

Х.А. Ясауи атындағы
Халықаралық Қазақ-Түрік
университеті **СӨЖ**

Тақырыбы: **Туберкулезді
менингит.**

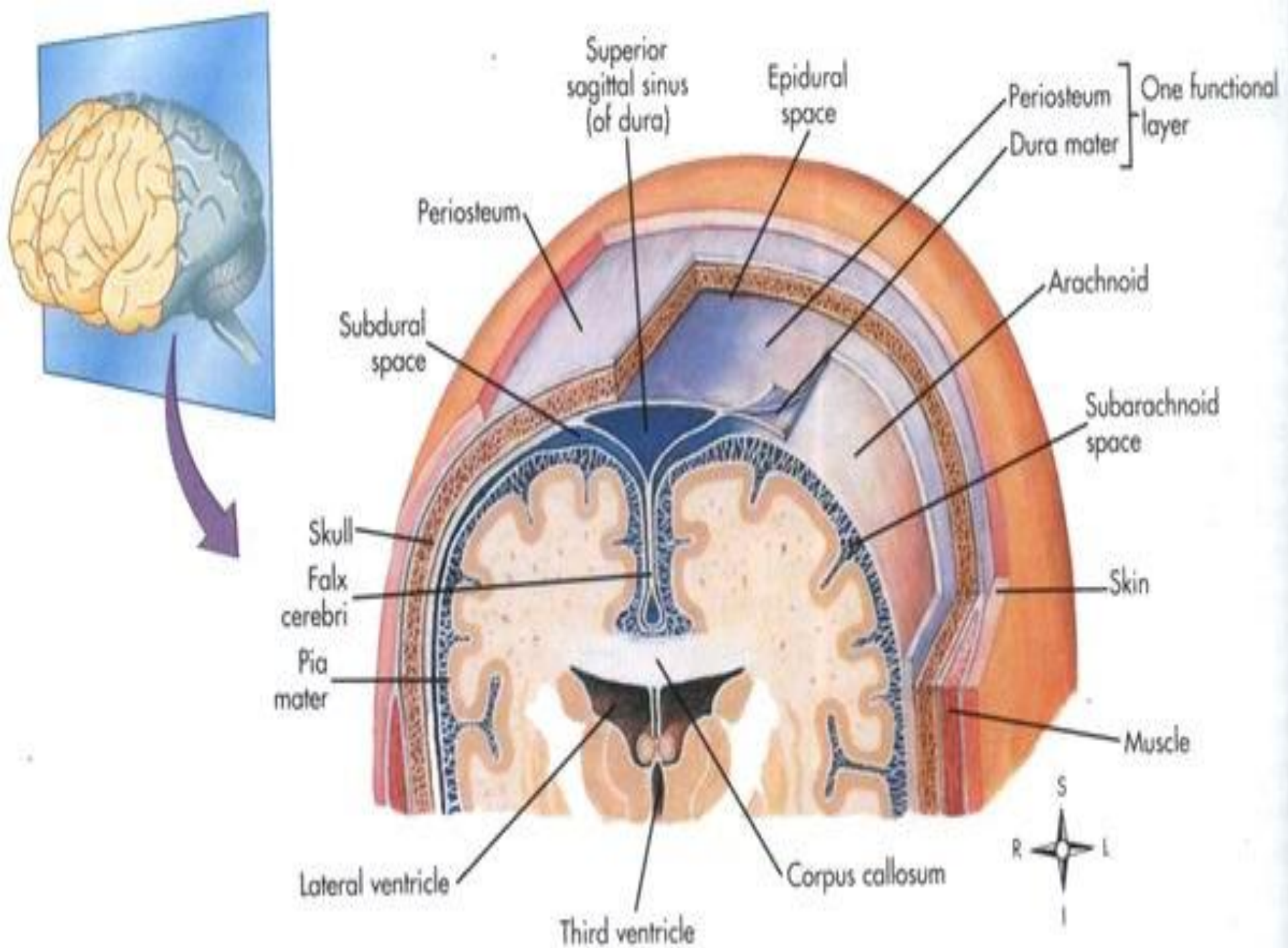
Орындаған: **Толаметова Д**
Қабылдаған: **Юсупбекова З.**

