

Отмеченные фазы в течении гриппозных поражений оболочек мозга в какой-то степени  
и условны, так как клиническое разграничение перехода отечно-гиперсекреторной фазы в гиперсекреторно-резорбтивную 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  
).