



НЕЙРОСИФИЛИС НЕЙРОБРУЦЕЛЛЕЗ

Тексерген: Нұржанова Р.Б.

Орындаған: Мухамедова А

Факультет: ЖМ

курс: 5

топ: 013-01



Нейроинфекция — бактериялар, вирустар, саңырауқұлақтармен және қарапайымдылармен шақырылатын, қоздырғыштың басым түрде орталық жүйке жүйесінде орналасуымен және олардың қандай да бір бөліктерінің зақымдану белгілерімен клиникалық көрініс беретін инфекциялық аурулардың жалпы атауы.

Біріншілік — жүйке жүйесінің бастапқыда зақымдалуы.
Екіншілік — инфекцияның жүйке жүйесіне бұрын бар қабыну ошағынан жұғуы.



Нейросифилис

– Нейросифилис орталық жүйке жүйесінің жұқпалы ауруы. Оның дамуы мерез қоздырғышын жүйке жүйесінің ену байланысты. Бұл асқыну аурудың кез келген сатысында пайда болуы мүмкін.



ЭТИОЛОГИЯ

Нейросифилис сифилис сияқты венерологиялық ауру түрінде дамыйды.

нейросифилистің барлық түрлері қан тамырлар мен нерв клеткалары және қабығы арқылы еніп дамыйды. *Treponema pallidum*.





- Бастапқа сатысында қан арқылы енеді : бірнеше сағаттан соң қанға отіп . Қан тамырдын эндотелиінде фиксирленіп , ол жерден капиллярлар арқылы периневриттік кеңістікке,нерв қабығына шығады.
- Лимфогенное проникновение является основным, но происходит позднее и медленнее, при этом из лимфатических узлов возбудитель попадает в периневральную зону периферических нервов и спинно-мозговые корешки, а оттуда в субдуральные и субарахноидальные пространства.

Клиникалық формалары

- *Ерте нейросифилис*, зақымдалғаннан соң бірінші 3-5 жылда байқалады. Менинго васкулярлы деп те аталады.
- *Кеш нейросифилис* біріншілік зақымданудан кейін 10-25 жылдан кейін дамыйды . Бул кезде бас жіне де жұлын ның паренхимасы зақымданады.

Нейросифилистің сатылары

Асимптомный нейросифилис

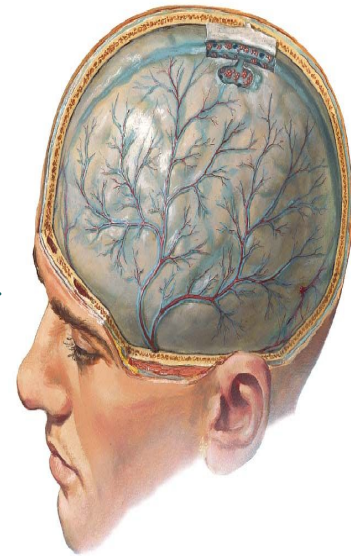
2. Менинговаскулярлы нейросифилис (поражаются оболочки и сосуды мозга)

- церебральді (менингоэнцефалит, бас ми инфаркт)
- спинальді (менингомиелит, инфаркт спинного мозга)

3. Паренхиматозндық нейросифилис (поражаются ткани головного или спинного мозга)

- прогрессивный паралич
- спинная сухотка
- атрофия зрительных нервов

4. Гуммозный нейросифилис (появление специфических образований - гумм)



1 сатысы

Клиникалық көрінісі көрінбеуі мүмкін немесе мына симптомдар болады:
астенией

- Бас ауруы,
 - Үстамалы бас айналуы,
 - Денесінің ар болігінде жағымсыз сезінулер (сенестопатиями),
 - Үйқы бұзылуы,
 - обнубиляциями (затуманиванием, оглушенностью или помрачением сознания, затруднением концентрации внимания и замедлением психических процессов),
- Жарыққыа реакциясы жігерсіз



Жиі менингеальді симптомдар кездеседі, патология бас-ми нерві (косоглазие, анизокория, симптомдары парезі және параличі лицеві және тройничного нервов), афазия, апраксия.



Жұлын сұйықтығы - оң серологиялық реакция, жасушалар санының күрт өсуі - жасушалар, polynuclears (шамамен 100 немесе одан жоғары) және ақуыз жоғарылауы мазмұны (0,4-0,5%).