Тобы: **ЖМ-012.**

Туберкулезді менингит

- Ол туберкулез микобактерияларын жұқтыру нәтижесінде бас миының жұмсақ қабатының арнайы қабынуы. Барлық уақытта кеш анықталумен емдеуі қиын. Өкпеден тыс туберкулезден науқастар арасында 1,1-1,1% жиілікте. Туберкулезбен орталық жүйке жүйесінің зақымдануы тіркеледі.
- Туберкулезді менингит ерте жастағы балалар арасында біріншілік кезінде дамуы мүмкін. Бірақ жиі екіншілік туберкулезге өтетін ауру. Ол негізінен біріншілік туберкулез кеуде ішілік лимфа түйіндерінің туберкулезі. Сонымен қатар жедел диссеминерленген туберкулездің асқынған түрінде дамыйды. Туберкулезді менингит көктем және күз маусымдарында жиі кездеседі.

- Менингиттердің ішінде ең жиі кездесетін түрі. Ол өкпе, бронх бездері, бүйрек, немесе сүйектер мен буындар туберкулезінің кең жайылмалы кезеңінде пайда болады. Туберкулездік менингиттің негізгі қоздырғышы – Кох таяқшасы. Ми қабықтарында серозды – фиброздық экссудат жиналып, ми миллиарлық туберкулдер бөртеді. Барлық өзгерістер ми табаны мен сильвиев саңылауында басым байқалады. Әдетте туберкулездік менингит энцефалитпен (аса жиі диэнцефалдық аймақ зардап шегеді) және бас сүйек – ми нервтері (II, III, VI жұптар) зақымдануымен қосарланады. Туберкулездік менингиттің толық көрінісі әр түрлі деңгейде білінетін менингеальдық синдром мен бас сүйек – ми нервтерінің зақымдану симптомдарымен сипатталады. Көз қозғағыш нерв нерв жиі зақымданады (көз саңылауының тарылуы, бір немесе екі жағынан мидриаз, анизокория, аздап қитарлану, көз алдындағы заттардың қосарлануы)



- ***Туберкулезді менингиттің өту кезендері***

- Төртінші апта – продромальды жасырын кезең.
- Бесінші апта – серозды менингит;
- Алтыншы апта – базилярлы форма;
- Жетінші апта – менингоэнцефалит;
- Сегізінші апта – цереброспинальды лептопахоменингит

- Патоморфологиялық өзгерістер.
- Продромальды кезең
- Организмнің жалпы және жергілікті гиперсенсibiliзатциясы. Жұлын сұйықтығының көбірек мөлшерде бөліп шығуы.
- Серозды менингит. Жұмсақ ми қабатының серозды фиброзды қабынуы, бірен саран туберкулезді гранулемаларымен.
- Базилярлы менингит. Көп туберкулезді гранулемалар, қосылуға бейімді, ми затының негізгі ми бас нерв қабынуы.

• **Клиникасы**

- Жасырын кезең біртіндеп басталады. Тұрақсыз субфебрильді температура, жиі бас ауру, құсу байқалады. Улану белгілері біртіндеп күшейеді. Баланың тәбеті едәуір төмендейді. Патологиялық ұйқышылдық симптомы пайда болады. Ол күндіз бала ұйқышыл, ойнаудан, сабақтан бас тартады. Түнімен мазасызданып жылайды. Ай сонында дене температурасы жоғарылайды, басы ауырып, құсуы жиілейді. Баланың дене қызуы 39-40 С, толқын тәрізді. Бала басын шалқайтып, басын жан-жаққа шайқап жылайды. Құсуы жиі фонтан тәрізді, тамақпен байланыссыз. Менингиалды симптомдар – оң. Денесінде Туссо дақтары пайда болады. Есінің бұзылуы одан әрі өршейді.



