

ҚАРАҒАНДЫ МЕМЛЕКЕТТІК МЕДИЦИНА УНИВЕРСИТЕТІ
№1 ЖЕДЕЛ МЕДИЦИНАЛЫҚ КӨМЕК КАФЕДРАСЫ

Нейроинфекция

Орындаған: 5-029ЖМФ
Қырғызбай Б
Тексерген: Алдабекова А.А

Қарағанды 2019

Жоспар

- ▣ Кіріспе
- ▣ Негізгі бөлім
- ▣ Нейроинфекция түрлері
- ▣ Этиологиясы
- ▣ Нейроинфекциялық синдромдар
- ▣ Менингит
- ▣ Энцефалит
- ▣ Диагностикасы
- ▣ Емі

Нейроинфекция

- ▣ Нейроинфекция – орталық нерв жүйесін, жұлын және шеткері неры жүйесін немесе оның бір бөлігін зақымдайтын инфекциянды ауру.
- ▣ Нейроинфекцияның жекелей түрлері:
- ▣ Менингит-ми қабықтарының қабынуы;
- ▣ Миелит –жұлын қабынуы
- ▣ Энцефалит- бас миы немесе жұлын қабынуы
- ▣ Радикулоневрит –жұлын түбіршегі қабынуы
- ▣ Полиневрит-шеткері нерв жүйесі қабынуы

Этиологиясы

- Бактерия, вирус, саңырауқұлақ
- Кенелер(кене энцефалиті)
- Жануарлар(нейробруцеллоз)
- Респираторлы вирустар
- Мұрын, құлақ, тамақ қабынбалы аурулары
- Герпес вирустар(Варицелло-Зостер.Эпштейн Бар, Цитомегаловирус)

Нейроинфекционды синдромдар. Жалпы инфекциялық синдром

- дене температурасының өзгеруі- гипотермия немесе жоғарғы фебрилитет; тері жабындыларының бозаруы, ерін және мұрын-ерін үшбұрышының цианозы; геморрагиялық бөртпелердің болуы; тамақтан, судан бас тарту (алайда қатты шөлдеуі мүмкін); дем алу актісінің бұзылуы: мұрын қанаттарының керілуімен жүретін ендігу, ритмінің жиілігінің және дем алу амплитудасының қозғалысының өзгеруі. жүрек ритмінің бұзылысы (тахи- немесе брадикардия), АҚҚ көрсеткішінің өзгеруі; қан анализінде: нейтрофильді лейкоцитоз, лейкоцитарной формуланың солға ығысуы, ЭТЖ жоғарылауы, ал зәр анализінде — альбуминурия, лейкоцитурия.

Жалпы милық синдром:

- ▣ Қарқынды бас ауыру, диффузды (керілу сипатындағы) немесе самай-маңдай аймағында басым;
- ▣ Бір рет немесе бірнеше рет құсу, тамақ қабылдаумен байланысты емес, құсу жеңілдік әкелмейді;
- ▣ Естің бұзылуы (психомоторлы қозу, ұйқышылдық, сопор, кома); тырысулар (жеке бұлшықеттердің құрысуларынан жеке генерализерленген тырысуларға дейін);
- ▣ бастағы және қабақтағы айқын тамырлық тор; көз түбіндегі тамырдың кеңейуі.

Жұлын сұйықтығындағы қабынулық өзгерістері

- ▣ Арқасымен жатқан қалыпта, люмбальды пункция кезінде ликвор сұйықтығының тығызды 100-150 мм су. бағ. тең. Ликвордың тығыздығы көп жағдайда пункциялық инеден аққан тамшының көлемімен есептелінеді (қалыпты – 40-60 тамшы/мин).
- ▣ Қалыпты жағдайда жұлын сұйықтығы мөлдір, түссіз. Құрамында мононуклеарлы жасушалардың қатары бар (лимфоциттер, моноциттер) баланың жасы ұлғайған сайын, көлемі азаяды: жаңа туған нәрестелерде– 20-25 кл 1 мкл-де; 6 айда. – 12-15 кл 1 мкл-де; 1 жаста– 1-5 кл 1 мкл-де.