2 сатысы

мидың жұмсақ қабығында Нейросифилис

- әдетте локализацияланған
- Бас ауруы
- белгілі бір орындарда бас сүйегінің сүйек қысымы кезінде ауыр сезімталды
- невралгия
- Сал. Джексонның құрысулар, сал, қатаң мойын б/е болуы мүмкін,
- симптом Кернига обычно отсутствует,
- Локализациялық процесте бас ми нерві зақымданады,





Симптом Брудзинского



При пассивном приведении головы к груди в положении пациента лежа на спине происходит непроизвольное сгибание ног в коленных и тазобедренных суставах



Симптом Кернинга

Невозможность пассивного разгибания ноги, предварительно согнутой под прямым углом в тазобедренном и коленном суставах



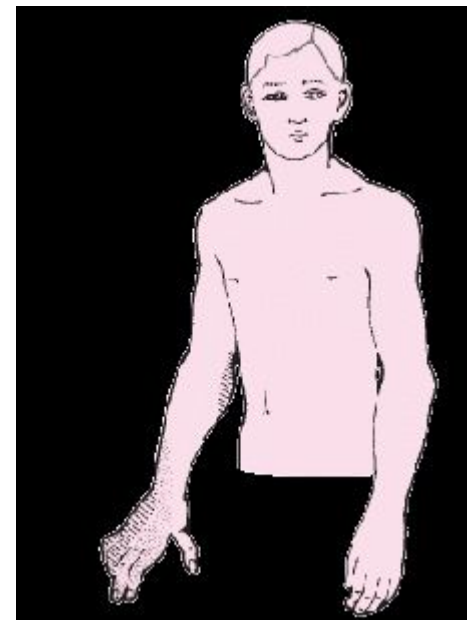
Жұлынның қатты қабығындағы Нейросифилис

- I сатысы — түіршектің тітіркенуі; иррадиациялаушы ауру шүйдеге, мойынға беріледі .
- II сатысы — сезімталдықтың төмендеуі Сонымен қатар, сезімтал бұзылыстардың таралуы ұшпа: көп көрінетін парез, сал және сол нервтердің иннервациясы, бұлшық атрофиясы; Клюмпке-Дежерина синдромы болуы
- III сатысы — жұлын невінің басылуы, спастикалық паралич, сезімталдықтың бұзылысы, трофикалық бұзылыстар



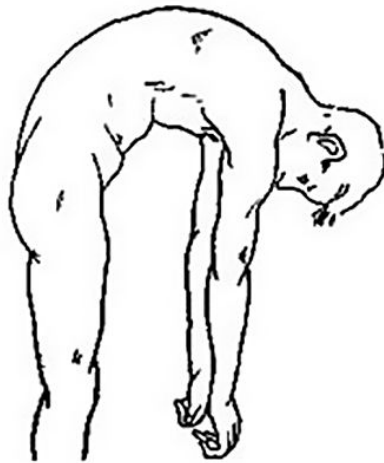


Синдром Ключмке-Дежерина



3 сатысы

*Сифилитикалық миелопатия (amyelotrophy) жұқтыру кейін 8-12 жылдан кейін дамиды. Науқастардың шамамен 30% нейросифилис жұлынның **құрғауы** бар науқастар болып, ерлер 4-7 есе жиі әйелдерге қарағанда заңдап шөгеді.*





Характерный феномен – *синдром Аргайла- Робертсона*: узкие неравномерные зрачки, не реагирующие на свет (не суживаются).



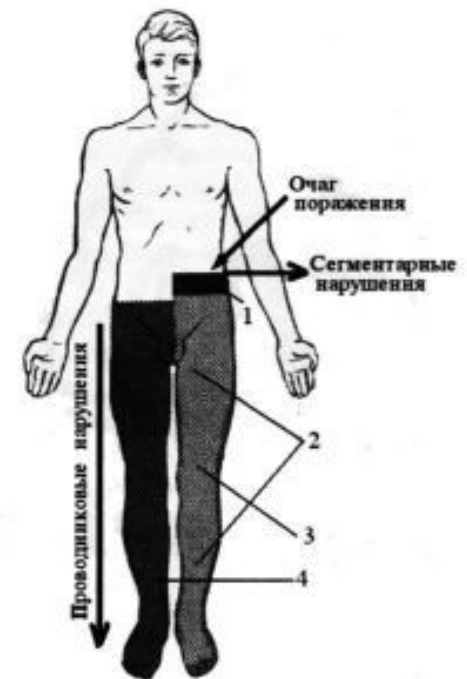
Figure. Argyll Robertson pupil.

