

Клещевой энцефалит



Определение

Клещевой энцефалит – это природно-очаговое вирусное инфекционное заболевание с трансмиссивным путем передачи, клинически характеризуется острым началом, лихорадкой и преимущественным поражением ЦНС.



Особенность

В числе больных до 75% составляют жители города, заразившиеся в пригородных лесах, на садовых и огородных участках.



Этиология

Возбудитель – вирус, относящийся к роду арбовирусов. Известны два основных варианта вируса – восточный и западный.



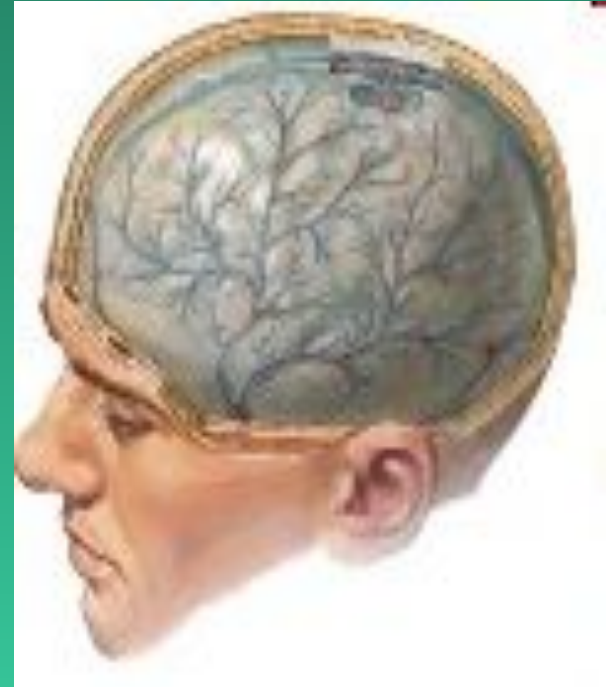
Эпидемиология

- Источником инфекции является клещ.
- Пути передачи – трансмиссивный (через укусы), алиментарный (при употреблении сырого молока, сливок, сыра от инфицированных коз).
- Сезон – начало осени.
- Восприимчивость – всеобщая, чаще дети школьного возраста.
- Иммунитет – стойкий.



Патогенез

Вирус гематогенно или лимфогенно проникает в ЦНС, вызывает наиболее выраженные изменения в нервных клетках передних рогов шейного отдела спинного мозга и в ядрах продолговатого мозга.



Формы:

- Лихорадочная форма;
- Менингеальная форма;
- Менингоэнцефалитическая форма;
- Полиоэнцефалитическая форма;
- Полиомиелитическая форма;
- Полиоэнцефаломиелитическая форма.



Клинические проявления клещевого энцефалита многообразны, течение вариабельно.

Болезнь часто начинается остро, с озноба и повышения температуры тела до 38–40°С. Лихорадка длится от 2 до 10 дней.

Появляются:

- общее недомогание
- резкая головная боль
- тошнота и рвота, разбитость
- утомляемость
- нарушения сна

В остром периоде

отмечаются:

- гиперемия кожи лица, шеи и груди
- гиперемия слизистой оболочки ротоглотки
- инъекция склер и конъюнктив.
- беспокоят боли во всем теле и конечностях

Лихорадочная форма

Проявляется исключительно общеинфекционным синдромом. В ее клинике КЭ не проявляется как нейро-инфекция. Лихорадка в течение 5–7 дней. В крови изменения — умеренная лейкопения с нейтропенией. Цереброспинальная жидкость без патологии. На ЭЭГ фиксируются изменения, регрессирующие по выздоровлении, субклинические поражения мотонейронов шейноверхнегрудного отдела спинного мозга, выявляемые на ЭМГ, что указывает на поражение нервной системы.

- головная боль
- слабость
- тошнота

Менингеальная форма

Проявляется в виде серозного менингита. Лихорадка — до 10 дней. Полное выздоровление через 2—3 недели. Нередко сохраняется длительный астенический синдром.

Больные жалуются на:

- сильную головную боль, усиливающуюся при малейшем движении головы
- головокружение
- тошноту
- однократную или, многократную рвоту
- боли в глазах
- светобоязнь

Менингоэнцефалитическая форма

Характерно сочетание общемозговых и очаговых неврологических симптомов.