- **Клиникалық белгілері.** Әдетте, туберкулезді менингит біртіндеп дамиды. Науқастарда әлсіреу, нашар күй, тітіркенгіштік, жарықтан қорқу, ұйқының бұзылуы, үлкен дәреттің болмауы мазалайды. Дене қызуы осы кезде субфабрилді болады. Кейіннен науқастарда-дене қызуы 38-39°C-ге дейін көтеріледі, бас ауруы күшейеді, оған құсу қосылады, бірте-бірте менингиалды белгілер дамиды. Егер ангибактериалды ем қолданылмаса, науқастарда адинамин байқалады, қоршаған ортаға немқұрайлы қарайды, есі қарауі Екітұп, әрі қарай сонорозды жасадай дамып, ол комаға (греюше кома - терең ұйқы) ауысады, одан соң науқас шамамен 20-21 күн өткеннен кейін қайтыс болады.

- **Бірінші симптом** – ступор. Науқас есінде, бірақ берген жауапты кешіктіріп, жәй береді. Осыларға қосымша бас-ми нервтерінің зақымдануы болады. Ең жиі VII, бет нерві, VI жұп нерві зақымдалады.
- III жұп нервісінің зақымдануының белгілері:
- Көздің қимылдануы, қарашықтың кеңейуі, екі еселеніп көрінуі, Нистагм акромигалияның бұзылуы.
- VI жұп нервісінің зақымдану белгілері:
- Қитарлық.

- VII жұп нервісінің зақымдану белгілері:
- Беттің ассиметриясы. Зақымдалған көз қабығының ауыз ұшының салбырап кетуі. Мұрын ерін үшбұрышының тегістелуі.
- **Екіншілік кезеңі** – сопор. Бала есінде бірақ дұрыс жауабын бере алмайды. Ауры есінен танып құрысу-тырысулар байқалады. Науқастың көру есту қабылеті нашарлай бастайды.

• **Менингоэнцефолит**

- Бала жүдеген. Есінің бұзылуы. Үшінші кезкңінде кома. Ессіз, көзден айрылған, дене қызуы 39-40 С, жиі құсу. Сонымен науқастын ерекше жатысы болады «Үргениттің жатысы».

• **Туберкулезді менингиттің асқынуы**

- — Гидроцефолия;
- — Архноидит;
- — Ми туберкулемасы;
- — Эпилепсия;
- — Интеллектің төмендеуі
- — Салдану;
- — Көзден айрылу;
- — Керендік;
- — Эндокриндік ағзалар: қансыз диабет, ергежейлілік.

- **Дифференциалды-диагностикалаудың қиыншылықтары**

- Дифференциалды-диагностикалық қиыншылықтар мидың туберкулезді анықтау кезінде болады (әсіресе балалық шақтың өзіне тән), көбінесе өкпенің гематогендік-диссеминарленген туберкулезында. Митуберкулезі кезінде неврологиялық көрсеткіштер аз сиппаталады: менингеальды синдром айқын емес көрініс табуы мүмкін және мидың жұмсақ қабығының контрактты тітіркенуімен байланысты, бірақ кейде болмауы мүмкін; кейде бас миының жүйкесінің зақымдануы байланысты эпилептикалық ұстамалар орын табады; басқа жағайларда мидың аумақтық заттық зақымдануы мида жаңа түзілімдерге күдіе тудырады; жұлынмилық сұйықтықтар әлсіз көрсетілуі қант дегейінің төмендеуі байқалады.

- Сирек алайда соңғы уақыттарда жиірек кездесетін шектелген туберкулезді менингит (туберкулезді арахноидит). Анатомиялық бұл формалар фиброзды инволюция фазасындағы шектеулі төмпешік процессін құрайды. Олардың клиникалық көрсеткіштері полиморфты; ісік түрінде немесе қан қысымының көтеруі белгілерінсіз немесе менингиялдық синдром бас ауруы ұстамасы түріндегі джексондық эпилепсия түрінде болады. Жоғарыда аталған клиникалық сиптоматикаға байланысты осы формалардың диагностикасының сүйеу болатын мекендері: а) туберкулездік жалпылануы фонындағы дамуы; б) жұлынми сұйықтығының қалыпты құрамы; в) туберкулезге қарсы спецификалық терапияның нәтижелігі.

