

С.Ж.Асфендияров атындағы Қазақ Ұлттық Медицина Университеті

Кафедра: Жүйке аурулары

Мамандығы 051301 жалпы медицина

Пән PNN4306 «Неврология»

Дәрістік жинақ

ТАҚЫРЫБЫ: ОЖЖ -ң вирустық және бактериальды инфекциялары. Вирустық кене энцефалиті. Масалық вирусты энцефалит. Вирусты энцефалит. Вирусты менингит.

- **Тақырыбы:** ОЖЖ -ң вирусты және бактериялы инфекциялары. Вирустық кене энцефалиті. Герпестік энцефалит. Вирустық энцефалит. Вирустық менингит.
- **2. мақсаты:**
- Менингиттер диагностикасы .
- Менингитке шалдыққан науқастарға шұғыл көмек көрсету.
- Іріңді және сероздық менингиттер арасында дифференциальды диагностика жүргізу.
- ОЖЖ қабыну ауруларындағы ликвор өзгерісі
- Вирусты және бактериялы менингиттердің клиникалық көрінісі
- Кенелік вирусты энцефалит. Герпестік энцефалит. Вирусты энцефалит. Клиникасы, ағымы.
- Бактериялы менингиттердің емі.
- Вирустық менингиттердің емі
- **3. лекция тезісі:**
- 1. Менингиттер (классификациясы, этиологиясы, клиникасы)
- 2. Біріншілік вируснық энцефалит.

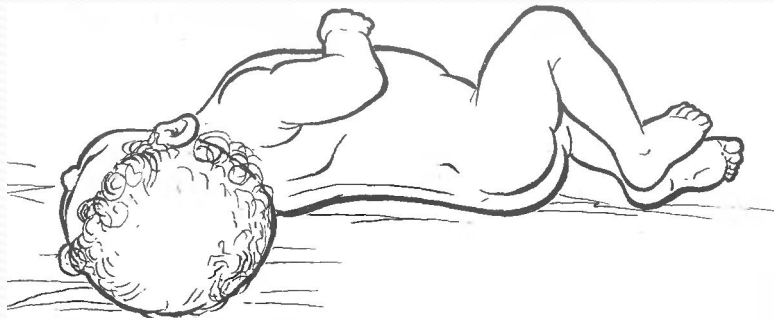
- **Менингит** - алдағы және жұлынның өрмекшінің торы және жұмсақ ми қабықтарының басымды ұтылуымен жедел инфекция ауруы. Аурулар қоздырушысы бактерия және вирустер жиірек болып табылады, сирек - саңырауқұлақтар, қарапайым жәндік, микоплазма, тоғышарлар және тағы басқалар.
- Менингиттер біріншілік және екіншілік болып бөлінеді. Алғашқы менингиттер дербес ауру болып табылады. Екінші менингит ортақ және жергілікті инфекция ауруын кедергі сияқты пайда болады.
- Іріңді менингиттер әр түрлі бактериялармен әдетте шақырылады, ұйыма - вирустармен. Бұл ереженің шығаруы бактериялармен және қабынуды ұйыма түрмен белгілі жай шақырылатын туберкулез және сифилитиялық менингиттер болып табылады.
- Менингиттер ағым бойынша сонымен бірге өткір, жітілеу, созылмалыға менингококк менингитінде бөлшектенеді ауруды кенет дамыту болуы мүмкін.

2КЛИНИКА. Өте жиі симптом сипатын тасысады барлық баста сезілуге немесе маңдай, самай немесе желке бөлімдерде көбінесе керетін бас ауыруы болып табылады. Олардың пайда болуы (V) үш тармақ және кезеген жүйкелердің тармақ жүйкесіздендіретін ми қабықтарының түршігуі сонымен бірге симпатиялық тал жіптермен шартталған. Қабықтардың рецепторларына (суларды 80-180 ммнің нормасында бап) Вчд улы заттар және жоғарылату ол сараман ісіп қызару процесс әсер бола алады. Жоғарылату соңғы тамыр шиеленесулеріне патологиялық процесстің әсері салдарынан дамидын мижұлын сұйығына үдетіл өнімімен шартталған. Сонымен бірге оның соруын процесстерді бұзылысында бір уақытта болады, ісіктің дамытуы, тығындау және шығарушы жолдардағы дәнекерлеулері салдарынан.

