

С.Ж. Асфендияров атындағы Қазақ Ұлттық Медицина университеті

Кафедра: Жүйке аурулары

Екіншілік нейроинфекциялар

Орындаған: Кенжебек А

Курс: 5

Тобы: ЖМ 12-035-01

Қабылдаған:

Алматы 2016

Жоспар

I Кіріспе

II Негізгі бөлім

1. Екіншілік нейроинфекциялар жайлы түсінік
2. Нейросифилис
3. Этиологиясы, патогенезі және клиникалық көріністері
4. Нейросифилистің түрлері, емі.
5. Нейробруцеллез этиологиясы, патогенезі.
6. Нейробруцеллез клиникалық көріністері, диагностикасы, емі.
7. Нейроревматизм этиологиясы, патогенезі.
8. Нейроревматизм клиникалық көріністері, диагностикасы, емі.
9. ВИЧ-инфекция этиологиясы, клиникасы
10. ВИЧ-инфекция диагностикасы, емі.

III Қорытынды

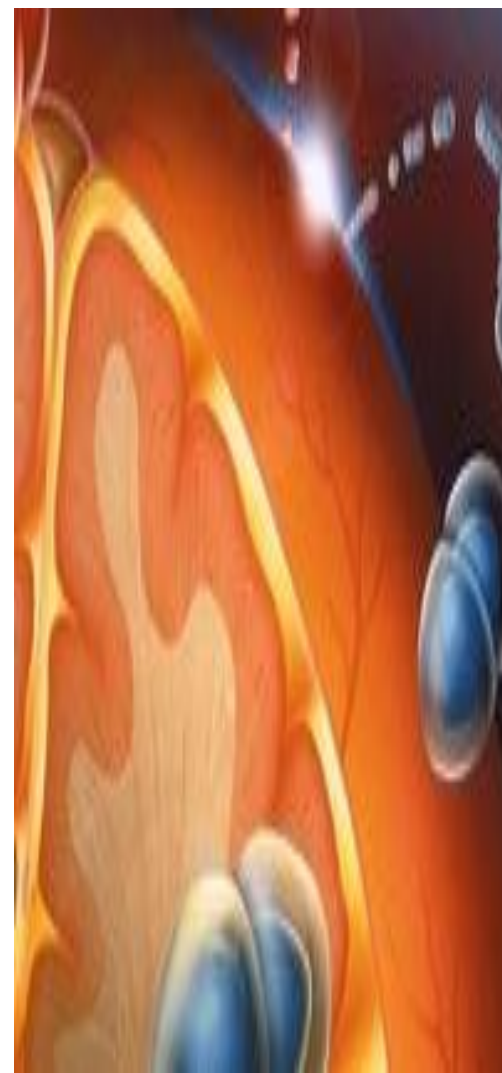
IV Қолданылған әдебиеттер

Кіріспе

Нейроинфекция — бұл нерв жүйесін зақымдайтын инфекциялық ауру. Оның негізгі қоздырғыштары вирус, бактерия, протей және саңырауқұлақтар болып табылады.

Нейроинфекциялар 2 түрлі :

- 1. Біріншілік нейроинфекциялар - микроорганизмдер ең алдымен нерв жүйесін зақымдайды. Олар көбінесе вирустық инфекциялар болып келеді*
- 2. Екіншілік нейроинфекциялар— микроорганизмдердің басқа инфекция ошағынан нерв жүйесіне өтуінен пайда болады. Бұл ауруға нейросифилис, нейроревматизм, ВИЧ-инфекция, нейробруцеллез жатады.*



Нейросифилис

Сифилиспен сырқаттанғандарда нерв жүйесінің зақымдануы 15-25%-ын құрайды. Сифилистен болатын қосымша неврологиялық асқынулар әлеуметтік-экономикалық жағдайларға, медициналық қызмет көрсету ерекшеліктеріне және халықтың мәдени деңгейіне байланысты. ДДҰ мәліметтері бойынша жылына бұл аурумен 20 млн адам ауырады екен.

Нейросифилистің алғашқы(мезодермалық) және кешеуілдеген (эктодермалық) көріністері ажыратылады.

