Энцефалиты

2005\2006

**Содержание**

Введение

Экономо-эпидемический летаргический энцефалит

Клещевой весенне-летний энцефалит

Комариный (японский, летне-осенний) энцефалит

Вторичные энцефалиты

Энцефалитический синдром при гриппе

Список используемой литературы

**Введение**

Воспаление головного мозга (энцефалит) может быть первичным и вторичным заболеванием. Как и при всяком воспалении, анатомические изменения состоят в гиперемии, отёке тканей и инфильтрации определённых участков мозга. Причиной заболевания могут быть различные инфекционные факторы (вирусы, микроорганизмы). В последующем может наступить обратное развитие процесса или организация воспалительного очага глиозного рубца при наличии дефекта мозгового вещества.

**Экономо-эпидемический летаргический энцефалит.**

Заболевание получило название эпидемического, так как в 1917 – 1928 года эпидемия охватила все страны мира. Летаргическим - в связи с патологической сонливостью. Поражаются преимущественно мозговой ствол, центральные узлы полушарий большого мозга.

**ЭТИОЛОГИЯ:** по**-**видимому, фильтрирующий вирус (пока не выделен), контагиозность его не велика. Передача осуществляется воздушно-капельным путём.

**ПАТОГЕНЕЗ:** при этом диффузном энцефалите воспалительные изменения чаще расположены в стенка х||| желудочка, что объясняет расстройство секреторно – вазомоторных функций. Значительные изменения протекают в ретикулярной формации в подбугорной области и в области сильвиевого водопровода – патологическая сонливость и поражение глазодвигательных нервов (птоз и диплопия). Наконец, большие изменения протекают в полосатых телах – насильственные движения; и в чёрной субстанции (где от клеток ничего не остаётся кроме пигмента) – мышечная заторможенность.

**КЛИНИКА:** В остром периоде заболевания повышается температура тела до 38º С и держится в среднем 15 – 20 дней (редко она остаётся в норме). В это же время (**первая стадия болезни**) выявляется резкая сонливость – больные спят сутками (разбуженный почти тут же засыпает). В дальнейшем наступает либо бессонница, либо извращение формулы сна: бессонница ночью, сонливость днём.

В этом периоде выявляются расстройства функций ряда черепных нервов (чаще глазодвигательного и отводящего: птоз и двоение в глазах). Различные размеры зрачков, иногда головокружение, тахипное, Могут возникнуть психические расстройства: галлюцинаторные переживания, изменение сознания, возбуждение.

Иногда температура остаётся субфебрильной и её рассматривают как затянувшийся признак гриппа или другого инфекционного заболевания.

Спустя несколько месяцев или даже лет наступает **вторая стадию болезни** – стадия паркинсонизма. Появляются медлительность, малоподвижность с постепенным нарастанием мышечного тонуса. Мимика становится маловыразительной, лицо маскообразным. Кожа лица сальная. Нарастает бедность движений. Поза больного имеет характерный вид: голова свисает, туловище согнуто и наклонено вперёд, руки приведены, согнуты в локтях.

При движении почти отсутствует содружественное движение рук. Походка медленная, мелкими шажками. Больной говорит через полузакрытый рот, сквозь зубы. Речь замедленная, тихая, голос монотонен, без эмоциональной окраски. Это так называемая анкетико-регидная форма паркинсонизма. Часто отмечается насильственное мелкое дрожание пальцев рук, кистей, ног, головы. Нередко выявляется гиперсаливация.

Для этой стадии характерны психические расстройства: вялость, безынициативность, ослабление памяти. Больные назойливы, обращаются с вопросами, просьбами. У детей замедляется психического развития, неуравновешенность, импульсивность, появляется склонность к бродяжничеству, жестокость. Эти изменения стойкие.

Известны случаи, когда больной настолько скован, что не ходит, не ест, но, как только заиграет музыка или появится другой раздражитель (различный у каждого больного), он растормаживается, и его движения становятся свободными (на некоторое время). Это явление называется парадоксальной подвижностью (**kinesia paradoxa**).

**ЛЕЧЕНИЕ:**

**1.** **Острая стадия:**

* постельный режим
* 40 % раствор гексаметилентетрамина по 5 мл. с 15 мл. 40 % раствором глюкозы через день или ежедневно (всего 40 – 50 инъекций).
* Сыворотка выздоравливающих или переболевших людей в возрастающих дозах с 5 до 30 мл. с интервалом 3 – 4 дня в\м.
* Аскорбиновая кислота
* Сульфаниламидные препараты.
* Кофеин, фенамин – при сонливости.
* Снотворные при бессоннице.
* Обильное питьё.
* Введение кислорода подкожно.

**2. Хроническая стадия:**

* L – допа; начинают с 1 г\сут. и постепенно её увеличивают её постепенно до 4 г\сут.
* Циклодол – по 0,005 г 3 раза в день.
* Мидокалм – 2 таблетки по 0.05 г 3 – 4 раза в день.
* Хирургическое лечение – стереоскопические операции, при которых избирательно разрушают небольшие участки таламуса (вентролатеральное ядро), мозжечка (зубчатые ядра) и других глубоких структур мозга.

**Клещевой весенне-летний энцефалит**

Первые эпидемические вспышки заболевания наблюдались в 30-е годы на Дальнем Востоке. Установлено, что это заболевание является острым первичным вирусным заболеванием нервной системы.