Бас ауыруы құсықпен жиі жарысайды.

Менингиттің объективті белгілеріне менингеальды симптомдар кіреді, олар қосылып менингеальды синдромды құрайды. Барлық жағдайда мойын бұлшық еттерінің ригидтілігі анықталады. Мойынды жазатын бұлшық еттердің спазмынан иекті төске алып келу мүмкін болмайды. Айқын ригидтілік бастың артқа қарай шалқаюымен, оның жастық тәрізді шұңқыраюымен (описотонус) жүреді.

Менингиттің объективті белгілеріне менингеальды симптомдар кіреді, олар қосылып менингеальды синдромды құрайды. Барлық жағдайда мойын бұлшық еттерінің ригидтілігі анықталады. Мойынды жазатын бұлшық еттердің спазмынан иекті төске алып келу мүмкін болмайды. Айқын ригидтілік бастың артқа қарай шалқаюымен, оның жастық тәрізді шұңқыраюымен (оπισотонус) жүреді.



Мойын бұлшық еттерінің ригидтілігі мен Керниг симтомына қарағанда сирегірек Брудзинский симптомы кездеседі.



Ерте жастағы балаларда Лессаж симптомы анықталады: баланы қолтық асты шұңқырларынан көтергенде баланың аяғы ішіне қарай жиырылады және сол қалыпта ұзақ уақыт сақталады. Емшек жасындағы балаларға үлкен еңбегінің ісінуі тән, бас ішілік қысымның жоғарылауына байланысты.

● МЕНИНГОКОККТЫ МЕНИНГИТ

- Қоздырғышы (менингококк), грам теріс диплококк (Вейкселбаум таяқшасы).
 - Ережеге сәйкес ауру спорадикалық түрде кездеседі, кейде кіші эпидемиялар да болып тұрады.
 - Менингококкты инфекция әртүрлі формада кездесуі мүмкін: симптомсыз, бактериятасымалдаушылық, назофарингит, артрит, іріңді менингит, менингоэнцефалит.
- КЛИНИКА.** Менингококкты инфекцияның инкубациялық кезеңі 2-10 күн (жиі 3-7 күн). Ауру жедел басталады (кенеттен).
- - дене қызуы 38-40 град дейін жоғарылайды, бас ауруы, жеңілдік әкелмейтін құсу пайда болады. Жалпы гиперестезия, жарықтан қорқу, менингеальды симптомдар, мойын бұлшық еттерінің ригидтілігі, Брудзинский, Керниг симптомдары, 50-60 соққы минутына дейінгі брадикардия байқалады. Ауру барысында пульс жиілеуі мүмкін, аритмия болуы мүмкін. Жиі зәр және үлкен дәреттің шықпауы болады. Аурудың алғашқы күндерінде теріде бөртпе пайда болуы мүмкін.

- Аурудың ауырлығына байланысты науқаста есінің бұзылысы, сандырақ, қимыл қозғыштығы, тырысу болуы мүмкін, ол ұйқы, сопорға ауысып, сосын комаға түсуі мүмкін. Ошақты неврологиялық симптомдардан көз қозғалтқыш нервінің зақымдануы болуы мүмкін, ол диплопия, птоз, қитарлық, анизокориямен көрінеді.
- Қан анализінде нейтрофильді лейкоцитоз, ЭТЖ жоғарылауы анықталады.
- Жұлын сұйықтығының қысымы 200-500 мм су бағ. дейін жоғарылайды, түсі лайлы, кейде сұр немесе сары- сұрғылт түсті. Клеткалар күрт жоғарылаған, 1 шаршы метрде 100- 1000 дейін. Нейтрофильды плеоцитоз. Ақуыз мөлшері 10-15 г/л. Глюкоза мөлшері күрт төмендейді.
- **АСҚЫНУЛАРЫ.** Менингококкты инфекцияның ауыр түрлері пневмония, перикардитпен асқынады. Бас миының ісінуі қауіптірек.
-
-

● **ЕКІНШІЛІК ІРІНДІ МЕНИНГИТТЕР**

● Екіншілік менингиттер ағзада іріңді ошақтар болған кезде пайда болады.

