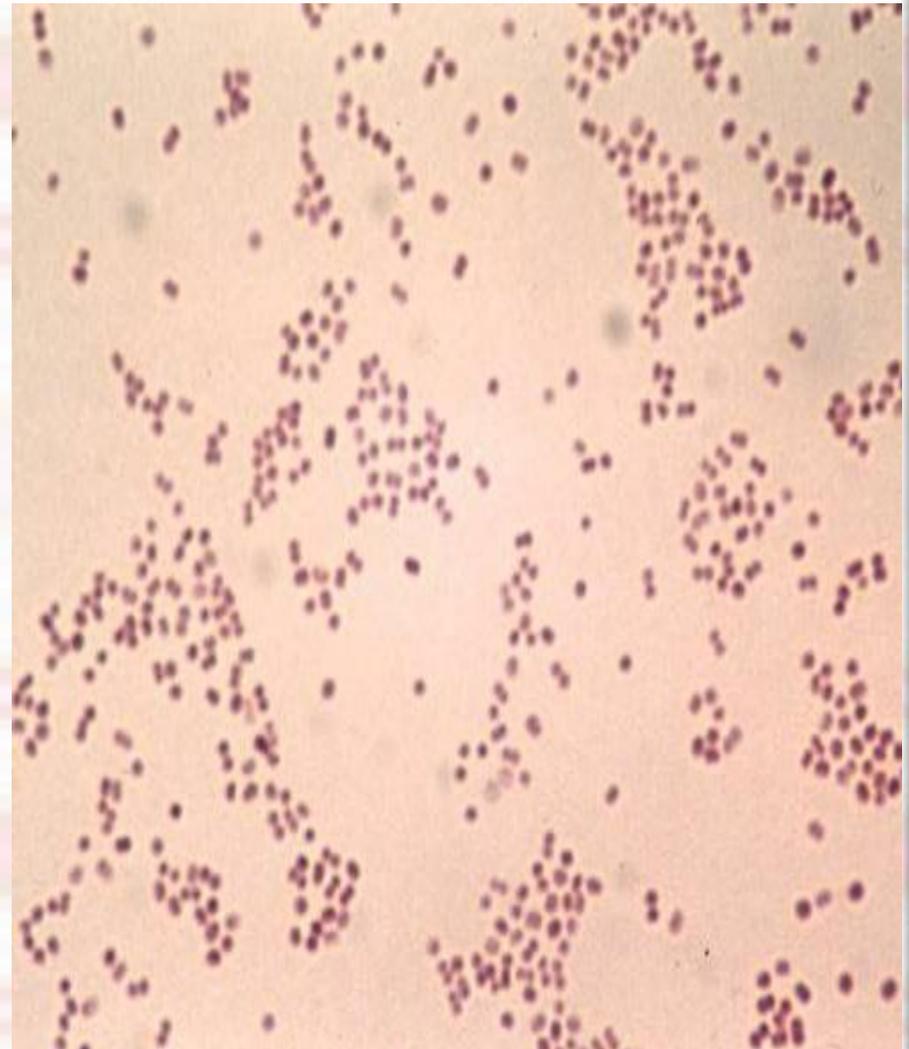


Менингококковая инфекция

Воздушно-капельный антропоноз,
Вызываемый менингококками, характеризуется интоксикацией, локальным поражением слизистой носоглотки (назофарингит), при генерализованном течении — острым менингококковым сепсисом, геморрагической экзантемой, поражением ЦНС в виде воспаления оболочек мозга (менингит), нередко с осложнениями — отечно-дислокационными церебральными осложнениями, вазогенным инфекционно-токсическим шоком, острой сердечно-сосудистой и дыхательной недостаточностью, острой надпочечниковой недостаточностью, тромбогеморрагическим синдромом, в крайне тяжелых случаях — синдромом полиорганной недостаточности.

