

Дэріс №4

Менингиттер Энцефалиттер

Хайбуллин Т.Н.

Менингит –ми мен жұлын қабаттарын зақымдай отырып жүретін орталық жүйке жүйесінің инфекциялық – қабыну ауруы.

Менингиттердің жіктелуі

- жедел, жеделдеу, созылмалы
- Біріншілік және екіншілік
- Серозды және іріңді
- бактериалық, вирустық, протозойлы, саңырауқұлақтық.

Менингиттердің жіктелуі

	Іріңді	Серозды
Біріншілік	<ul style="list-style-type: none">- менингококкты	<ul style="list-style-type: none">- жедел хориолимфоцитарлы,- энтеровирусты- герпестік- паротитті- арбовирусты
Екіншілік	<ul style="list-style-type: none">- пневмококкты;- стафилококкты;- стрептококкты;- көк ірің таяқшалы ;- Гемофильді таяқшамен шақырылған- протей- Фриндлендер бацилласымен шақырылған;- Ішек таяқшасымен шақырылған.	<ul style="list-style-type: none">- туберкулездік- сифилистік- бруцеллездік- лептоспироздық- саңырауқұлақтық- парагрипптік- аденовирустық- паротитті

Менингиттердің синдромальды диагностикасы

1. жалпымилық симптомдар;
2. менингеальды синдром;
3. жұқпалы ауру синдромы;
4. қабынулық өзгерістер синдромы

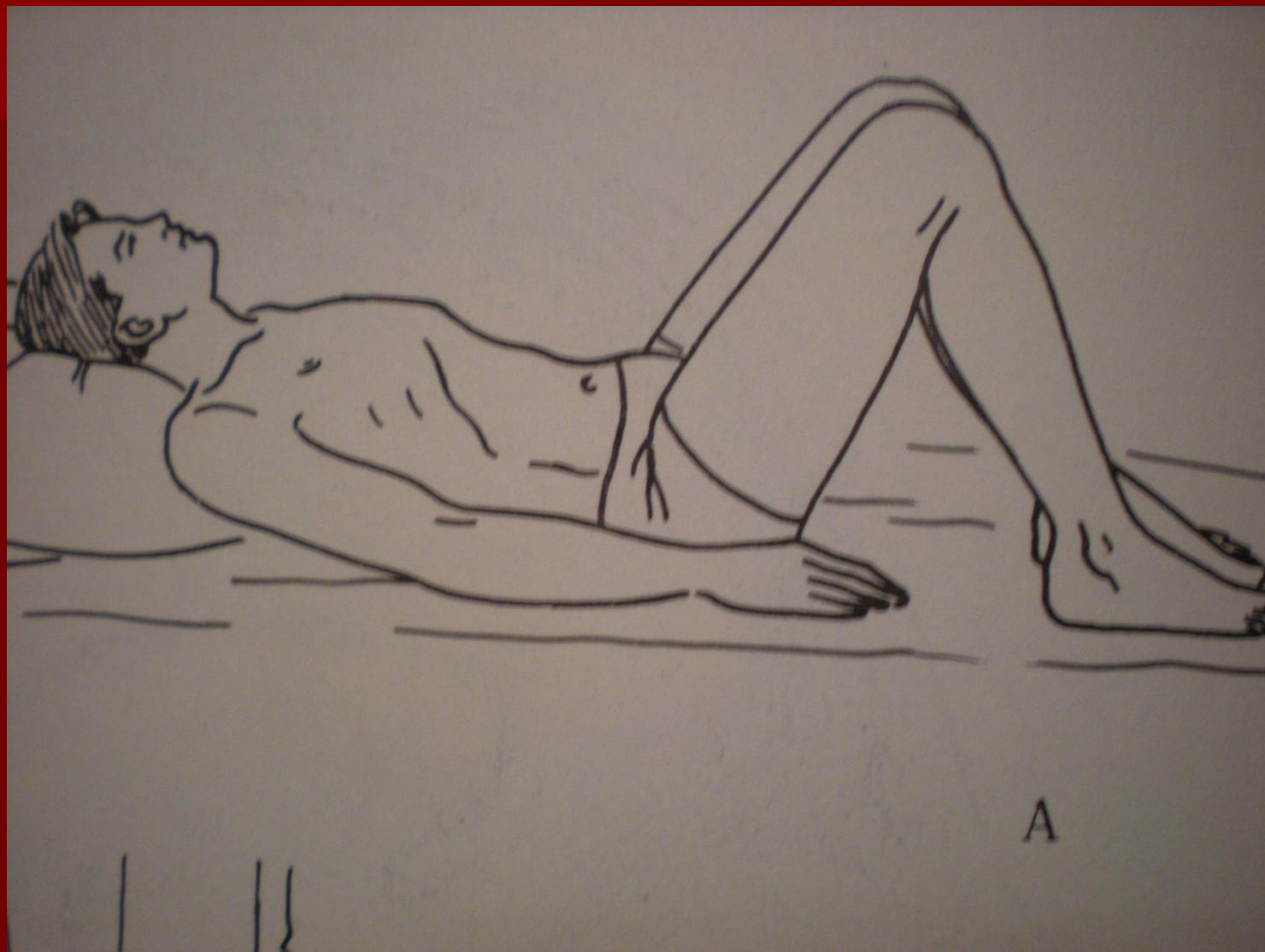
Жалпымилық симптоматика

- бас ауруы
- құсу
- эпилептикалық тырысулар
- психомоторлы қозу
- есеңгіреу, сопор, кома
- сандырақ, галлюцинациялар, дезориентация