Олар бас ми қабықтарына жақын жатқан іріңді ошақтардан инфекцияның өтуіне байланысты пайда болуы мүмкін, мысалы, іріңді отит немесе іріңді гайморит кезінде, немесе гематогенді жолмен абсцесс, пневмониялар кезінде және т.б.

● Екіншілік іріңді менингиттердің қоздырғыштары: пневмококктар, стафилококктар, Афанасьев Пфейффер таяқшасы, ішек таяқшасы, т.б.

● **КЛИНИКАСЫ.** Ауру жалпы жағдайының күрт төмендеуінен, дене қызуының жоғарылауынан және қалтыраудан басталады. Менигеальды симптомдар пайда болады. Тырысулар болады. Бірден есінің бұзылысы, психомоторлы қозу және галлюцинация болады. Көп жағдайда парез, паралич, бас ми нервтерінің зақымдануы болады. Жедел бас миының ісінуі мен бас миының қысылу көрінісі болуы мүмкін. Брадикардия және АҚҚ төмендеуі байқалады. Ликвор лайлы, қысыммен ағады. Нейтрофильды цитоз бірнеше мыңға дейін, ақуыз жоғарылайды. **ЕМІ.** Аурудың ауырлығына байланысты пенициллин 18-60 м бірлік. Ампициллин 12-15 г/тәу тағайындалады.

● Симптоматикалық терапия: су- электролиттік баланс коррекциясы. Зәр айдайтын: лазикс, фуросемид. Кортикостероидтар.

● СЕРОЗДЫ МЕНИНГИТТЕР

- Бұл топқа жұмсақ ми қабаттарының қабынуын, серозды қабынумен жүретін, ликворда іріңнің болмауымен жүретін ауруларды жатқызады. Оларға лимфоцитарлы хориоменингит, Коксаки және ЕСНО вирустарымен шақырылған менингиттер жатады. Лимфоцитарлы хориоменингит фильтрлеуші вируспен шақырылады. Науқасқа бұл ауру үй тышқандарынан жұғады, осы жануарлардың экскременттерімен, мұрын шырышмен бұлғанған ыдыстардан. Ағзаға түскеннен кейін вирус гематогенді жолмен бүкіл ағзаға жайылады.
- Инкубациялық кезеңі 1-2 апта. 20-30 жас аралығындағы адамдар ауырады.
- **КЛИНИКАСЫ.** Әлсіздік, бас ауруы, катаральды көріністер. Ары қарай дене қызуының жоғарылауы. Менигеальды симптомдар. Ликворда плеоцитоз, лимфоцитарлы.

- **ДИАГНОСТИКАСЫ.** Ағымына байланысты, ликвор мен қаннан вирустың анықталуы, сонымен қатар, нейтрализация реакциясы және комплемент байланыстыру реакциясы.
- **ЕМІ.** Қайталамалы пункция, диуретиктер, анальгетиктер. Коксаки және ЕСНО вирустарымен шақырылған менингиттер энтеровирустар тобына біріктірілген. Ауру спорадикалық түрде кездеседі.
- Инкубациялық кезеңі 2 күннен 7 күнге дейін.
- **КЛИНИКАСЫ.** Жедел басталады, дене температурсының жоғарылауы, бас ауыруы, құсу. Науқастың жалпы түрі ауруға тән болады: беті гиперемияланған, осы фонда бозарған мұрын – ерін үшбұрышы байқалып тұрады.
- Энтеровирусты менингиттердің ағымы қатерлі емес, толық жазылумен аяқталады, кейде 2 апта – 1 айдан кейін рецидив болуы мүмкін.
- Диагностика: вирусологиялық және серологиялық зерттеу.

