

Отмеченные фазы в течении гриппозных поражений оболочек мозга в какой-то степен
и услов
ны , т
ак
как
клиническое
разграничение
перехода
отечно
-
гиперсекреторной
фазы
в
гиперсекреторно
-
арезорбтивную
не
всегда
просто
.
Несомненно
,
на
определенных
стадиях
заболевания
имеется
сочетание
всех
или
ряда
указанных
признаков
.
Однако
речь
идет
о

преобладающих
нарушениях

,
что
подтверждается
клиническими
наблюдениями
и
дополнительными
методами
исследования

Роль инфекций в возникновении церебрального арахноидита в настоящее время доказана
и
общепризнана

.
Приведенные
выше
факты
в
известной
степени
подтверждают
данные
о
том
,
что
может
быть
вторичный
отогенный
арахноидит
соответствующей
локализации
(
мосто
-
мозжечкового
угла
,
базальной
и

др
.);
вторичный
риногенный
арахноидит
;
вторичный
тонзиллогенный
арахноидит
и
др
. Или
же
,
как
отмечено
,
арахноидит
может
быть
«гриппозным»
вследствие
избирательного
поражения
вирусом
гриппа
оболочек
мозга
,
сопутствовать
текущему
сифилитическому
процессу
и
др
. В
этих
и
некоторых
других
случаях
(
токсоплазмозный
,

бруцеллезный

,
ревматический

и

др

.)

течение

церебрального

арахноидита

зависит

от

основного

процесса

.
Санация

очага

инфекции

или

ликвидация

основной

причины

болезни

,
как

правило

,
улучшает

состояние

больных

.
Могут

оставаться

отдельные

синдромы

,
или

симптомы

,
проявляющиеся

при

дополнительных

вредностях

,
что

иногда

свидетельствует

о
сохранившемся
процессе
в
оболочках
(
спайки
,
арахноидальные
кисты
,
иногда
мозговые
рубцы
являются
нередко
секционной
находкой
,
они
не
беспокоили
больного
при
жизни
).