- ▣ Жұлын сұйықтығында жасушалардың көп болуы **плеоцитоз** деп аталады. Жұлын сұйықтығында ақуыз — 0,10 — 0,33 г/л, көмірсу — 0,45-0,65 г/л, хлоридтер — 7,0-7,5 г/л. Ми қыртысындағы қабынулық үрдістер, жұлын сұйықтығындағы мына көріністермен сипатталады: ликвор сұйықтығының қысымының жоғарылауы—жиі тамшылап немесе ағынмен ағады; сирек тамшылармен ағуы да мүмкін мөлдірлігінің өзгеруі (лайлы) және түсі (ақ, сары-жасыл және т.б.); плеоцитоздың болуы, нейтрофилдер, лимфоциттер немесе аралас болуы; ақуыздың жоғары болуы; глюкоза мен хлоридтердің деңгейінің өзгеруі.

Менингит

- Менингит- ми қабығының және жұлынның қабыну процесі. Лептоменингит- мидың жұмсақ және торлы қабығының қабынуы. Пахименингит- мидың қатты қабығының қабынуы. Негізінен клиникада «менингит» терминін мидың жұмсақ қабығының қабынуы деп қолданады. Менингит жеке сырқат түрінде немесе басқа сырқаттың асқынысы түрінде дамуы мүмкін. Менингитті өз уақытында емдемесе ол әр түрлі асқыныстарға әкеледі, мысалы: саңыраулық, эпилепсия, гидроцефалия және ақыл-ой кемістігіне.

Классификациясы

Қабыну процесіне байланысты

- ▣ Сірлі
- ▣ Іріңді

Дамуына байланысты

- ▣ Біріншілік
- ▣ Екіншілік

Этиологиясы бойынша

- ▣ Бактериальді (менингококковый, сифилитический т.б.)
- ▣ Вирусті (эпидемический паротит, краснуха)
- ▣ Саңырауқұлақты (кандидозный, торулёзный)
- ▣ Аралас
- ▣ Басқа да себеппен

Жұқпа көзі - науқас адам және бактерия тасымалдаушы. Аурудың жайылған түрімен ауыратындардың (менингококкты менингит, менингококкемия) үлесі 1-3% (инфекция көзі ретіндегілері.) Ауру адам айналасы үшін продромалды кезеңнен бастап қауіпті. Қоздырғыштың берілу механизмі - ауа-тамшы жолымен. Қоздырғыш қоршаған ортаға төзімсіз болғандықтан ауа - шаң жолымен, тұрмыс заттарымен беріле алмайды. Ауруға ең көп шалдыққандар 5 жасқа дейінгі балалар. Олардың үлесіне эпидемия аралық кезеңінде ауырғандардың 80-90% тиеді, ал эпидемия кезеңінде ауруға ересектерде жиірек ұшырайды (30-40% дейін).

Инкубациялық кезең – 3-10 күн.

Мұрыннан, асқазаннан, жаттырдан қан кету болады. Науқасты қараған кезде менингеальды симптомдар аңғарылады. Шүйде бұлшықетінің тартылуы, Керниг, Брудзинский симптомы, жарықтан қорқу, гиперестезия дамиды. Науқас көбіне бір қырынан, аяқ-қолдарын жинап («ит тәрізді») жатады.

Ал *менингоэнцефалит* дамығанда, ауру ауыр ағымда, айқын энцефалиттік көріністермен, жедел менингеальды және жалпы улану белгілерімен сипатталады. Жалпы милық белгілер тез дамиды. Ошақты белгілер – спастикалық геми- және парпарездер дамиды.

Жалпы белгілері:

- ▣ Жоғары температура
- ▣ Бастың қатты ауыруы
- ▣ Бір жасқа дейінгі балада еңбегі томпайып кетеді
- ▣ Құсу
- ▣ Кейде талып қалу
- ▣ Мойынның шалқаюы. Баланың өңі кірмейді, сұлық жата береді, басы мен мойынын артқа шалқайтып ұстайды.