- **Менингизм**

- Туберкулезге шалдыққан науқастар созылмалы синусид немесе отиттің асқынуы менингитке ұқсас синдром білдіруі мүмкін. Туберкулезді менингитке күдіктенуді лорингалогиялық зерттеулер мен жұлын сұйықтығының анықтау арқылы аурудың клиникалық көрінісін береді. Жүкті әйелдердің токсикозы немесе керісінше туберкулезді менингитті жиі шатастыруы мүмкін. Бұл кезде тек қана жұлын сұйықтығын зерттеу арқылы ғана дұрыс диагноз қоюға қол жеткізеді. Өкпенің фибриозды-кавернозды туберкулезімен ауруларының асқыну кезіндегі уремиялық ұстама немесе диабетикалық комаға түсуімен де туберкулезді менингитті шатастыру мүмкін. Бұл жолы да жұлын сұйықтығын зерттеу арқылы диагностикалық көрініске қол жеткізуге болады.

- Абсцедирующей пневмония және бронхоэктатикалық, орталық жүйке жүйесінің қабынуымен ауыратын науқастарды белгілі бір мезгіл аралығында туберкулезге қарсы стационарларға жатқызу заңды шешім болып табылады. Әсте бұл науқастар аурудың соңғы кезеңінде, жалпы жағдайының өте ауыр, шатасқан неврологиялық белгілер көрініс кезінде қаралуына байланысты дифференциальдық диагностиканы анықтау үшін қосымша факторлардың көмегі зор.
- Субарахноидалды қан құйылуы кезі мен менингеалды синдромның ұқсастығына байланысты дифференциальды диагностикалау кейбір қиыншылықтар тудырады. Бұл кезде басқа көрсеткіштерге қосымша кан аралас жұлын сұйықтығын болуы, науқастын жағдайының тез арада жақсаруы байланысты дұрыс диагноз құю мүмкіндігі туады.

• **Бас миының абсцесі**

- Аурудың ұзаққа созылуы 75%-да 2 аптаны құрайды. Клиникалық көрінісі инфекциялық жұқпалы ауру емес басішілік қысымның көтерілуі. Қалыптасу симптомдарымен көрсетіледі. Көрінісі жиі спецификалық емес, және де көптеген жағдайларға байланысты болады (мысалы, бактерияның вериленттілігі, иммунитет жағдайы, абсцесс немесе абсцесстердің негізгі аймағы, ми қарыншасындағы абсцесстің жарылуы немесе менингиттің дамуы). Тек кейбір жағдайларда классикалық триада көрініс береді: қалтырау, бас ауыруы және аймақтық неврологиялық бұзылыстар. Ең жиі кездесетін симптом – бас ауыруы (70% жағдайында кездеседі). Қалтырау жалпы алғанда аурудың жартысында кездеседі; алайда балаларда 80%-дан астам жағдайларда болады. Аймақтық неврологиялық бұзылыстар бір бөлігінде кездеседі. Абсцесстің белгілі бір аймағында және санына байланысты гемиплигия, гемионопсия, бассүйек нервтерінің зақымдану симптомдары және басқа да бұзылыстар.

- Мишықтық абсцесс жиі нестатм, атаксия, құсу және дисметриядан көрініс табады. Маңдайлық бөлік абсцессі, бастың ауруы, ұйқышылдық, назар аудару қабілетінің бұзылуы және интеллектуалдық функциялардың бұзылыстарымен сиппаталады. Кейде сөйлеу қабілетінің бұзылуымен қатар келетін гемипарездік дамуы болады. Эпилептикалық ұстамалар 25-45% кездеседі. Жүрек айну және құсу басішілік қысымның жоғарылауы кезінде пайда болады. Есінің бұзылуы (ұйқылдық пен комаға дейін) аурулардың бәрінде дерлік кездеседі.