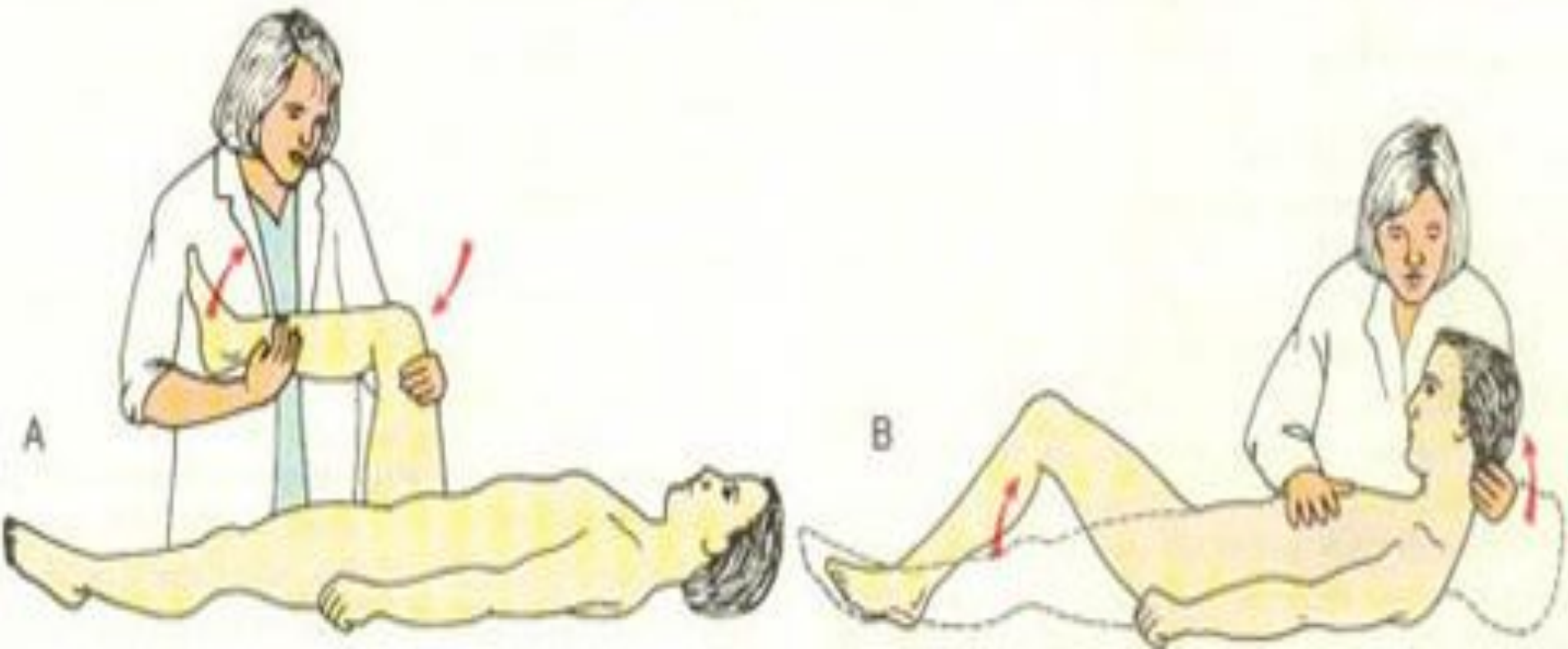
Менингеальды синдром

- жалпы гиперестезия
- «жамылғы симптомы»
- Керер симптомы
- желке бұлшықеттерінің ригидтілігі
- «бүк түскен ит» қалпы
- Керниг симптомы
- Брудзинский симптомы (жоғарғы, ортаңғы және төменгі)
- Лессаж симптомы