4 сатысы

1) Бастапқыда жиі алсіз ауру сезімімен және гипералгезиямен көрінеді, Начальными проявлениями часто могут быть корешковые боли и гипералгезия, бұлшық спазмы көрсетілген.

2) жаймен парездер, амиотрофия, анестезия, дамыйды.

3) Жұлынның мембранасының біржақты gittas оқшаулау немесе ошағы мен қабілеті нашар ауыруы





Диагностикалық алгоритм

1. шағымдары,

2. Анамнез: сифилис, перенесенный в прошлом; любые варианты антибактериальной терапии (антибиотики, сульфаниламиды, препараты имидазола); результаты предыдущих серологических тестирований; другие, перенесенные в прошлом заболевания; диспансерное наблюдение у специалистов другого профиля; результаты специальных исследований и консультаций смежных специалистов, если они проводились.

3. Неврологиялық текреру.

4. Жұлындық пункция.

Компьютерная томография, магнитно-резонансная томография, магнитно-резонансная ангиография головного мозга при нейросифилисе хотя и не позволяют установить специфичность процесса, однако дают возможность определить его локализацию, размер и служат, главным образом, для исключения других заболеваний.

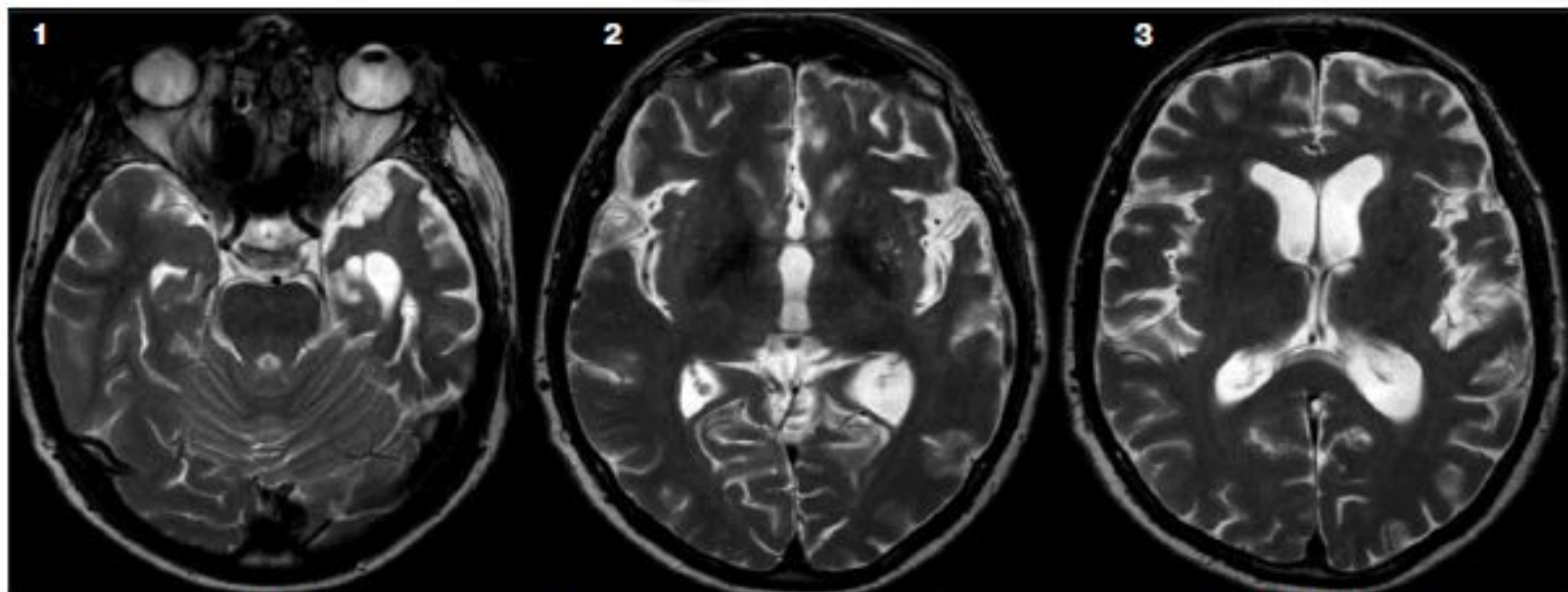


Рис. 1. МРТ больной С. 48 лет. Поздний нейросифилис: спинная сухотка с психическими нарушениями. T2-ВИ.

- 1 – видны гиперинтенсивные очаги в области правого гиппокампа, локальное расширение субарахноидального пространства в области полюса правой височной доли.
- 2 – значительное расширение 3-го желудочка и силвиевых щелей, широкие Вирхов-Робеновские пространства.
- 3 – расширение субарахноидальных щелей и боковых желудочков, перивентрикулярные и субкортикальные гиперинтенсивные очаги



емі

Ерте нейросифилис:

1. Пенициллин по 12 млн ЕД, в/в, капельно, 2 раза в день, 20 дней.
2. Пробенцид по 500 мг внутрь 4 раза в сутки в течение 10-14 дней.
3. Преднизолон 90-60-30 мг в сутки, 3 дня.

Кеш нейросифилис:

2 аналогичных курса с интервалом 2 недели.

Альтернативті емі: цефтриаксон по 2,0 в/м, 20 дней, или 2 курса по 20 дней.