Этиология

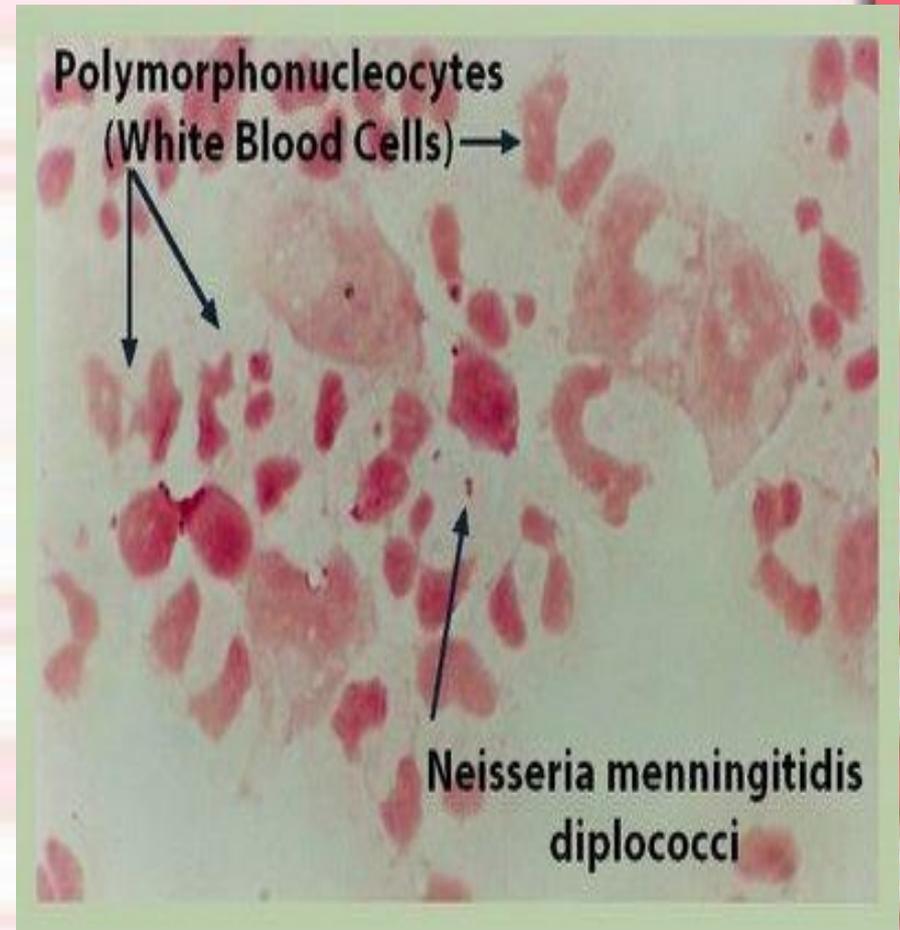
- ◆ Возбудитель- *Neisseria meningitidis*, или менингококк, относится к роду *Neisseria*. Возбудитель является грамотрицательным диплококком, аэробом или факультативным анаэробом. При микроскопии менингококки представляет собой не подвижный диплококки (нередко - в виде «кофейных зерен»), расположенных внутри- и внеклеточно.



Менингококки неустойчивы к кипячению, воздействию ультрафиолета, действию дезинфектантов.

Выделяют серогруппы А, В, С...Х, У, W135 (всего более 13 серогрупп), а также полиагглютинабельные (ПАГ) и неагглютинабельные (НАГ) штаммы менингококков. Основными факторами патогенности менингококков являются: капсула, гемолизин, липоолигосахарид или ЛОС-эндотоксин и ряд

Этиология



Эпидемиология

- ◆ Основным источником распространения МИ (до 70% случаев) являются носители менингококков. Больные менингококковым назофарингитом являются источником не более чем в 25% случаев, и только в 1 — 3% случаев таковыми являются больные ГФМИ.
- ◆ Риск возникновения вспышек МИ наиболее высок среди призывников, организованных дошкольных и школьных коллективов, в детских домах, в студенческих коллективах.

Патогенез и патологическая анатомия

- ◆ Входные ворота инфекции — слизистая оболочка носоглотки. Фаза колонизации может не иметь клинических проявлений — «носительство менингококков», или сопровождаться «менингококковым назофарингитом».
- ◆ В 20-25% случаев менингококки преодолевают назофарингеальный барьер. В этих случаях наступает фаза генерализации, обусловленная менингококкемией.

Патогенез и патологическая анатомия

- ◆ В основе патогенеза ГФМИ лежит генерализованный васкулит с преимущественным поражением микроциркуляторного русла на уровне систем органов, прежде всего «шоковых органов» – почки, легкие и др.
- ◆ При развитии менингита выделены: фаза 1- первичная колонизация, инвазия и преодоление назофарингеального и других барьеров; фаза 2- инфицирование оболочек ГМ, преодоление ГЭБ; фаза 3 -нарушение кровообращения, ликвородинамики, отек мозга; фаза 4.

Классификация менингококковой инфекции

- ◆ В.И. Покровский (1965)
- ◆ 1.Локализованные формы- носительство менингококка и острый назофарингит
- ◆ 2.Генерализованные формы — менингококкемия (типичная и молниеносная); менингит; смешанная форма (менингококкемия и менингит).
- ◆ 3.Редкие формы- менингоэнцефалит, артрит, иридоциклит, эндокардит, пневмония.

Инфекционно-токсический шок

- ◆ 1 фаза(стадия) — ранний шок или угроза его развития
- ◆ 2 фаза(стадия)- выраженный или гемодинамически значимый шок- снижение АД ниже 90 мм рт.ст., ЧСС больше 100 в мин кожа холодная, «мраморная», акроцианоз, одышка, олигурия.
- ◆ 3 фаза(стадия)- декомпенсированный шок, нарастают признаки полиорганной недостаточности.

Лечение

- ◆ Локализованные формы:
- ◆ Ампициллин -взрослым по 0,5 г 4 раза, детям-100-200 мг. На кг
- ◆ Хлорамфеникол-по 0,5х4, детям-15 мг на кгх4 раза
- ◆ Рифампицин- взрослым 0,3х2 раза
- ◆ Спустя 3 суток после курса (4 дня) контрольное бакисследование.

Лечение

- ◆ ГФМИ:
- ◆ Экстренная госпитализация, введение 3 млн ЕД пенициллина, преднизолон 0,5-1,0 мг на кг, лазикс (1 мг на кг, 20-40 мг). Инфузионная терапия преднизолон до 90-120мг.
- ◆ Препарат выбора- пенициллин, сут доза для взрослых 24-30 млн ЕД, для детей 250-300 тыс ЕД на кг
- ◆ Патогенетическая терапия.

Большой мозг, энсепhalон, вид справа (полусхематично)