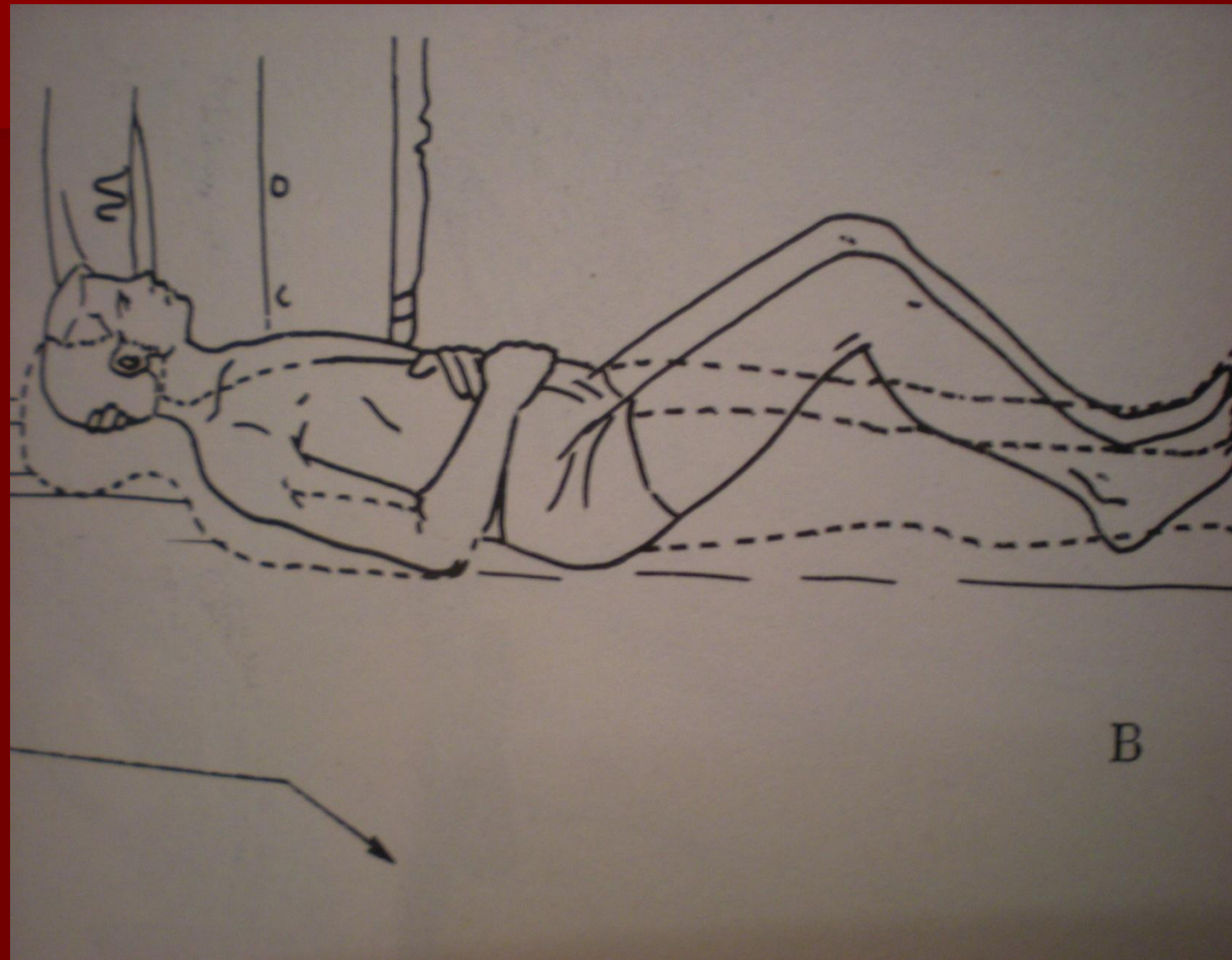
Менингитке шалдыққан науқастың қалпы



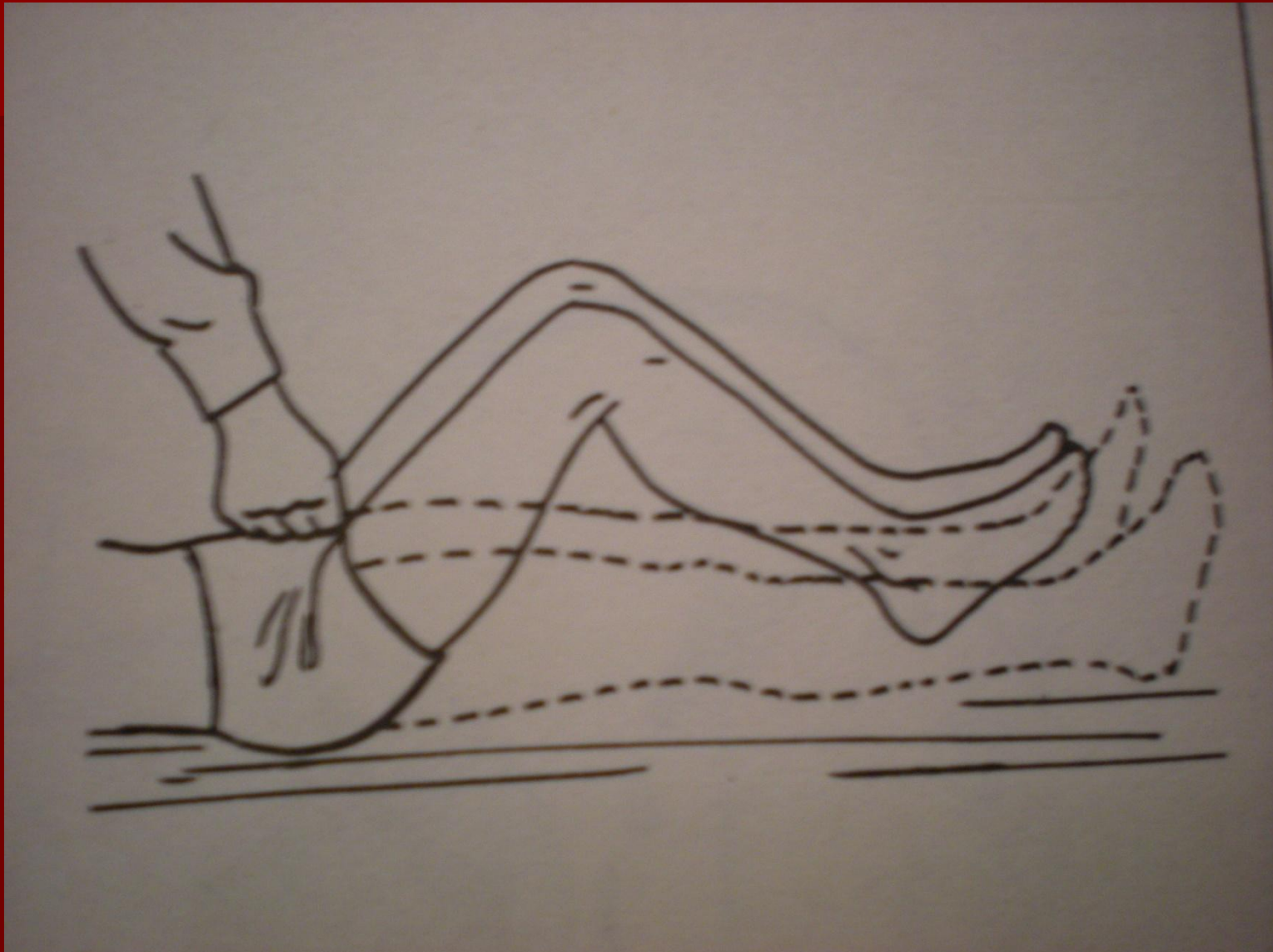
А сурет – Керниг симптомы В сурет – желке бұлшықеттерінің ригидтілігі



Брудзинский симптом (жоғарғы)



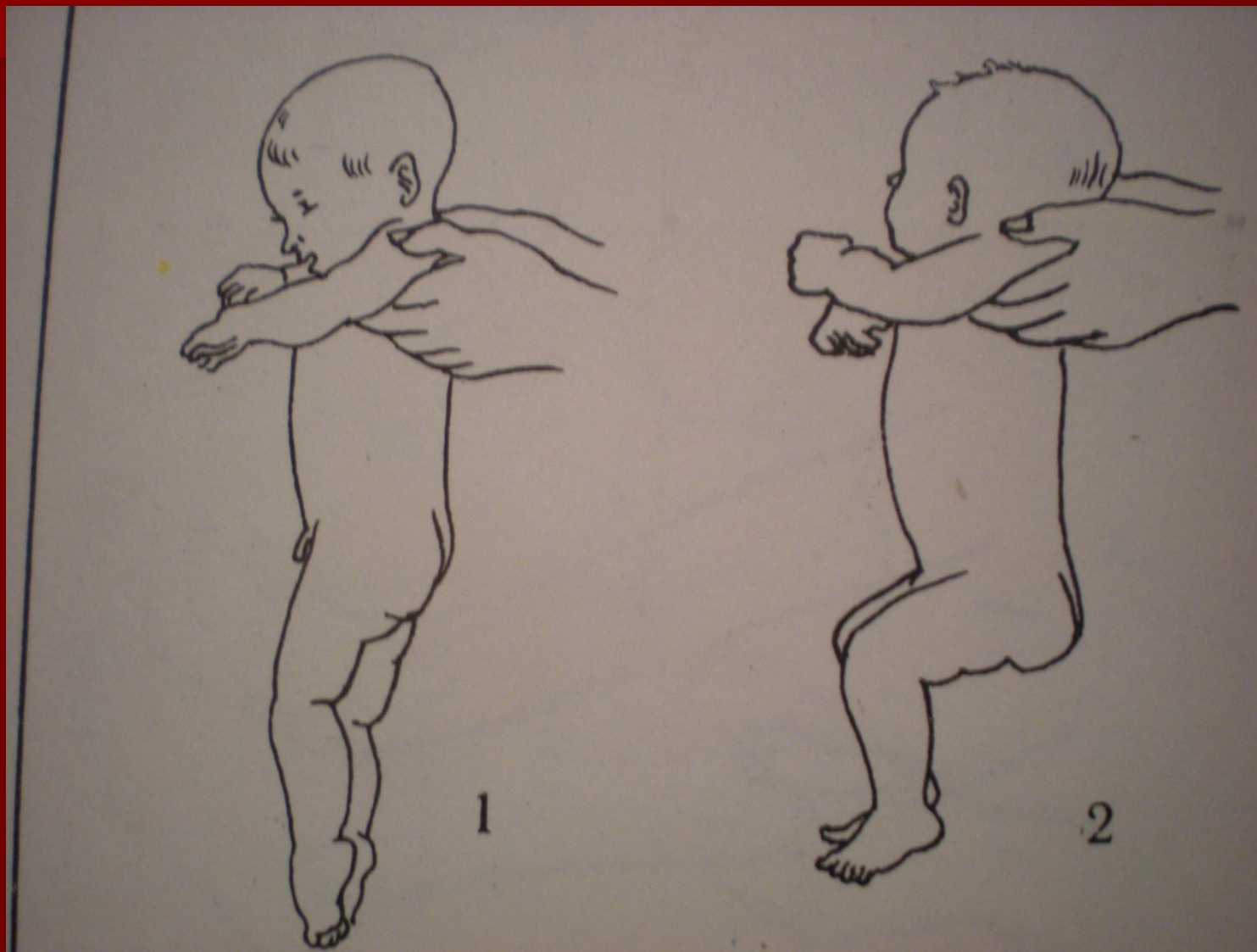
Брудзинский симптом (ортаңғы)