Алғашқы мезодермалық асқынулар біріншілік (бас ауруы, радикулалгия, неврит) және жиірек екіншілік (менингит, миелит, менингорадикалуоневрит және менингомиелит, цереброжұлындық васкулит) кезеңдерінде, яғни инфекция жұққаннан бірнеше айдан 2-3 жылға дейінгі мерзімде дамиды.

Кешеуілдеген эктодермалық асқынулар (созылмалы менингит және менингомиелит, гумма, пахименингит, эндоартериит) сифилистің үшінші кезеңінде, яғни ауру басталғаннан 3-6 жыл кейін өрбиді.

Алғашқы симптомдарға 10-15 жыл өткенге дейін созылатын сифилистің эктодермалық көріністері – жұлын семуі, үдемелі салдану, амиотрофиялық жұлындық сифилис және Эрба сіреспелі салдануы жатады.

Этиологиясы және патогенезі.

Нерв жүйесінің зақымдануы бозғылт спирохетаның қанға, ми-жұлын сұйықтығына және ми ұлпасына енуіне байланысты. Неврологиялық көріністердің дамуына арнаулы емнің жеткілікті жүргізілмеуі, қатты шаршау, жарақаттану, алкогольизм, авитаминоз, т.б. факторлар ықпалын тигізеді.



Нерв жүйесінің сифилистік зақымдануының түрлері

I. Сифилистің мезодермалық түрлері.

1. *Жасырын (симптомсыз) сифилистік менингит* тор қабық асты кеңістігіне бозғылт спирохетаның енуімен ми қабықтарында, нерв түбіршектерінде, нервтерде қабыну реакциясының дамуымен сипатталады. Клиникалық көріністері аздап бас ауыруы, бас айналу, кейде лоқсу, жалпы гиперестезия, нерв түбіршектерінің ауырсынуы байқалады. Диагнозды ликворда тұрақты лимфоцитарлық плеоцитоз, белоктың көбейуі дәлелдейді. Бұл өзгерістер дұрыс ем қабылдаған жағдайда білінбей кетуі мүмкін.
2. *Шұғыл сифилистік менингит*. Науқастарда кенет бас ауыруы, бас айналу, лоқсу, кейде құсу, көз қарығу пайда болады. Дене қызуы субфебрильді немесе 38-39°-қа дейін көтеріледі, менингеалдық симптомдар, кейде бас сүйек-ми нервтері зақымдануы пайда болады. Ми-жұлын сұйығы түссіз, жоғары қысыммен ағады және белок мөлшері көбейеді (0,6-1,2). Ауру әдетте жеңіл түрде өтеді. Арнайы ем әсерінен аурулардың жағдайы тез жақсарады.
3. *Созылмалы сифилистік менингит*. Ауру созылыңқы басталады, жалпы милық пен менингеалдық симптомдар айқын білінбегендіктен, аурудың басталғаны, бірнеше апта бойы байқалмайды. Патологиялық үрдіс ми табанындағы бас сүйек-ми нервтерін қамтиды – көз қозғалтқыш (қылилану, птоз, анизокория), бет (лагофталм, мұрын-ерін әжімінің тегістелуі), есту (неврит), көру (нерв үрпісінің іркілуі, скотома, атрофия), үшкіл нервтерде өзгерістер (невралгиялық ауырсыну, бетте сезімділіктің бұзылуы) байқалады. Кейде көз қарашығы сфинктерінің сыртқы және ішкі еттерінің оқшауланған салдануы немесе парезі білінеді.

4. *Сифилистік менингомиелит*. Ауру түбіршек ауырсынуы мен арқа, құрсақ және парестезия пайда болуынан басталады. Оларға біртіндеп жұлынның зақымдану симптомдары қосылады. Кейбір ауруларда жұлын зақымдануы, басқаларында менингеалдық және түбірлік синдромдар басым білінеді. Ми-жұлын сұйығындағы өзгерістердің сифилистік менингиттен айырмашылығы жоқ.