наблюдаются:

- бред
- галлюцинации
- психомоторное возбуждение с утратой ориентировки в месте и во времени
- могут развиваться эпилептические припадки

В неврологическом статусе выявляются парезы, поражения черепных нервов, гиперкинезы, нарушения сознания. Возможен отек мозга. В крови умеренный лейкоцитоз, повышение СОЭ.

Полиоэнцефалитическая форма

На фоне общеинфекционного синдрома, чаще на 3—5-й день, развиваются симптомы поражения двигательных черепных нервов: чаще бульбарной группы (языкоглоточного, блуждающего, подъязычного), реже поражаются ядра V и VII черепных нервов, редко — глазодвигательного.

Различают диффузный и очаговый менингоэнцефалит.

- При диффузном менингоэнцефалите выражены общемозговые нарушения (глубокие расстройства сознания, эпилептиформные приступы вплоть до эпилептического статуса) и рассеянные очаги органического поражения мозга в виде псевдобульбарных расстройств (нарушение дыхания в виде бради- или тахипноэ, по типу Чейн-Стокса, Кулсмауля и др.), неравномерности глубоких рефлексов, асимметричных патологических рефлексов, центральных парезов мимической мускулатуры и мышц языка.
- При очаговом менингоэнцефалите быстро развиваются капсулярные гемипарезы, парезы после джексоновских судорог, центральные монопарезы, миоклонии, эпилептические приступы, реже - подкорковые и мозжечковые синдромы. В редких случаях (как следствие нарушения вегетативных центров) может развиваться синдром желудочного кровотечения с кровавой рвотой. Характерны очаговые поражения черепных нервов III, IV, V, VI пар, несколько чаще VII, IX, X, XI и XII пар. Позднее может развиваться кожевниковская эпилепсия, когда на фоне постоянного гиперкинеза появляются генерализованные эпилептические приступы с потерей сознания.

Полиомиелитическая форма

На фоне общеинфекционного синдрома остро развивается верхний проксимальный вялый парапарез, обычно асимметричный, нередко в сочетании с параличом мускулатуры шеи — синдромом «свислой головы».

Наблюдаются симптомы:

- "свисающая на грудь голова"
- "горделивая осанка"
- "согбенная сутуловатая поза"
- приемы "туловищного забрасывания рук и запрокидывания головы"

Полиомиелитические нарушения могут сочетаться с проводниковыми, обычно пирамидными: вялые парезы рук и спастические - ног, комбинации амиотрофий и гиперфлексии в пределах одной паретической конечности. В первые дни болезни у больных этой формой клещевого энцефалита часто резко выражен болевой синдром. Наиболее характерная локализация болей в области мышц шеи, особенно по задней поверхности, в области надплечий и рук.



Принципиально особый вариант представляет клещевой **энцефалит с двухволновым течением**.

Болезнь характеризуется:

- острым началом
- ознобом
- появлением головной боли
- тошноты и рвоты
- головокружения
- болей в конечностях
- нарушением сна
- анорексией
- наличием двухволновой лихорадки

Первая лихорадочная волна продолжается 3-7 дней, характеризуется легким течением. Отмечаются умеренно выраженные менингеальные симптомы без поражения черепно-мозговых нервов. За первой лихорадочной волной следует период апиреksии, длящийся 7-14 дней.

Вторая лихорадочная волна начинается так же остро, как и первая, температура поднимается до высоких цифр. Больные вялы, заторможены, появляются тошнота, рвота, выявляются менингеальные и очаговые симптомы поражения нервной системы.

Диагностика

- ОАК;
- ОАМ;
- Биохимическое исследование ликвора;
- Кал на яйца гельминтов;
- ИФА;
- Рентген гр.клетки;
- ЭКГ.



Лечение

- Постельный режим;
- Этиотропная терапия;
- Патогенетическая терапия;
- Симптоматическое лечение.



Профилактика

- Защитная одежда;
- Отпугивающие клещей различные акарициды и репелленты;
- Проводится борьба с клещами в природных очагах;
- Специфическая профилактика с использованием пассивной и активной вакцины.