Брудзинский симптомы (төменгі)



Балалардағы Лессаж синдромы (1 – сау, 2 – науқас)



Қабынулық ауру синдромы

- Қалшылдау
- Ыстықтау сезімі
- Дене қызуының жоғарылауы
- Перифериялық қандағы қабынулық өзгерістер
- Катаральды өзгерістер: ларинготрахеит, конъюнктивит
- Лимфотүйіндерінің ұлғаюы
- Герпестік бөртпелер

Жұлын – ми сұйықтығының қалыпты көрсеткіштері

Түсі, мөлдірлігі	Түссіз, мөлдір
Жатқан қалыптағы қысымы	100- 200 мм су б.б
Цитоз	1 мкл 0-3-6 немесе $0-3-6 \cdot 10^6/л$
Клеткалық құрам	Лимфоциттер
Ақуыз мөлшері	0,10-0.45 г/л
Глюкоза мөлшері	2,1-3.9 ммоль/л (қанда 1/2)
Хлоридтер мөлшері	169.2-225.6 ммоль/л

Ликвордағы қабынулық өзгерістер

синдромы

- Ликворлық қысым, жатқан қалыпта > 200 мм су б.б
- Түсі мен мөлдірлігі: іріңді менингиттер – лайлы, сары- жасыл түсті, серозды менингиттер – түссіз, мөлдір.
- плеоцитоз: іріңді менингиттер – нейтрофилдер басым (1 мың.нан 10-20 мыңға дейін), серозды – лимфоциттер (1 мкл 100-1000 кл 1 мкл)
- Ақуыздың артуы: іріңді – 5-6 г/л, серозды – 0,66-1,1 г/л (қ.ж 0,15-0,45 г/л);
- глюкоза: іріңді және туберкулезді менингиттерде төмендейді $< 2,1$ ммоль/л

Менингококкты менингит (1)

- Цереброспинальды эпидемиялық менингит - менингококкты инфекцияның формасы
- Қалтыраумен жедел басталады, дене қызуының $38-40^{\circ}\text{C}$ жоғарылауы. Жалпы жағдайы кенет нашарлайды.
- Менингеальді симптомдар бірнеше сағаттан соң пайда болып, жылдам үдейді.
- Бет гиперемиясы, қозғалыс бұзылысы пайда болады.
- Ес бұзылысы мен қозғалыс бұзылысы жиі аурудың 2-ші-4-ші күндері пайда болады.

Менингококкты менингит (2)

- Қызба – дұрыс емес типте өтеді, ауыр жағдайларда терморегуляцияның терең бұзылыстары салдарынан ауыр гипертермия болуы мүмкін.
- 3-4 к.ні жиі жағдайда герпетикалық инфекция қосылады. \
- Қанда - лейкоцитоз 12000 - 30000 және одан да көп, полинуклеарлар есебінен; эозинофилдер болмайды.
- ЭТЖ - жылдамдаған, кей кезде шамалы гипохромды анемия көрініс табады. Лквордағы өзгерістер тән.

Менингококкты менингит (3)

- Ауыр жағдайларда – геморрагиялық және петехиальды, пурпуралық бөртпелер тән. Түрлі формада, жұлдыз тәрізді, кеуде мен аяқтарда орналасады (жамбас, сан, тізе).
- Петехиялар, сонымен қатар шырышты қабықтар, конъюнктива, алақан және табанда да болуы мүмкін.



65



66



Менингококкты менингиттің емі

- Кешенді болуы тиіс
- Этиотропты терапия
- Патогенетикалық терапия
- **Бензилпенициллин** 200 000 – 300 000 ЕД 1 кг/тәулік – 24 млн ЕД, кеш тағайындалса немесе ауыр жағдайда 500 000 – 1 млн. ЕД/кг/тәу 6 қабылдауға
- **немесе Ампициллин** – 12-14 г тәул, балаларға - 200-300 мг/кг тәул 6 қабылдауға.
- **Альтернативті препарат – цефтриаксон** – 4 г тәул, балаларға – 100 мг/тәул 1-2 қабылдауға
- **Альтернативті препарат – рифампицин** үлкендерге 1,2 г/тәу – 2 қабылдауға
- **Альтернативті препарат - левомецетин** – үлкендерге 4 г тәул, балаларға - 100 мг/тәул 6 қабылдауға
- Дезинтоксикациялық терапия
- Дегидратациялық терапия
- Электролиттік бұзылыстарды реттеу
- Эпилептикалық тырысулардың алдын алу

Екіншілік іріңді менингиттер

Инфекцияның тарау жолдары:

- **гематогенді жол** (септицемияда немесе жүрек пен өкпеден метаздадану)
- **контактті жол** (ортаңғы отиттер, синуситтер, мастоидиттер, остеомиелиттер, ми абсцесі, бас сүйегінің жарақаттары).