5. *Сифилистік невриттер* көптеген жағдайларда радикуломенингеалдық синдроммен байланысты. Қатты ауырсыну, әсіресе түн ортасында, иық өрімінің зақымдануы жиі кездеседі. Полиневрит көріністері де белгі беруі мүмкін.

6. *Сифилистік эндоартериит* адвентиция мен ми қабықтарында, қан тамырларының ішкі астарлы қабатында білінетін қабыну-өнімдік өзгерістермен сипатталады. Ортаңғы ми артериясы бітелгенде гемиплегия немесе гемипарез, ал негізгі артерия бітелгенде альтернирленген салдану, көру, есту және бульбарлық бұзылымдар пайда болады. Қан тамырларының толық бітелуі бас ауыру, бас айналу, өтпелі парездер мен парестезиялар байқалады. Ұсақ қан тамырларының жайылған сифилистік эндоартерииті бас ауыруымен, есте сақтау және интеллект бұзылуымен, өткінші ми қан ағысы бұзылуымен білінеді.

Алғашқы кезеңде астения симптомдары (шаршағыштық, ашуланғыштық, бас ауыру) басым болады. Аурудың дамуы кезінде ақылдан алжасуға дейінгі психикалық өзгерістер үдей түседі.

7. *Ми мен жұлын гуммасы* бірнеше күн, апта бойы созылық өрбиді. Ошақтық симптомдар патологиялық үрдістің орталық нерв жүйесі құрылымдарына орнығуына байланысты. Көз түбінде іркілістік құбылыстар жиі байқалады. Мөлдір ми-жұлын сұйығы жоғары қысыммен ағады, онда белок мөлшері көбейіп, аздаған лимфоцитарлық плеоцитоз білінеді.

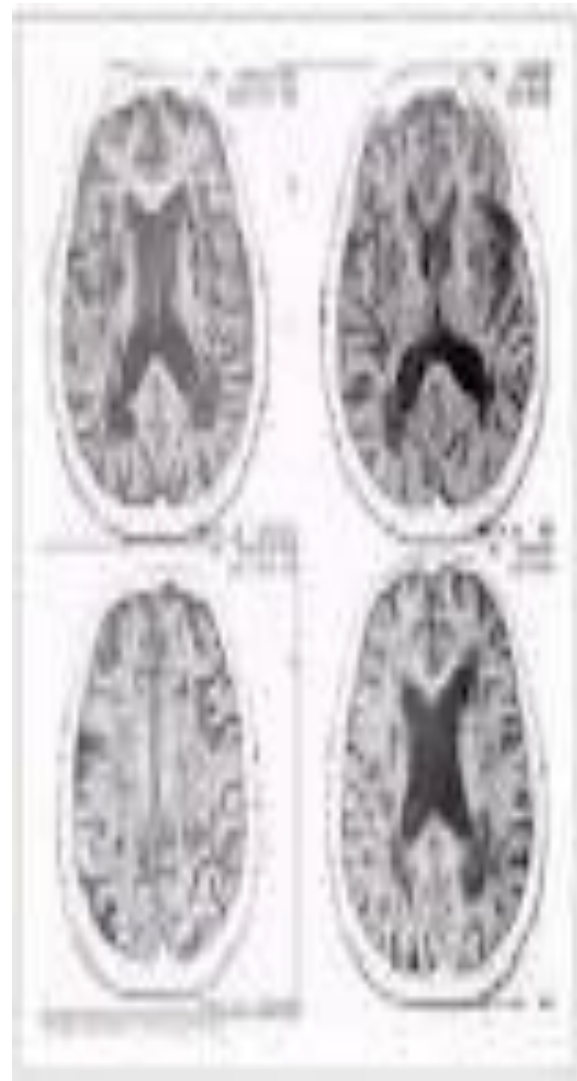
II. Сифилистің эктодермалық түрі.