СИМПТОМЫ МЕНИНГИТА

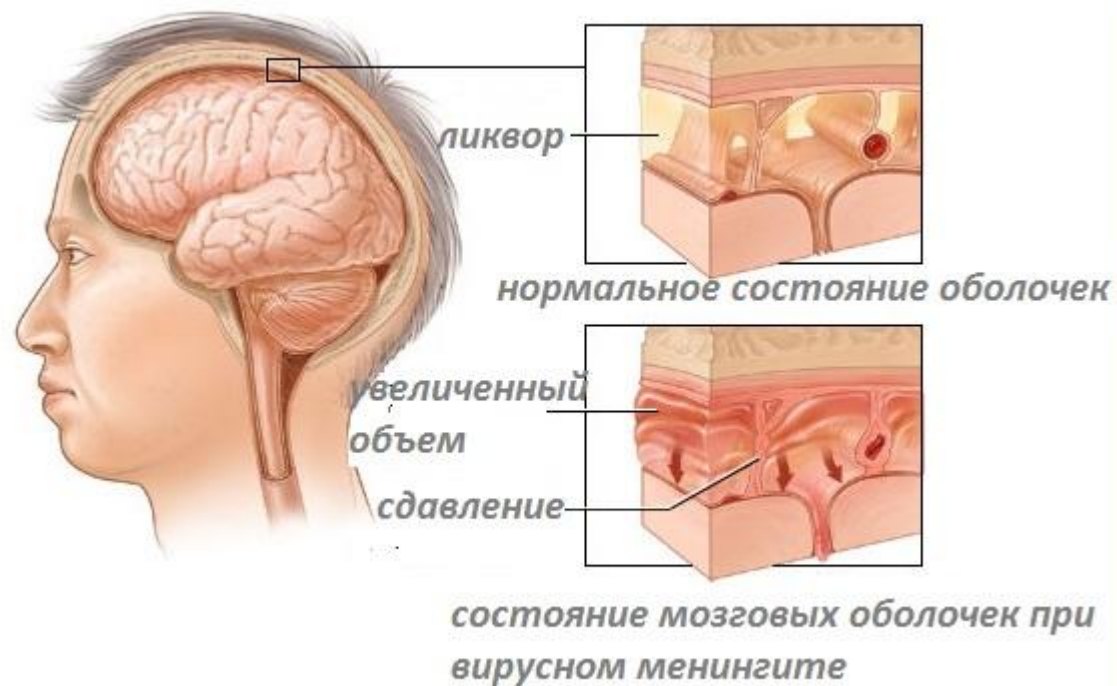
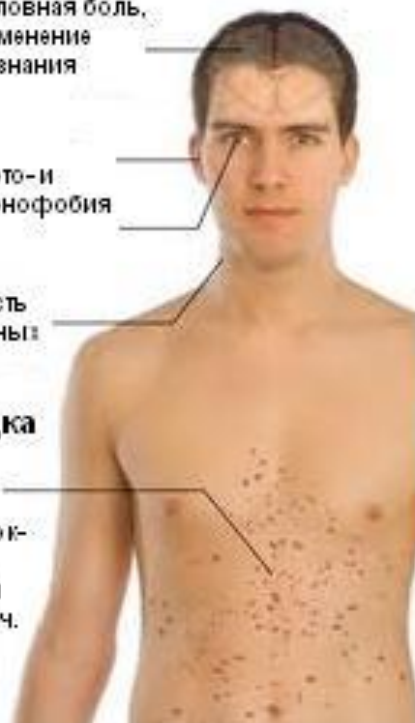
головная боль,
изменение
сознания