Қоздырғыш – **жиі** гемофильді таяқша (*H. influenzae*), пневмококк (*S. pneumoniae*),

сирек – стрептококктар, стафилококктар, көк ірің таяқшасы, ішек таяқшасы, листерия

Іріңді менингиттердің синдромальды диагностикасы

1. жалпы милық симптомдар
2. менингеальды синдром
3. инфекциялық ауру синдромы
4. ликвордағы қабынулық өзгерістер –
нейтрофильді плеоцитоз, ақуыздың
артуы, глюкозаның төмендеуі

Екіншілік іріңді менингиттердің емі

- Инфекцияның біріншілік ошағы табылса (мысалы, іріңді ортаңғы отит, абсцесс немесе субдуральды эмпиема) – жедел оперативтің кірісуі.
- Анықталған қоздырғышқа байланысты антибиотиктер.
- Дезинтоксикациялық терапия
- Дегидратациялық терапия
- Электролиттік бұзылыстар коррекциясы
- Эпилептикалық тырысулардың алдын алу

Екіншілік іріңді менингиттердің антибактериальды терапиясы

Қоздырғыш	Таңдалынатын препарат	Альтернативті заттар
Пневмококк	Пенициллин/ампициллин немесе цефтриаксон (цефотаксим)± ванкомицин	Цефтриаксон, ванкомицин, рифампицин, меропенем
Гемофильді таяқша	Цефтриаксон (цефотаксим)	Ампициллин (амоксициллин) + левомецетин
В тобының стрептококктары	Пенициллин /ампициллин ± аминогликозид	Цефтриаксон (цефотаксим), ванкомицин
Грамм (-) энтеробактериялар	Цефтриаксон (цефотаксим) + аминогликозид	Меропенем, цефепим, кең спектрлі пенициллин + аминогликозид
Көк ірің таяқшасы	Цефтазидим ± аминогликозид	Меропенем, цефепим, кең спектрлі пенициллин + аминогликозид
Стафилококктар	Оксациллин немесе ванкомицин	Гентамицин, рифампицин, бисептол
Листерии	Ампициллин (амоксициллин) +	Меропенем, бисептол

Іріңді менингит кезіндегі негізгі антибиотиктер (1)

Препарат	Тәуліктік доза		Қабылдау арасындағы интервал, сағ
	үлкендер	балалар	
амоксициллин	12 г	300 мг/кг	4
ампициллин	12-14 г	200-300 мг/кг	4
бензилпенициллин	24 млн ЕД	150-300 мг/кг	4
ванкомицин	2-3 г	40-60 мг/кг	6-12
гентамицин	6 мг/кг	6 мг/кг	8
меропенем	3-6 г	120 мг/кг	8
оксациллин	9-12 г	200-300 мг/кг	4
рифампицин	1,2 г		12
бисептол	15-20 мг/кг	15-20 мг/кг	8
левомицетин	4 г	100 мг/кг	6

Іріңді менингит кезіндегі негізгі антибиотиктер (2)

Препарат	Тәуліктік доза		Тағайындау арасындағы интервал , сағ
	взрослые	дети	
цефепим	4-6 г	-	8-12
цефотаксим	8-12 г	200 мг/кг	4-6
цефтазидим	6 г	100-150 мг/кг	8
цефтриаксон	4 г	100 мг/кг	12-24

Серозды менингит

- Түрлі инфекциялық аурулар кезінде дамуы мүмкін: бактериальды (туберкулез, сифилис, лептоспироз және т. б), вирусты (жедел лимфоцитарлы хориоменингит, паротит, полиомиелит, Коксаки және ЕСНО -инфекция) ми және жұлын жарақаттары, ісіктері.
- Ликвор – мөлдір, түссіз.
- Қысымы жоғарылаған.
- Плеоцитоз 1 мкл бірнеше ондаған клеткалардан 200-700 клеткаға дейін; цитограммада 1-ші күннен бастап лимфоциттер басым болады.
- Белок мөлшері қалыпты немесе жоғарылаған.
- Глюкоза мөлшері ауру этиологиясына байланнысты.
- Туберкулез кезінде – қант мөлшері төмен, вирусты кезінде- қалыпты.

Жедел серозды менингит вирусты инфекция салдары болып келеді.

- **Ликвор** - лимфоцитарлы плеоцитоз, ақуыздың шамалы жоғарылауы, глюкоза қалыпты, бактериологиялық тексерудің теріс нәтижесі.
- **Қатерсіз ағымы** спонтанды сауығумен.
- **Клиника**- қызба, бас ауруы, көз алмасын қозғалтқанда ауырсыну, менингеальды симптомдар (жиі желке бұлшықеттерінің ригидтілігімен, сирек Керниг және Брудзинский симптомдары), жарықтан қашу, анорексия, жүрек айну, құсу, миалгия, іштегі ауырсыну, диарея.

Асқынбаған вирусты менингитке тән емес:

- Сананың терең бұзылысы.
- 10 күнге дейін сақталатын тұрақты симптоматика
- Эпилептикалық тырысулар
- Ми нервтерінің зақымдалуы және басқа ошақты симптоматика.

Энтеровирусты менингиттің ерекшеліктері

- *энтеровирустар* - серозды менингиттің жиі кездесетін қоздырғышы.
- Жиі жаз мезгілінде, 15 жасқа дейінгі балаларда кездеседі.
- макулопапулярлы, везикулезді және петехиальді бөртпе тән.
- герпангина
- плевродиния,
- миоперикардит
- геморрагиялық конъюнктивит

Эпидемиялық паротитті менингит. Ерекшеліктері:

- Жиі күздің соңында немесе көктемнің басында пайда болады.
- 3 есе жиі — ер адамдарда кездеседі.
- Орхит немесе оофорит,
- паротит,
- панкреатит (қанда липаза мен амилаза белсенділігінің артуы).

Хориолимфоцитарлы менингит ерекшелігі

- Күздің соңында және қыста пайда болады.
- Үй тышқандарының бөлінділері және шырышы жабысқан заттармен қатынастан жұғады.
- Жиі бөртпе
- Пневмония
- Алопеция
- Паротит
- Орхит
- Миоперикардит
- Лейкопения, тромбоцитопения, патологиялық бауырлық сынамалар болуы мүмкін.
- Ликворда — жоғары плеоцитоз (1 мкл 1000 дейін)

Серозды вирусты менингиттердің емі (1)

Симптоматикалық ем:

- Төсектік режим,
- анальгетиктер,
- Құсуға қарсы (мотилиум, церукал),
- Жеткілікті гидратация,
- дезинтоксикация, кейде седативті заттар (диазепам).
- **Кортикостероидтар қолданылмайды !**
- АДГ адекватты емес секрециясының қаупі болғандықтан натрий мөлшерін бақылап отыру қажет.