1. *Жұлын семуі.* Аса айқын өзгерістер жұлынның артқы түбіршектері мен артқы бағандарында көрініс береді. Дегенеративтік-қабыну өзгерістері нерв жүйесінің басқа да бөліктерінде (жұлын, ми бағаны, қыртыс асты түйіндері, ми қыртысы, бас сүйек-ми нервтерінің қабықшалары мен түбіршектері) пайда болады. Көру, көз қозғайтын, әкеткіш және есту нервтері жиі зардап шегеді. Клиникалық ағымы 3 кезеңге бөлінеді. 1) *невралгиялық.* 2) *атаксиялық.* 3) *салдану.*
2. *Амиотрофикалық жұлындық сифилис* жұлынның алдыңғы мүйіздері зақымдануы салдарынан баяу үдейтін бұлшық еттер атрофиясымен білінеді. Алғашқыда қолдың төменгі бөліктерінің, кейінірек жоғарғы бөліктерінің, арқа мен кеуденің бұлшық еттері зардап шегеді. Бұлшық еттер семуіне олардың фибриллярлық жыбырлауы мен азғындалуы қабаттасады.
3. *Эрба сіреспелі салдануы* аяқтардың біртіндеп үдейтін сіреспелі парездерімен сипатталады. Кейінірек оларға жамбас қуысы ағзалары функциясының бұзылымдары және сезімділік, трофикалық бұзылымдар қосылады.

Нейросифилис емі

Комплекстік емдеу шараларына антибиотиктер (пенициллин, эритромицин), ауыр металдар (бийохинол, бисмеверол, пентабилмол) және иодты препараттар кіреді. Аса бағалы әдіс ретінде пенициллин мен бийохинолды ұзақ уақыт алма-кезек қолдану ұсынылады. Ем 6-10 курс жүргізіледі.

Иодты препараттар (иодты калий 3,6%, иодты натрий 10%), пирогенал, алоэ, витаминдер (В1, В6, РР) тағайындалады. Нейросифилистің кешеуілдеген түрімен ауыратындарға 1-2 күн аралығында пирогеналдың 250-500-100 минималдық пирогендік дозасын 10-12 рет бұлшық етке жіберіп байқауға болады. Емді әр 2-3 айда қайталаған жөн.



Нейробруцеллез

Бруцеллез – ретикуло-эндотелиялық жүйені айрықша зақымдайтын жалпы инфекциялы-аллергиялық ауру. Ол жүйке жүйесі мен тірек-қимыл аппаратын жиі қамтитын хронический түрінде өтеді.

Этиологиясы. Ауру қоздырушы – бруцеллер тобына жататын микробтар. Инфекцияны адамдар арасына жануарлар таратады. Олар сүт, нәжіс, зәр және іш тастау кезінде қынап шырышы арқылы микробтар бөліп шығарады. Адамдарға алиментарлық жолмен зақымданған тері арқылы жұғады.

Патогенезі. Адам организміне бруцеллер лимфа түйіндеріне жиналады, артынан қан арқылы әр түрлі тканьдер мен ағзаларға, оның ішінде орталық және шеткі нерв жүйесіне тарайды. Бруцеллер тор қабық асты кеңістігіне енгенде, ми қабықтарының, бас сүйек-ми және жұлын нервтерінің асептикалық қабынуы байқалады.

Клиникасы

Н.И. Рогоза мен А.С. Пенцик ұсынған жіктеме бойынша нейробруцеллездің 4 кезеңі бар:

1. ***Инкубациялық кезең немесе алғашқы латенттік бруцеллез.*** Бұл кезеңде вегетативті-тамырлық дисфункциямен үйлесетін астеноневротикалық бұзылымдар басым байқалады. Ол 15-тен 45 күнге созылады.
2. ***Шұғыл сепсистік немесе инфекциялық кең таралу фазасы*** ретикуло-эндотелиялық жүйе ағзаларындағы едәуір өзгерістермен (лимфатикалық түйіндердің, көк бауырдың және бауырдың үлкеюі), дене қызуының көтерілуі, терлеу, арықтау, т.б. симптомдар арқылы сипатталады. Оларға невриттер мен невралгия, айқын білінетін вегетативтік бұзылымды полиневриттер түрінде белгі беретін шеткі нерв жүйесі зақымдану симптомдары қосылады.
3. ***Ұзаққа созылатын, созылыңқы немесе созылмалы фаза.*** Бұл кезеңде нерв жүйесінің ошақтық зақымдану (менингит, менингомиелит, менингоэнцефалит, арахноидит, энцефаломиелит, субарахноидальдық және паренхиматоздық геморрагия) симптомдары пайда болады.
4. ***Екінші латенттік фаза немесе екіншілік созылмалы бруцеллез.*** Оған шашыранды ошақтық белгілер мен вазомоторлы-церебралдық бұзылымдар арқылы білінетін нерв жүйесі зақымдануының соңғы кұбылыстары тән.