фото-и
фонофобия

ригидность
затылочных
мышц

лихорадка

при
менингокок-
ковой
инфекции
геморрагич.
сыпь



ликвор

нормальное состояние оболочек

увеличенный
объем

сдавление

*состояние мозговых оболочек при
вирусном менингите*

Менингит кезіндегі жұлдыз тәрізді бөртпелер



Менингиальды синдром

- Менингеальды синдром баланың төсектегі мәжбүрлі жағдайы (басы шалқайған, қолдары шынтақта бүгілген, денесіне әкелінген, аяғы жамбас-сан және тізе буындарында бүгілген) ; мойын бұлшық етінің ригидтілігі (басты қозғалтатын бұлшық еттердің тарылуына байланысты басты кеудеге еңкейте алмайды);
- Керниг симптомы (жатқан науқастың аяқтарын тік бұрыш жасай отырып бүгу, жамбас бұлшық еттерінің тарылуына байланысты аяқты жаза алмайды.
- Брудзинский I симптомы (мойын бұлшық ет ригидтілігін тексерумен бірге жүреді, арқасымен жатқан баланың басын енжар бүккен кезде, баланың аяқтары тізе және жамбас-сан буындарында бүгіледі);
- Брудзинский II симптомы (қасаға үстіне басқан кездегідей аяғын бүгу);
- Брудзинский III симптомы (Керниг симптомымен бірге жүргізіледі, бір аяғын тізе буынында бүккен кезде, екінші аяғы тізе буынында бүгіліп, ішіне әкелінеді);

- ▣ Лессаж симптомы (омыраудағы баланы қолтық астынан мықтап ұстайды да жоғары қарай көтереді, баланың аяқтарын ішіне қарай бүгіп алады);
- ▣ Мондонеци симптомы (көзі жұмылулы күйде, көз алмаларын қабақ арқылы басқанда ауырсыну сезімі болады);
- ▣ Бехтерев симптомы (жақ доғаларын ұрғылау нәтижесінде жергілікті ауырсынулар болады); жалпы гиперестезия, гиперракузия, жарықтан қорқу.

Рис. 2. Определение менингеальных знаков у больного менингитом (источник: f-med.ru).

Симптом Брудзинского



Симптом Кернинга



Менингококкты менингит

- ▣ Инфекция қоздырғышы адам болып табылады. Инкубациялық кезең 3-4 күн болады. Көп жағдайда алғашқы клиникалық белгілері анық байқалмайды, тек 1/10—1/8 сырқаттарда назофарингит дамуы мүмкін. Ағзада қоздырғыш гематогенді жолмен таралады. Менигококктардан токсиндер бөлініп микроциркуляциялық арнаны зақымдайды. Соның әсерінен өмірлік маңызды ағзалардың зақымдалуына алып келеді. Бұл сырқат көбіне күрт басталады, дене қызуы жедел түрде көтеріледі, жеңілдік туғызбайтын құсулар, қатты бас аурулар болады.



119
Менингококковый менингит. Характерная поза больного.

Туберкулезді менингит

- ▣ Туберкулезді менингит-бронх бездері, өкпе, бүйрек немесе сүйектер мен буындар туберкулезінің кең жайылмалы кезеңінде пайда болады. Көктемде көп кездеседі. Клиникалық көрінісі әр түрлі менингиалді синдромдарға және бас-сүйек нервтерінің зақымдану симптомдарымен сипатталады. Субфебрильді температура болады. Жұлын сұйықтығында глюкоза мөлшері төмендейді, бұл туберкулезді менингиттің басқа түрлерінен айырмашлығы болып саналады.

Вирусты менингит

- ▣ Қоздырғышы РНК-құрамды Коксаки и ЕСНО вирустары болып саналады. Жедел интоксикация мен жоғары температураның болуынан басталады. Жиі науқастарда терілік гиперестезия, тітіркендіргіштерге жоғары сезімталдық болады. Тексеріс кезінде Керниг және Брудзинский симптомдары оң болады. Жұлын сұйықтығын алғанда түсі өзгермейді бірақ жоғары қысыммен шығады.

Пневмококты менингит

- ▣ дене температурасының 39-40°C көтерілуі;
- ▣ қатты бас ауруы;
- ▣ көп реттік құсу;
- ▣ менингеальді симптомдар;
- ▣ естен тану;
- ▣ Дірілдер
- ▣ ошақты симптоматика.

Гемофильды менингит

- ▣ тұрақты гипертермия;
- ▣ қатты бас ауруы;
- ▣ қайталамалы құсу;
- ▣ менингеальді симптомдар;
- ▣ мүмкін болатын дірілдер;
- ▣ есінің бұзылысы;
- ▣ басқа ошақты инфекцияның болуы (отит, пневмония, эпиглоттит, целлюлит, остеомиелит, артрит және т.б.).