Серозды вирусты менингиттердің емі (2)

- Егер бактериальды менингитті жоққа шығару мүмкін болмаса, эмпирикалық антибактериальды терапия тағайындау керек. Қарапайым герпес және Эпштейна—Барр вирусымен шақырылған ауыр менингиттерде - ацикловир (5 мг/кг к/т тамшылатып әрбір 8 сағ 5 тәу).
- Жеке гигиена шараларын сақтау.

Туберкулезді менингит (1)

- Екіншілік, серозды, бактериальды.
- әдетте жыл бойы, әсіресе – қыс – көктем мезгілінде жиі кездеседі.
- Біріншілік ошақтан гематогенді диссеминация арқылы жұғады.
- Туберкулезбен науқас адамдармен қатынас.
- Анамнезінде өткерген өкпе және басқа мүшелер туберкулезі.
- Продромальды кезең – әлсіздік, тіршілікке қабілеттілігінң төмендеуі, ұйқы бұзылысы, тәбет төмендеуі, тұрақсыз субфебрильді температура.

Туберкулезді менингит (2)

- Менингеального синдромның біртіндеп дамуы тән. ,
- Көз қозғалыс бұзылыстары: қылилық, заттардың екі еселенуі, птоз
- бульбарлы бұзылыстар – дисфония, дисфагия, дизартрия
- Туберкулезді менингит 4-8 аптада емделмесе – летальді аяқталады !!

Туберкулезді менингит кезіндегі ликвор

- Ликворда 1 мкл 100-500 клетка, лимфоциттер – 60%, нейтрофилдер – 40%
- қанттың төмендеуі – 2,0 ммоль/л төмен
- Ақуыз 0,99-1,5 г/л жоғарылаған

Туберкулезді менингиттің терапиясы

	Количество приемов в день	Длительность	Взрослые	Дети
1.Изониазид	1 раз в день	10 мес.	5 мг/кг, максимальн о до 300 мг	15-20 мг/кг, до 500 мг/сут
2. рифампицин	1 раз в день	10 мес.	10 мг/кг, максимальн о до 600 мг	15—20 мг/кг, до 500 мг
3. пиразинамид	1 раз в день	2-3 мес .	30 мг/кг, максимальн о до	30 мг/кг, до
4. Вит В1			30-60 МГ/СУТ	
5. Стрептомицин			20 мг/кг до 1 г в/м	
6. Преднизолон или Дексаметазон			1 мг/кг внутри 24 мг/сут	

Энцефалиттер

Энцефалиттер – негізін
инфекциялық, инфекциялық –
аллергиялық, аллергиялық үрдістер
алатын, ОЖЖ түрлі этиологиялы
қабыну ауруы.

Энцефалиттердің жіктелуі

1. *Біріншілік және екіншілік*
2. *Вирусты және бактериальды*
3. *Белгісіз және белгілі қоздырғыш.*
4. *Мезгілдік және көпмезгілдік*
5. Қабыну үрдісінің табиғаты бойынша - *инфекциялық, инфекциялық-аллергиялық, аллергиялық*
6. Зақымдалу ошағының орналасуына байланысты - *бағандық, милық, қыртысасты, мезэнцефальды, диэнцефальды және т.б.*
7. Миелин талшықтары зақымдалса (*лейкоэнцефалиттер*), ядролық құрылымдар (*полиоэнцефалиттер*) ақ және сұр заттың тотальды зақымдануымен жүретін (*панэнцефалиттер*).

I. Біріншілік энцефалиттер

A. Вирусты:

1. Арбовирусты (мезгілдік, трансмиссивтік): -
кенелік (көктем-жаз, орыс, тайлық)
 - масалық (япониялық)
2. Вирусты (**полимеzгiлдік**): - эпидемиялық
(Экономо энцефалиті) - герпестік
 - энтеровирусты - гриппозды
 - цитомегаловирусты
 - құтырма кезіндегі энцефалит - паротитті және т.б.

- ## B. Микробты және риккетсиозды:
- - Бөртпелі тиф
- нейросифилис кезіндегі
кезіндегі.

II. Екіншілік энцефалиттер

- экзантемды инфекциялыр (қызылша, қызамық, желшешек).
- поствакцинальды (АҚДС, қызылша, қызамық, паротит вакцинациялары).

3. Микробты және паразитарлы:

- стафилококкты; -
- маляриялық; -
- токсоплазмалық және т.б.

Энцефалиттер диагностикасы

- Жалпы инфекциялық синдром
- Менингеальды синдром
- Жалпы милық симптоматика
- Ликвордағы қабынулық өзгерістер синдромы: қысымның жоғарылауы, лимфоцитарлы плеоцитоз (ондаған клеткалардан бірнеше жүзге дейін), ақуыздың шамалы жоғарылауы;
- ПТР әдісі арқылы ликворда ДНК анықтау.
- Энцефалитикалық синдром

Энцефалитикалық синдром

- Сананың терең бұзылыстары.
- Афазия,
- Тырысу синдромы
- Орталық генезді ЖҚЖ және тыныс бұзылыстары.
- Бассүйек нервтерінің функциялық бұзылыстары.
- Парездер мен параличтер, атаксия
- Патологиялық ошақтық симптомдар