● ТУБЕРКУЛЕЗДЫ МЕНИНГИТ

- Туберкулезды менингит көбінесе гематогенды – диссеминирленген туберкулездің көрінісі болып табылады.
- Біріншілік ошақ өкпеде немесе бронхиальды лимфа түйіндерінде орналасады, басқа ағзаларда да орналасуы мүмкін. Көптеген жағдайларда біріншілік ошақ анықталмай қалады. Инфекция ми қабықтарына гематогенды жолмен өтеді.
- **КЛИНИКАСЫ.** Іріңді және серозды менингиттерге қарағанда туберкулезды менингит ақырын дамиды. Менигеальды симптомдардың пайда болуына оның алдындағы кезең алып келеді: әлсіздік, тәбеттің төмендеуі, ұйқышылдық. Субфебрильді температура. Осы симптомдар біртіндеп жоғарылап, құсу және психикалық бұзылыстар пайда болады. Продромальды кезеңі 2-3 аптаға созылуы мүмкін. Содан кейін менигеальды симптомдар пайда болады. Дене қызуы 38-39 град дейін жағарылайды. Бас ми нерстерінің зақымдану симптомдары қосылады: әкеткіш, көз қозғалтқыш және бет нервтері.

- Есі адасқан, ұстамалар пайда болады, сіңірлік рефлексдер жоғалады.
- Люмбальды пункция кзінде цереброспинальды сұйықтық жылдам ағады, мөлдір, бірнеше сағат өткеннен кейін фибринозды пленка пайда болады. Ақуыз деңгейі 1-5 г/л дейін, лейкоцитоз 100-300 шаршы мм. 70-80% лимфоциттер. Өте маңызды диагностикалық белгі глюкоза мөлшерінің төмендеуі (қалыпты жағдайда 2-4). Ликворда туб. Таяқшалары табылуы мүмкін.
- ЕМІ. изониазид 15 мг тәул. 1-3 рет
- Рифампицин- боог 1 рет күніне 30 мин. тамақтан бұрын.
- Пирозиномид 1,5-2, :x2р. тамақтан кейін.
- Стрептомицин по 1 г в/м 1 рет күніне.
- Преднизолон 30-60

● ЭНЦЕФАЛИТТЕР

- "Энцефалит" терминіне бас миының инфекциялық, токсикалық, инфекционды-аллергиялық аурулары біріктірілген.
- Энцефалиттер біріншілік, екіншілік, вирусты және микробты, инфекционды – аллергиялық, аллергиялық және токсикалық деп бөлінеді.
- **КЕНЕЛІК КӨКТЕМГІ – ЖАЗДЫҚ ЭНЦЕФАЛИТ.**
- **Кенелік көктемгі – жаздық энцефалит** – иксод кенелерімен тасымалданатын жедел біріншілік вирусты ауру болып табылады. Вирус нейротропты болып табылады және үнемі бас миынан бөлінеді. Тасымалдағыштары – кеміргіштер, тиіндер, бурундуктар. Инкубациялық кезеңі кене шакқанда 8-20 күн, алиментарлы қысқарақ – 4-7 күн. **КЛИНИКАСЫ** ауру жедел басталады- дене қызуы 39-40 град, бас ауыруы, жүрек айнуы, құсу, есінен шатасу, делириозды жағдай. Аурудың 2-4 күнінде менингеальды симптомдар пайда болады – мойын бұлшық еттерінің ригидтілігі, Керниг, Брудзинский симптомдары, содан кейін мойын бұлшық еттерінің, иық белдеуінің және қолдардың проксимальды бөліктерінің перифериялық салдануы пайда болады. Олардың пайда болуы мойын буылтығында жұлынның алдыңғы мүйізінің зақымдануымен байланысты.

- Басы алдыға түсіп тұрады, төменгі жағы салбыраған, қолдары дене бойымен салбырап тұрады, бұлшық етері атрофияланған, сіңірлік рефлексдер төмендеген.
- Кене энцефалитінің классикалық полиомиелиттік түрінен басқа мынадай түрлері болады: менингеальды (серозды менингит), менингоэнцефалиттік – жалпы милық және ошақты неврологиялық бұзылыстар жиынтығы: парездер, бас ми нервтерінің зақымдануы, гиперкинездер. Созылмалы кезеңінде Кожевников эпилепсиясы, безгектік және полирадикулоневриттік түрлері болуы мүмкін.
- **ДИАГНОСТИКАСЫ.** Серологиялық реакциялар.
- Комплемент байланыстыру реакциясы .
- Нейтрализация реакциясы және гемагглютинацияны тежеу реакциясы.
- **ЕМІ.** Гомологиялық гамма-глобулин, 6 мм б/е 3 тәу. Сарысулық иммуноглобулин 3-6 мл 2 рет. Кене энцефалитіне қарсы вакцина. 1 мл 3 рет интервалы 10 күн. Рибонуклеаза 30 мг әрбір 4 сағ б/е 4-5 күн.