- Соңғы кездері аурулар стационарға комада аз түседі. Оны қазіргі кездегі тексеру методтарының (мысалы КТ) қол жетімділігімен түсіндіруге болады. Көру нервісінің дискісінің ісік жиілігі әртүрлі және абсцесстің үлкенділігіне байланысты емес. Көбінесе, жүрек айну және құсумен қатар келеді. Шүйде бұлшықеттерінің региттілігі аурулардың 25%-да кездеседі, көбінесе аурудың басында. Бұл жағдайларда кейде бактериалдық менингитті қате диагностикалаиды. Түрік седлосының абсцесін кей жағдайларда көріністерінің ұқсастығынан гипофиз ісігімен шатартырады (бас ауруы, көру аймағының бұзылуы)

- Бас миының абсцессінің клиникалық көрінісі спецификалық емес, ал қалтыраудың кейде болмауына байланысты дифференциалдық диагноз келесі аурулар арқылы жүргізіледі: іріңді менингит, субдуральді эмпиема, эпидуральді абсцесс, энцефалит, септикалық аневризма, асқынған мигрень, басішілік қан құйылуы, субарахноидальді қан құйылуы, ишемиялық инсульт, мидың қатты қабығының синустар тромбозы, біріншілік немесе метастатикалық ісіктер ЦНС және жиі емес шашыраңқы склероз.

- **Жалпы қан анализі және зәр анализі аз ақпараттық.**
- Соған жақын лейкоцитоз болуы мүмкін, бірақ жағдайлардың 40%-да ол кездеспейді. СОЭ жиі көтеріледі, алайда жүректің туабіткен цианотикалық кемістігінде қалыпты шектерінде қалады. С-реактивті белоктары деңгейі бойынша абсцесстерді және бас миының ісіктерін ажырату қадамдары жасалды, алайда олар да табысты болмады. Қанның бактериалогиялық зерттеулері қоздырушыны 10% жағдайында анықтауды мүмкін етеді.

- ***СМЖ өзгерістері спецификалық емес.***
- Бас миының абсцессіне күдіктені кезінде люмбальдік пункция қарсы көрсетілген, өйткені бұл зерттеудің диагностикалық бағалығы үлкен емес, ал басылып қалу қауіпі 20%-ға дейін жетеді. Осыған орай, қалтырау мен қатар аймақтық неврологиялық бұзылыстармен люмбальді пункция диагнозды анықтауға дейін қалдырылады.

- Егер бас миының абсцессін іріңді менингиттен ажырату клиникалық көріністе мүмкін болмаса, ал соңғысының болу мүмкіндігі үлкен болмаса, онда КТ немесе МРТ нәтижелерін күтпей-ақ қан тексеруін бактериологиялық зерттеуге алады және парентеральді түрде антибиотик тағайындайды. Бассүйегінің рентгенографиясы ЭЭГ, ангиография, рентгеноконтрасты вентрикулография және бас миының ^{99m}Tc сцинтиграфиясымен өзгерістерді аңқтай алғанымен де бас миының абсцессіне күдіктені кезінде орынсыз. Бас миының сцинтиграфиясы тек КТ және МРТ-ның қол жетімсіздігінде ғана өткізеді.

- *КТ және МРТ бас миы абсцессінің диагностикалау және емдеу тактикасын жеңілдетті. КТ кезінде ба миынан бөлек ортаңғы құлақ және емізік тәрізді өсімдер және де еуде клеткалық рентгенографиясы өткізіледі. Бас миының абсцессінің КТ арқылы диагностикалау 95%-дан асады. Одан бөлек КТ бас миының ісінуін анықтауға гидроцефалияны диагностикалауға, бас миының ортаңғы құрылымдарының ауысуын, абсцесстің белгілі бір аймағын нақты анықтауға мүмкіндік береді*

- *Өкінішке орай, КТ-дағы өзгерістер спецификалық емес. Ұқсас көріністер ісіктер және бас миының гранулемасы, ишимиялық инсульт және бас миының қалыптасып жатқан гемотомасы кезінде байқалады. Дәлірек диагностика үшін КТ-дан бөлек лейкоциттермен бас миының сцинтиграфиясын өткізеді. Алайда бұл зерттеу бас миының абсцессін бөлшектелген ісіктен ажыратуға мүмкіндік бермейді.*