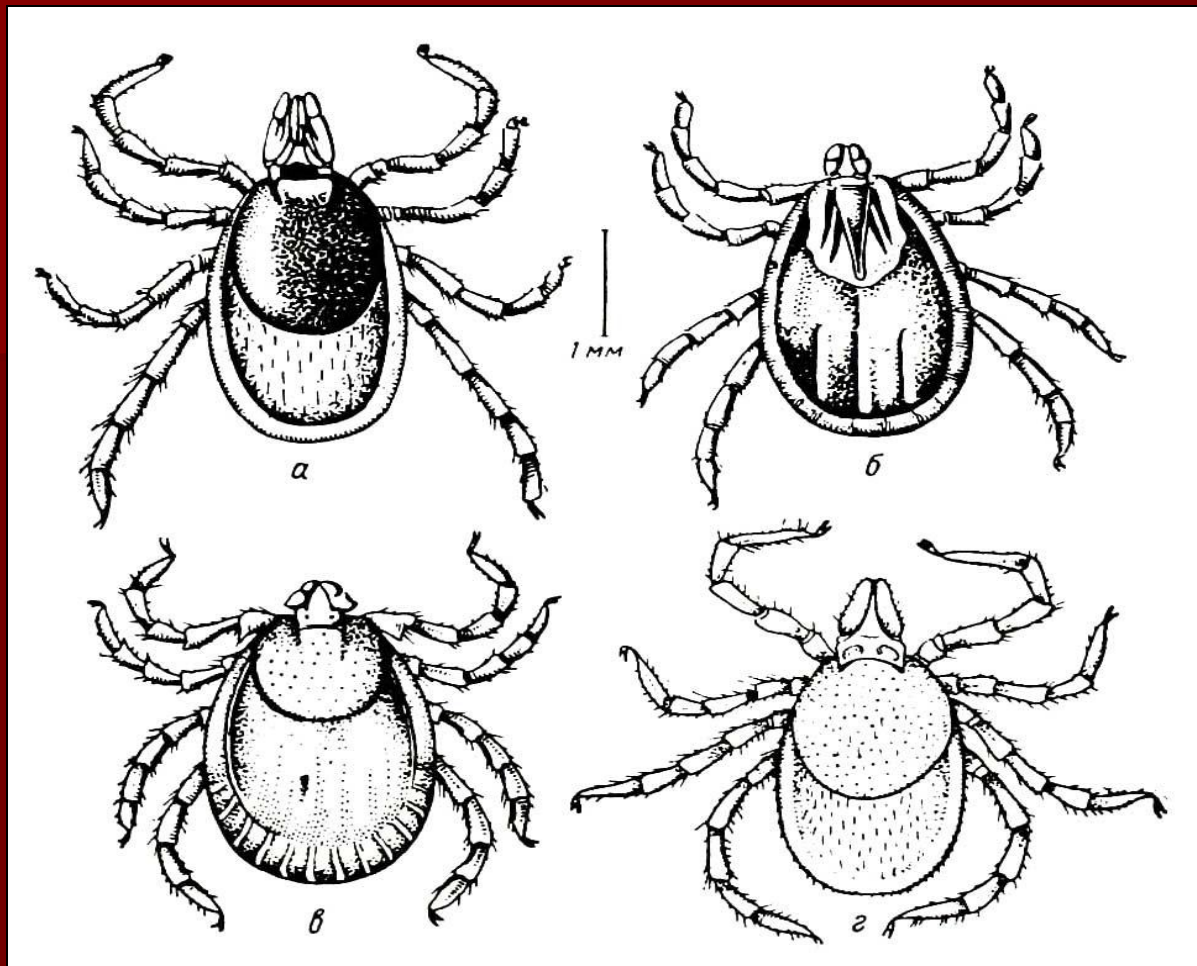
Кене энцефалиті.

Этиология және эпидемиология.

- Арбовирустар тобына жататын нейротропты вируспен шақырылады.
- Мезгілділік тән: сәуір айынан маусым айына дейін кененің белсенділігінің артқан шағы. Осы уақытта эндемиялық аймақта жұмыс істейтін адамдар жиі шалдығады.
- Көп жағдайда адамдар кененің шаққан уақытын дәл айтса, кейде байқалмай да қалады.
- Жасырын кезең 8-20 күн (алиментарлы жолмен жұққан болса — 4-7 күн).
- Жиі жас адамдар ауырады (30-40 жас).

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

- Резервуар иксода кенелері.
- (Akarina) кенелері өрмекші тәріздес тұқымдасына жатады (Arachnoidea).
- Тайлық кенелер (Ixodidae туыстасы) паразитарлы кенелер тобына жатады (Parasiformes).
- Негізгі қоздырғыш және таратушылар иксода кенелерінің бес түрі: *Ixodes persulcatus*, *Ixodes ricinus*, *Dermacentor silvarum*, *Haemophysalis concinna* және *Haemophysalis japonica*.



a - Ixodes persulcatus; б — Detmacentor silvarum; в - Haemophysalis concinna; г Ixodes ricinus

- a. Әйелдер мен еркектер тең дәрежеде ауырады.
- b. Жас топтары әр түрлі
- c. Түрлі мамандық.

Еркек жынысты кене



Әйел жынысты кене



Әйел жынысты кене

© encephalitis.ru



Қан сорып алған әйел жынысты кене



Кене энцефалитінің патогенезі

- Қоздырғыштың ену қақпасы тері тамырлары, бұл жерде ол тез көбейіп, тұрақтанып алады.
- Қан ағысымен паренхиматозды мүшелер: бауыр, көкбауыр, сонымен қатар өкпе, миға жетіп көбейеді. Гематогенді жолдан басқа лимфогенді, периневральді тарау жолдары бар.
- Мидың қозғалыс құрылымдарына кене қоздырғышының троптылығы басым келеді, яғни осы жерлерде оның белсенділігі артып, нертік және глиальды клеткаларды зақымдайды.

Кене энцефалитінің клиникалық кезеңдері

- Бірінші кезең - зақымдалу, ары қарай – инкубациялық кезең, 2-11 күн, бұл кезеңде продромальды симптомдар көрініс табады.
- Жедел фазаның қызбалық синдромы, 3-5 күн, вирусемия сатысына сәйкес келіп, инфекцияның генерализацияланғандығын білдіреді.
- Қан ағысынан вирустың жоғалуы дене қызуының төмендеуімен көрінеді, дегенмен бұл кезеңде вирус белгілі бір ошақта көбейіп жатуы мүмкін.

Кене энцефалитінің жіктелуі

Ошақтық форма:

- 1) менингоэнцефалитикалық,
- 2) полиоэнцефаломиеелитикалық (бағанды спинальды)
- 3) полиоэнцефалитикалық (бағандық)
- 4) полиомиеелитикалық (спинальды)

Ошақты емес форма:

- қызбалық,
- жасырын,
- менингеальді.

Кене энцефалитінің диагностикасы

- менингеальды симптомдар;
- қолдардың әлсіз проксимальді параличтері немесе парезі, сирек аяқтардың.
- Бір мезетте мойын бұлшықеттерінің параличі және бульбарлы синдром, дизартрия, атрофия орын алуы мүмкін.

Кене энцефалитінің лабораториялық диагностикасы

- ЭТЖ 20-30 мм/ч, 30%-лейкопения, 20-25% - шамалы лейкоцитоз.
- эозинопения, лимфоцитопения, т/я форма жоғарылауы;
- Қаннан антидене және вирустың серологиялық зерттеуі (РПГА, нейтрализация реакциясы, РСК - 96% жағдайда нақты диагноз себептері болады);
- ликворда лимфоцитарлы плеоцитоз, ақуыздың шамалы артуы.

Кене энцефалитінің емі

- Аурудың басында барынша тыныштық, қозғалыстың азайтылуы керек. Стационарға барынша тыныш жағдайда тасымалдау қажет.