I. Шеткі нерв жүйесінің зақымдануы.

- 1) Жекелеген қол-аяқ және бас сүйек-ми нервтерінің **невралгиялары мен невриттері.**
- 2) **Радикулоалгиялар**
- 3) **Радикулиттер**
- 4) **Полирадикулоневриттер, полирадикулиттер, полимиелиттер.**

II. Жұлын мен оның қабықтарының зақымдануы

- 1) Ауру басталғаннан бірнеше айдан 2-3 жыл өткенге дейін пайда болатын **менингомиелиттер.**
- 2) Жұлындық **арахноидиттер** жұлын ісігі дамуына ұқсайды.
- 3) Жұлын және оның қабықтары мен түбіршіктері біріге зақымданатын **менингомиелорадикулиттер.**

III. Ми мен оның қабықтарының зақымдануы.

- 1) **Менингиттер**
- 2) **Менингоэнцефалиттер**
- 3) **Энцефалиттер**
- 4) **Менингоэнцефаломиелиттер мен менингомиелорадикулоневриттер**

IV. Орталық нерв жүйесі қан тамырларының зақымдануы.

- 1) **Мидағы вазомоторлық бұзылыстар**
- 2) **Тор қабық асты кеңістігіне қан құйылу**
- 3) **Миға қан құйылу**
- 4) **Психоздар**

Нейробруцеллездің диагностикасы эпидемиологиялық анамнезіне, аурудың шұғыл кезеңінде жалпы инфекциялық симптомдардың, кейде орталық және шеткі нерв жүйесінің шашыранды зақымдану белгілері пайда болуына, қан мен ми жұлын сұйығын тексергенде алынатын мәліметтерге, Райт, Хеддльсон реакциялары мен теріге жіберілетін бюрне сынағының нақты айқындығына, сонымен қатар бактериологиялық тексеру нәтижелеріне негізделген.

Дифференциалдық диагностикасы малярия, туберкулез, туляремия т.б. аурулармен жүргізіледі.

Емдеу шаралары. *Поливаленттік бруцеллездік вакцина* 100-120 мл микробтық дене мөлшерінде әр екі күнде 1 реттері астына жіберіледі. Қанды қайталап құю, *аутогемотерапия* және *антибиотиктер* (күніне 4-6 рет 0,5 г левомоцитин, тамақтану алдында күніне 4-5 рет 0,25 г хлортетрациклин) қолданылады. *Антигистаминдік препараттар* (күніне 3 рет 0,25 г, супрастин), гормондар (преднизолон немесе кортизон) тағайындалады. Ликворлық гипертензия кезінде *дегидратациялық ем* қолданылады. Сонымен қатар, физиотерапиялық емдеу, күкірт сутегі ванналары, балық емі, емдік гимнастика т.б. тағайындалады.

Нейроревматизм

Нейроревматизм – кең таралымды ревматизм үрдісінің көріністерінің бірі. Мұнда буындар және жүрек зақымдануымен қатар, патологиялық үрдіс нерв жүйесін де қамтиды.

Этиологиясы мен патогенезі. Ревматизм инфекциялы-аллергиялық аурулар қатарына жатады. Негізгі этиологиялық фактор – А тобындағы антигемолитикалық стрептококк. Оның организмге енуі баспа немесе тонзиллит түрінде жиі байқалып, иммундық жүйенің бұзылуына ықпал жасайды. Нерв жүйесіндегі өзгерістер дәнекер тканьдік құрылымдардың тікелей зақымдауынан, сонымен бірге жүрек қызметі мен жалпы гемодинамикалық бұзылыстардан да болуы мүмкін.