Стафилоккокты менингит

- жедел басталуы, температуралық қисықтың гектикалық сипаты менингиальды синдромның аз көрінуі, естің жедел бұзылысы, тіпті комаға дейін ошақты симптомдар жиі байқалады, жаны гиперестезия, қолдардын треморы, жиі кекірулер, тамақтан бас тарту байқалады
- абсцестердің пайда болуына бейім болып келеді (аурудын басталуынан 7-10 тәулікте бас миында көптеген шектелген іріңді қуыстар пайда болады) және ликворлық жолдарды бөгейтін түзілістердің пайда болуы, гидроцефалия дамуымен апатталады
- стафилоккокты штамдардын пайда болу себебінен, ағымы сирек созылмалы, рецидивті

Энцефалит

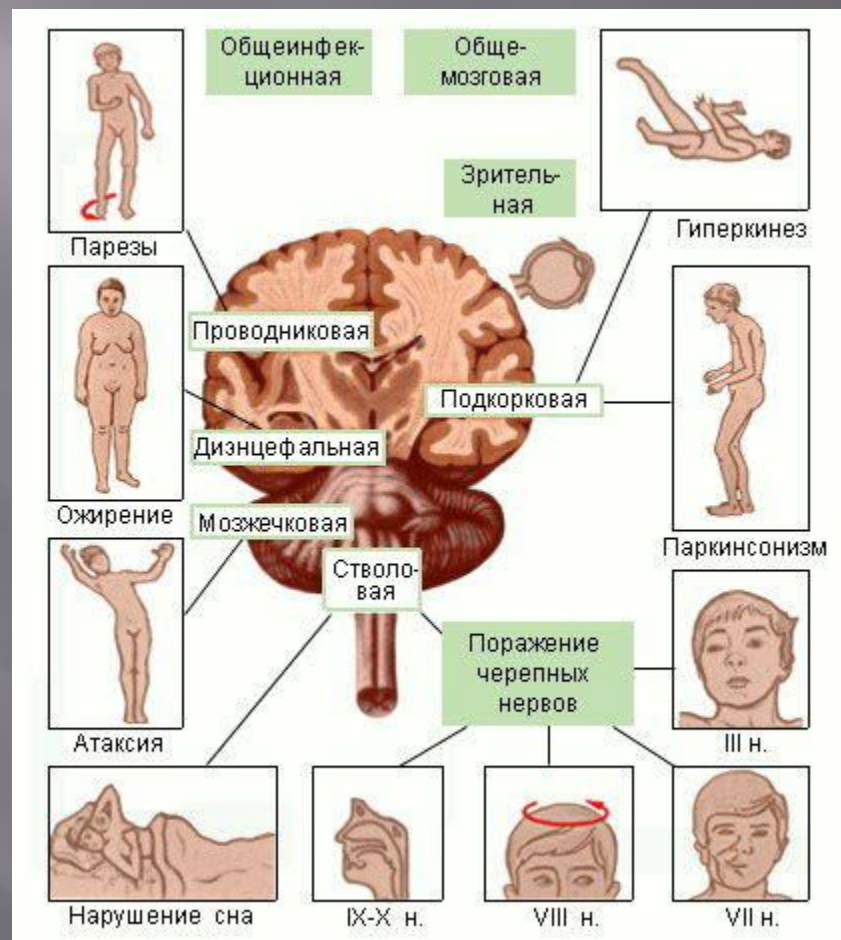


- ▣ Энцефалит – бас миының қабынуы.
- ▣ Жіктелуі:
 - ▣ I. Біріншілік вирусты энцефалиттер
 - ▣ А. Вирусы белгілі энцефалиттер:
 - ▣ 1) Арбовирусты маусымдық: көктем-жаздық (кенелік, шотландық), жаз-күздік энцефалиттер (масалық, американдық Сент-Луис, австралиялық Муррея, жылқы энцефаломиелиті);
 - ▣ 2) Маусымы толық анықталмаған біріншілік вирустық (Коксаки және ЕСНО) энцефалит (герпес және тұмау вирустарынан, құтыру ауруынан болатын энцефалиттер)
 - ▣ Б) Вирусы белгісіз біріншілік Экономоның эпидемиялық энцефалиті