Кене энцефалитінің этиологиялық терапиясы

Препараттардың үш тобы

- **1. Серотерапия препараттары.**
 - Энцефалитке қарсы спецификалық иммуноглобулин;
 - иммунды плазма
- **2. Ферменттер (нуклеазалар), вирустың клетка ішілік жойылуы - рибонуклеаза (РНК-аза).**
- **3. Интреферондар мен интерферон индукторлары вирустың клетка ішілік репликациясы кезінде нуклеин қышқылдарының синтезін бұзу мақсатында қолданылады (ридостин, йодантипирин)**

Патогенетикалық терапия

- Дегидратациялық, жүрек – қантамырлық заттар, симптоматикалық терапия.
- Антибиотиктер – егер асқынулары пайда болса (пневмония и др.).
- Ошақтық симптоматика белгілері пайда болса ішке преднизолон 1,5 мг/кг тәулігіне, бір мезетте - калий және ақуыздық диета.
- Қалпына келтіру кезеңінде – ноотроптар.

Профилактика

- Индивидуальды қорғаныс және профилактика мақсатындағы шараларды қамтиды.
- Оқу – ағарту шаралары маңызды болып саналады.
- Репеллентер- аэрозоль, жақпамай түріндегі қансорғыштарды аластатаны заттарды қолдану. Серопротектика —энцефалитке қарсы гомологиялық (адамның) иммуноглобулин.

Япониялық энцефалит (маса энцефалиті, энцефалит В)

- **Этиология.** Қоздырғыш— РНК-құрамды арбовирус. Термолабильді, дезинфекциялық заттарға төзімділігі төмен.
- **Инфекцияның табиғи ошағы** Ресейде, Японияда, Оңтүстік Шығыс Азия мемлекеттерінде табылған.

Эпидемиология

- Табиғаттағы негізгі резервуар — жабайы сүтқоректілер мен құстар. Клиникалық көріністерсіз вирусемия дамуы мүмкін (симптомсыз инфекция).
- Қоздырғыш тек трансмиссивті жолмен беріледі (Кулекс туыстастығы және т.б.).
- Жаздық – күздік мезгілділік тән.
- Адамдарда көбінде жасырын, симптомсыз өтеді. Аурудан кейін тұрақты иммунитет қалыптасады.

Масалық энцефалит патогенезі.

- Маса шаққан кезде қоздырғыш вирусы маса сілекейімен бірге қанға енеді.
- Вирус гематогенді жолмен ағзаға таралып, нейротропты қасиетінің арқасында миға түседі, ары қарай көбейіп, қайталана қанға т.сіп басқа ағзаларға таралады.
- Ішкі мүшелерді геморрагиялық капилляротоксикоз, серозды-геморрагиялық қабыну және дегенеративті-некротикалық өзгерістер.

Негізінен ми зақымдалып, менингоэнцефалит белгілері білінеді.

Ауру клиникасы (1)

- Жасырын кезең 8 ден 14 күн.
- Ауру кенеттен басталады: қалтырау, дене температурасының шамалы жоғарылауы, бас ауруы, миалгиялар, жалпы әлсіздік, жүрек айнуы т.б.
- Жоғары дене температурасы жиі 6—10 күн, сирек 14 к.н сақталады.
- Бет және конъюнктива гиперемиясы, склера тамырларының инъекциясы болады. Тері сарғаюы мен петехиальды бөртпелері болуы мүмкін.

Қанның жалпы анализі

- лейкоцитоз 15 000—20 000 нейтрофилез.
- ЭТЖ жоғарылауы 20—30 мм/сағ;
- жиі моноциттер мөлшері артады (10—24%).

Спецификалық лабораторлы диагностика

- **Спецификалық диагностика қоздырғышты бөліп алу** (алғашқы 7 күнде қаннан, зәрден, ликвордан, өлген адам миынан),
- иммунофлюоресценция және иммуноферментті әдіс арқылы вирус антигенін алу.
- Тері –аллергиялық сынама.

Емі мен профилактикасы

- Алғашқы күндері ауырып болған адамның ағзасынан 20—30 мл қан сары суын енгізу.
- спецификалық γ -глобулин 9—18 мл тәулігіне бұлшықетке және көктамырға.
- Спец. Профилактика үшін инфицирленген тышқандардың миынан формалинмен инактивтелген вакцина.

Герпетикалық энцефалит -

- Спорадиялық энцефалиттің ең жиі және ауыр формасы. .
Ошақ локализациясы – самай бөліктің медиальды жағы және маңдайлық бөліктің базальды бөлімдері.
неврологиялық симптоматика – кенет жүріс тұрыстың өзгеруі, иіс сезу және дәм сезу галлюцинациялары, сенсорлы афазия және амнезия, күрделі парциальды тырысулар; жиі үлкен тырсулар, кома, ми ісінуі.
- **атипті формалары** жеделдеу симптоматикамен дамидын жасырын түрлері, жедел психиатриялық симптоматикамен жүретін ауыр түрі.

Қосымша диагностикалық әжістер

- Ликворда лимфоцитарлы плеоцитоз, ақуыздың шамалы жоғарылауы, глюкозаның қалыпты мөлшері.
- Цитоз 1 мкл 500.
- Ликворда вирус ДНКсын ПТР арқылы анықтайды.
- КТ мен МРТ басқа ауруларды жоққа шығару үшін жасалады. КТ – дағы өзгерістер аурудың 3-4 –ші күні, МРТ 2-ші күні көрінеді.

Герпетикалық энцефалиттің емі

- ГЭ күмән туғанда (зертханалық анализдердің қорытындысы шыққанға дейін) ацикловир тағайындалады, 10 мг/кг 100-200 мл натрий хлоридінің изотоникалық ерітіндісінде к/т тамшылатып күніне 3 рет 10-14 тәулік (курс ұзақ болса рецидивтің алдын алады). Препаратты баяу енгізеді (1-2 сағат). Курсты ерте бастау максимальды эффект береді;
- Цитомегаловирусты инфекцияда - ганцикловир немесе фоскарнет;
- Ауыр жағдайларда – адекватты тыныс терапиясы, су электролитті балансты қалпына келтіру үшін интенсивті терапия тағайындалады;
- Бассүйек ішілік гипертензияның алдын алу үшін – осмостық диуретиктер, гипервентиляция режиміндегі ИВЛ, ауыр жағдайларда — барбитураттар. Антиконвульсанттар – тырысу пайда болса, кей кезде профилактика үшін, яғни ЭЭГда эпилептикалық ошақтарға күмән туса.

**НАЗАРЛАРЫҢЫЗҒА
РАХМЕТ!**