Клиникасы. В.В. Михеев жіктемесі бойынша нейроревматизмнің 3 түрі бар:

- I. Ми қан тамырының зақымдануы.
- II. Ревматизмдік энцефалиттер мен менингоэнцефалиттер
- III. Невроз тәрізді синдром психикалық бұзылымдар

Диагностикасы. Науқастардың көпшілігінде солға жылжыған лейкоцитоз, сулема мен тимол сынақтарының көтерілуі, формолдық, С-реактивті белок, Такатта-Ара реакцияларының нақтылығы, әсіресе α_2 - глобулин фракциясының көбеюі арқылы білінетін ірі дисперсиялы белоктар мөлшерінің шамадан тыс артуы байқалады. Ревматизм үрдісінің белсенділігін стрептококктық антиденелер мен антистрептолизин (АСЛО), антистрептогиалуронидаза (АСГ) және антистрептокиназа (АСК) титрлерінің үдеуінен байқауға болады.

Нейроревматизм емі. Ревматизм мен оның неврологиялық көріністерін емдеуде антибиотиктер, аспирин күніне 2,0-3,0, кортикостероидтар күніне 0,03-тен 0,05-ке дейін бір ай бойы преднизолон арқылы жүргізілетін комплекстік терапия қолданылады. Аурудың созылмалы түрлері үздіксіз ұзақ (3-6-7 ай бойы) антибиотиктер, гормондар, анальгин, аскорбин қышқылы, витаминдер (Е,Р,В тобы), ал кейде иммунодепрессанттармен (циклофосфамид, докан, меркаптопурин) алмастыра емдеуді талап етеді.

ВИЧ-инфекциясы.

Этиологиясы. ВИЧ-инфекцияның – жүре пайда болатын иммунитет тапшылығы синдромының қоздырғышы ретровирустар тұқымдастығына жататын вирус. Вирус жыныстық қатынас арқылы, нашақорлар стерильденбеген шприцтерді пайдаланғанда және асептика ережелері сақталмайтын басқа да аурулардан, сонымен қатар вирус жұққан адамдар қанын немесе одан жасалатын препараттарды емдік шара ретінде қолданғанда таралады. Неврологиялық көріністер аурудың кез келген кезеңінде пайда болуы мүмкін. Шұғыл инфекция басталысымен неврологиялық белгілер байқалмайды, бірақ олар кейде аурудың алғашқы көрінісі болуы мүмкін. Олар: 1) есеңгіреумен, есте сақтау қабілеті төмендеуімен және афференттік бүліністермен көрінетін қайтымды энцефалопатия; 2) бас ауруы, шүйде бұлшық еттерінің құрысуы, көз қарығуы және артралгия, кейде папуломакулездік бөртпелер арқылы білінетін шұғыл асептикалық менингит; 3) жекелеген бас сүйек-ми нервтерінің, оның ішінде бет нервісі нейропатиясы, сонымен қатар шұғыл жоғары немесе көлденең миелит.

Диагностикасы. Серологиялық зерттеулер иммунды-ферменттік анализ арқылы антиденелерді анықтау. Сонымен қатар ми КТ-сы және МРТ жасалады.

Емдеу. Зидовудин 200 мг-нан тәуләгәне 6 рет немесе 4-8 сағ венаға 1,5 мг/кг жіберіледі. Қан өндіру кемігенде препараттың дозасын азайтамыз. Бұл препараттар науқастың салмағын қарай тағайындалады.

Қорытынды

Қорыта келе, *нейроинфекция* — бұл нерв жүйесін зақымдайтын инфекциялық ауру. Оның негізгі қоздырғыштары вирус, бактерия, протей және саңырауқұлақтар. Нейроинфекциялар 2 түрге бөлінеді:

1. Біріншілік нейроинфекциялар.
2. Екіншілік нейроинфекциялар.

Емі. Комплекстік ем жүргізіледі. Оларға антибиотиктер және иодты препараттар жатады.

Қолданылған әдебиеттер

1. С. Қайшыбаев – Неврология 2 кітап – Алматы 2003ж.
2. [www. google.ru](http://www.google.ru)