- II. Екіншілік энцефалиттер:
 - Параинфекциялық энцефалиттер мен энцефаломиелиттер (қызылша, шешек, қызамықтан болатын энцефалиттер т.б.)
Вакцинациялық энцефалиттер мен энцефаломиелиттер
 - Миелинсіздіретін энцефалиттер (лейко және панэнцефалит, шашыранды склероздың балаларда кездесетін түрлері) Ревматизм және басқа коллагенездерден болатын энцефалиттер
 - Туберкулоустатикалық энцефалиттер
- III. Микробтық және рикетсиялық энцефалиттер мен энцефаломиелиттер: Біріншілік энцефалиттер (нерф жүйесінің сифилисі, бөртпе сүзектен болатын энцефалит). Екіншілік энцефалиттер (стафилококктық, стрептококктық, маляриялық, токсоплазмоздық т.б.)

Клиникалық көрінісі

- Ауру жалпы милық симптомдардың шұғыл немесе созылыңқы дамуынан басталады. Олардың пайда болуынан бұрын жалпы инфекциялық продромалді кезеңде (дімкәстік, жұтқыншақ ауыруы, буындар сырқырауы, т.б.) Жалпы милық симптомдар: бас ауыруы, көбінесе маңдай бөлігінде, құсу, фотофобия, эпилепсиялық талмалар. Есінің бұзылуы жеңіл дәрежеден (енжарлық, ұйқышылдық) комаға дейін. Бас миының зақымдануының ошақты симптомдары, энцефалит формасы мен патологиялық процестің орналасуына байланысты болады.



Нейроинфекция диагностикасы

- ▣ Жұлын-ми сұйықтығын зерттеу: Жасушалық-белоктық іріңді типті диссоциация : ликвор лайлы, боялуы(ақ, сары-жасыл), нейтрофильді плеоцитоз 1000 немесе одан жоғары, гиперпротеиноррагия -1,0 г\л.
- ▣ Жасушалық-белоктық серозды типті диссоциация: ЖМС-мөлдір емес, опалесцирующая,
- ▣ лимфоцитарлы плеоцитоз 100 немесе одан көп, ілсіз протеиноррагия - 0,4 г\л.

- ▣ Серологиялық зерттеулер-арнайы антидене титрін анықтау.
- ▣ Вирусологиялық зерттеу-қаннан немесе ЖМС вирус қоздырғышын анықтау.
- ▣ Бактериялық зерттеу- биологиялық материалдан бактерия-қоздырғышты анықтау

Жедел көмек көрсету

- Жедел көмек антибиотик енгізуден басталады (пеницилин 1млн ЕД 3-6 рет тәулігіне) магния сульфаты 5 мл 25 % ерітіндіжәне лазикса 40, мг бұлшықетке.
- Дегидратация және ми ісінуімен күрес (к/т 10-20% маннитол ерітіндісі 1-1,5г/кг; фурсемид 20-40мг, диакарб);
- Десенсибилизация (тавегил 0,001 г 2рет тәул, супрастин, диазолин, димедрол);
- Гормональды терапия (АКТГ, преднизолон 1-2мг/кг тәул, дексаметазон 6 сағат сайын 4мг.нан тәул.16мг к/т немесе б/е),
- Микроциркуляцияны жақсарту (полиглюкин, реополиглюкин, реомакродекс к/т тамшылатып құю);
- Гомеостаз мен су-электролитті балансты тұрақтандыру (парэнтеральды және энтеральды қоректендіру, калий хлориді, глюкоза, полиглюкин, 200 мл 4% натрий гидрокарбонат ерітіндісі);
- Жүрек – қан тамыр бұзылыстарын жою (камфора, сульфокамфокаин, жүрек гликозидтері; вазопрессорлы препараттар, глюкокортикоидты гормондар);
- Тынысты қалпына келтіру (тыныс жолдарының өткізгіштігін жақсарту, оксигенотерапия, бульбарлы бұзылыстарда интубация немесе трахеостомия);
- Мидың метаболизмін жақсарту (В тобындағы витаминдер, гаммалон, аминалон, працетам);
- Қабынуға қарсы терапия