● ЭПИДЕМИЯЛЫҚ ЭНЦЕФАЛИТ (ЛЕТАРГИЯЛЫҚ)

- Эпидемиялық энцефалит қоздырғышы филттрлеуші вирус. 1926ж. бастап э.э. эпидемиясы болған жоқ, бірақ спорадикалық түрлері кездеседі.
- Э.э. ағымында екі кезеңді ажыратады –жедел және созылмалы. Ауру жедел басталуы мүмкін, жиі біртіндеп басталады. Ең жиі тән белгілері ұйқышылдық және көз қозғалтқыш нервiнiң зақымдануы. Науқас кез келген жағдайда ұйықтай береді. Соған байланысты латаргиялық деген атау берілген. Көз қозғалтқыш бұзылыстар дипломиамен, кейде ядро үстілік офтальмоплегиямен көрінеді. Қарашықтардың аккомодацияға және конвергенцияға реакциясы төмендейді. Жедел сатысы толық жазылумен аяқталуы мүмкін. Бірақ кей жағдайларда жедел сатысыан кейін біршама уақыт өткен соң (бірнеше ай немесе бірнеше жыл) созылмалы сатысы болуы мүмкін.
- Созылмалы кезеңінің типті сатысы – Паркинсонизм синдромы - гипоплазия, тремор, ригидтілік.
- ЕМІ. Спецификалық емі жоқ. Паркинсонизм синдромын емдеу.
- Емі: Глюкокортикоидтар 100-120 мл, преднизолон. Антибиотиктер, ЕДШ. массаж.
- .

● 4. Иллюстрациялық құрал.

● Бас ми және жұлынның қабықтары

● Менингеальды синдром

● Менингиттер клиникасы

● 5. Әдебиеттер:

● Негізгі:

● Қайшибаев С.К. Неврология. 1, 2 часть. Алматы, 2001

● Надирова К.Г. Нерв жүйесінің анатомиясы, физиологиясы, тексеру методикасы және зақымдану семиотикасы. Қарағанды, 1993.

- Қосымша:
- Бадалян Л.О. Детская неврология. М.: Медицина, 2001.
- Надирова К.Г., Дарибаев Ж..Р. Клиникалық невропатология. Караганды, 1995.
- Попова Л.М. Нейрореаниматология. М.: "Медицина". 1983; 176. Акимов Г.А., Ерохина Л.Г., Стыкан О.А. Неврология синкопальных состояний. – М: Медицина, 1987.- 208с.
- Боголепов Н.К. Клинические лекции по неврологии. М, 1971.- с.282-294.
- Вейнер Г., Левит Т. Неврология, ГЭОТАР-МЕД, М, 2001.-с.109-11, 225-226.
- Гусев Е.А. Нервные болезни. М., 1987.
- Гусев Е.И., Бурд Г.С. Неврологические симптомы, синдромы, симптомокомплексы и болезни. М., 1999.
- Л.Р.Зенков, М.А.Ронкин. Функциональная диагностика нервных болезней. – М.: Медицина, 1991, 640 с.
- Р.Д.Коллинз. Диагностика нервных болезней. – М.: Медицина, 1986, 238 с.
- А.П.Фридман. «Основы ликворологии». 1971. 647 с.]
- Яхно Н.Н., Штульман Д.Р. Болезни нервной системы. Руководство для врачей. – М.: Медицина, 2003. 2 тома. С. 504.

● Бақылау сұрақтары.

- 1. Жүйке жүйесінің қабыну ауруларына алып келетін этиологиялық факторларды ата?
- 2. Вирусты менингиттер бактериальды менингиттерден клиникалық көрінісі бойынша қалай ажыратылады?
- 3. Менингитер кезіндегі жедел көмек неге негізделген?
- 4. Жүйке жүйесінің вирусты ауруларын емдеу принциптері?
- 5. Бактериальды менингиттердің ем принципі