- Сцинтиграфиялық алдамшы теріс нәтижелері глюкокортикоидтар қабылдаумен байланысты болуы мүмкін. 201Тl мен бірфондандық эмиссиондық термография басішілік көлемді құрылымдарды дифференциялауды мүмкін етеді. Оның көмегімен ЖИТС ауруларымен ауыратындарда ЦНС лимфомасын токсоплазмасын энцефалитін ажыратуға болады. Алайда, ми абсцессінің диагностикасында бұл зерттеудің мағынасы әлі зерттелмеген.
- Бас миы абсцессінің диагностикасында МРТ-ның нәтижелігі туралы көптеген көрсеткіштер жиналды.

<i>Көрсеткіш</i>	<i>Қалыпты</i>
<i>Салыстырмалы тығыздығы</i>	<i>1003 – 1008</i>
<i>Қысым</i>	<i>200 – 250 мм су бағанасы бойынша (жатқан кезде) 300 – 400 мм су бағанасы бойынша (отырған кезде)</i>
<i>Түсі</i>	<i>түссіз</i>
<i>1 мкл сұйықтықтағы цитоз</i>	<i>Вентрикулярлы – 0 – 1 Цистернальды – 0 – 1 Люмбальды – 0 – 3</i>
<i>pH</i>	<i>7.35 – 7.8</i>
<i>Жалпы белок</i>	<i>0,22 – 0,33 г/л 150 – 300 мг/л</i>
<i>Альбумин</i>	<i>100 – 300 мг/л</i>
<i>Аммоний</i>	<i>4,0 – 26,0 мкмоль/л</i>
<i>Глюкоза</i>	<i>2,50 – 3,89 ммоль/л</i>

Менингиттің жалпы симптомдары

- **Жалпы милық симптомдар:** бас ауыруы, құсу, тері мен сезім мүшелеріндегі гиперестезия, «көрпе» симптомы, омыртқа бойы мен Керер нүктелерінің ауырсынуы, шүйде бұлшық еттерінің құрысуы, «тазы ит кейпі» Керниг жоғарғы, ортаңғы және брудзинский симптомдары, балаларда Лессаж симптомы мен еңбектің кернеуі
- **Менингеальдық ликворлық синдром:** сұйық қысымының жоғарылауы, плеоцитоз, белоктың көбеюі, түсінің өзгеруі
- **Дене қызуының көтерілуі**

Ми жұлын сұйықтығындағы өзгерістер

- Қысымы көтеріледі, түссіз, мөлдір немесе аздап лай тәріздес болады
- Аздаған кеантохромның түсі де білінуі мүмкін, лимфоцитарлық клеткалар бірнеше жүзге дейін көбейеді (1 мм^3 - де 300 – 600), белок мөлшері 1 – 1,5 % - ға дейін өседі, қанттың мөлшері 40 м % - дан төмен, 12 – 24 сағат салқын қараңғы бөлмеде сақталған сұйықта нәзік фибринді қабыршақ пайда болады. Бактериоскопиялық зерттеу нәтижесінде сырқаттардың 40 – 60 % - ның ликворында Кох таяқшасы кездеседі

Туберкулездік менингиттің емі

- Міндетті түрде фтивазид немесе тубазид және ПАСК-мен стрептомицинді үйлестіре қолдану арқылы жүзеге асады. Стрептомициннің тәуліктік мөлшері 1,0 г тәулігіне бір рет бұлшық етке жіберу аса тиімді. Туберкулездік менингитті емдеуде изоникотин қышқылының гидрозид тобындағы (ИҚГТ) дәрмектердің маңызы зор күніне 3 рет 0,5 г фтивазид немесе күніне 3 рет 0,2 г тубазид. ПАСК – уыты аз зат, 3,0 г мөлшерінде күніне 3 – 4 рет тағайындайды. Оның негізгі мақсаты микробактериялардың тубазид пен стрептомицинге төзімділігінің алдын алу. Стрептомицинді 2 – 4 ай бойы, сирегірек 6 айға дейін қолдануға болады. Емдік нәтижені аурудың клиникалық көрінісі мен ми – жұлын сұйығы арқылы бақылау керек.