- **Нейробруцеллез**
Бруцеллез - ретикуло-эндотелиялдық жүйені (РЭЖ) айрықша зақымдайтын жалпы инфекциялы-аллергиялық ауру. Ол жүйке жүйесі мен тірек-қимыл аппаратын жиі қамтитын хроничесепсис түрінде өтеді.



- **ЭТИОЛОГИЯСЫ**

Ауруды қоздырушы - бруцеллдер тобына жататын микробтар.

Инфекцияны адамдар арасына жануарлар таратады. Олар сүт, зэр, нәжіс және іш тастау кезінде қынап шырышы арқылы микробтар бөліп шығарады. Адамдарға алиментарлық жолмен зақымданған тері арқылы жұғады.




Клиникасы

1. Инкубациялық кезең немесе алғашқы латенттік (жасырын) бруцеллез.

Бұл кезеңде вегетативті-тамырлық дисфункциямен үйлесетін астеноневротикалық бұзылымдар басым байқалады. Ол 15-тен 45 күнге дейін созылады.

2. Шұғыл сепсистік немесе инфекциялық кең таралу фазасы ретикуло-эндотелиялық жүйе (РЭЖ) ағзаларындағы едәуір өзгерістермен (лимфатикалық түйіндердің, көк бауырдың және бауырдың үлкеюі), дене қызуының көтерілуі, ағыл-тегіл терлеу, арықтау, т.б. симптомдар арқылы сипатталады. Оларға неврит және невралгия (жиірек шонданай және есту нервтері), айқын білінетін вегетативтік бұзылымды полиневриттер түрінде белгі беретін шеткі нерв жүйесі зақымдану симптомдары қосылады.

- 
- Ұзаққа созылатын, созылыңқы немесе созылмалы фаза. Бұл кезеңде нерв жүйесінің ошақтық зақымдану (менингит, менингомиелит, менингоэнцефалит, арахноидит, энцефаломиелит, субарахноидальдық және паренхиматоздық геморрагия) симптомдары пайда болады. Патологиялық үрдіс бұл фазаға біртіндеп ауысады.

Екінші латенттік фаза немесе екіншілік созылмалы бруцеллез.

Оған жиірек шашыраңды ошақтық белгілер мен вазомоторлы-церебралдық бұзылымдар арқылы білінетін Ж нерв жүйесі зақымдануының соңғы құбылыстары тән.

Емі



- Емдеу үшін поливаленттік бруцеллездік вакцина 100-120 мл микробтық дене мөлшерінде әр екі күнде 1 рет тері астына жіберіледі. Емдеу дүркіні: 8—10 инъекция. Бұл дүркін екі айдан кейін қайталанады. 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.
-