**ЭТИОЛОГИЯ:** специфический вирус с выраженным нейротропизмом. Переносчик вируса – клещ, проживающий в лесах Дальнего Востока, Сибири, Урала, Европейской части Р. Ф. Резервуар вируса – грызуны и некоторые виды птиц.

**КЛИНИКА:** Инкубационный период – от 7 до 14 дней, при пищевом пути передачи инфекции – от 4 до 7 дней.

Заболевание начинается остро. Вначале отмечается головная боль, недомогание, слабость, тошнота. Температура тела повышается до 39 – 40 °С и остаётся таковой 6 – 10 дней. Наблюдается покраснение лица и зева. Иногда – сыпь на теле. Отмечается катаральное воспаление верхних дыхательных путей, иногда – очаговая пневмония. Нарушается сознание, появляются менингиальные знаки, вялые, атрофические параличи мышц шеи – «свисающая голова», мышц пояса верхних конечностей, рук, сочетающееся с поражением некоторых ядер черепных нервов. Редко развивается кожевниковская эпилепсия: постоянное насильственное подёргивание какой-либо группы мышц, которые могут перейти в общий эпилептический припадок.

В спинномозговой жидкости увеличивается содержание белка (0,5 – 1‰) и клеточных элементов (10 – 20 в поле зрения).

Выделяют несколько **форм:**

* Полиоэнцефаломиелитическую (свисающая голова, атрофия мышц шеи и рук, их слабость преимущественно в проксимальных отделах).
* Менингиальную (менингиальные симптомы).
* Стволовую (бульбарные параличи).
* Церебральную (психические расстройства).
* Стёртую (абортивную)

В некоторых случаях после острого периода развиваются в течении последующего года и дольше всё новые атрофические параличи.

В хронической стадии выявляется кожевниковская эпилепсия.

**ЛЕЧЕНИЕ:**

* Стандартная гипериммунная лошадиная сыворотка – в\м 40 – 60 мл.
* Сыворотка крови реконвалисцентов – ежедневное эндолюмбальное введение по 5 – 10 мл. до падения температуры.
* Прозерин – 1 мл. 0,05 % 2 – 3 раза в день.
* Витаминотерапия.
* В\в 40 % раствор глюкозы по 20 – 30 мл. ежедневно.
* Подкожное введение кислорода.
* Электрофорез.
* Диатермия.
* Лечебная физкультура.
* Массаж.

**ПРОФИЛАКТИКА:** мероприятия направленные на уничтожение иксодовых клещей. Закрытие одеждой открытых участков кожи, либо обработка кожи отпугивающими клещей веществами. Использование тканевой вакцины (в местностях с высоким риском заражения).

**Комариный (японский, летне-осенний) энцефалит**

**ЭТИЛОГИЯ:** фильтрующий нейротропный вирус. Переносчиками являются комары, которые размножаются и жалят человека в летнее и осеннее время. В России этот вид комаров встречается в Приморье.

**КЛИНИКА:** Инкубационный период длится до 2 недель. Заболевание начинается остро – резким подъёмом температуры до 40° С и выше. В первые дни болезни выявляются общемозговые и общетоксические симптомы, а через несколько дней вырисовываются симптомы очагового поражения мозга.

Ведущими симптомами являются менингеальные знаки и нарушения сознания различной степени, вплоть до комы. Часто отмечается спутанность сознания и психомоторное возбуждение. Весьма характерно напряжение мышц типа децеребральной ригидности.

Из очаговых симптомов отмечают центральные моно- и гемипарезы, поражения черепных нервов, а в тяжёлых случаях и бульбарные параличи.

В первые дни заболевания в спинномозговой жидкости отмечается лишь умеренный лейкоцитоз, но через несколько дней цитоз резко увеличивается от 50 до 600 (преимущественно лимфоциты), и возрастает количество белка (от 0,5 до 2 ‰). В крови много юных форм; отмечается лимфопения и эозинопения, увеличение СОЭ.

Примерно 40 – 70 % пациентов умирают, причём чаще в первую неделю заболевания. У выздоравливающих быстро проходят общемозговые симптомы, но могут удерживаться нарушения психической деятельности, те или иные очаговые симптомы и общая астенизация.

**ЛЕЧЕНИЕ:**

* Сыворотка реконвалисцентов.
* Гипериммунная лошадиная сыворотка.
* 40 % раствор глюкозы по 50 мл. (ежедневное внутривенное вливание).
* Подкожное введение физиологических растворов.
* Тиамин.

**ПОФИЛАКТИКА:**

Необходима борьба с комарами. А так же применяют формолвакцину (2 – 3 раза).

**Вторичные энцефалиты**

Всякий энцефалит, входящий в картину какого-либо инфекционного заболевания, то есть вторичный энцефалит, слагается из общих симптомов мозгового поражения – головной боли, спутанности сознания, беспокойства, сонливого состояния – и присоединяющихся гнёздных очаговых симптомов.

**ПАТОГЕНЕЗ:** при поражении белого и коркового вещества возникает гемиплегия, при левосторонней локализации – гемиплегия с афазией, при локализации в стволе – альтернирующие параличи, выпадение функций группы черепных нервов, при локализации в мозжечке – мозжечковые симптомы. При одновременной локализации в спинном мозгу – симптомы многоочагового, рассеянного процесса.

**КЛИНИКА:** обычно наблюдается высокая температура и общемозговые расстройства: головная боль, головокружение, тошнота, иногда расстройства сознания, общее беспокойство. В зависимости от преимущественного поражения того или иного отдела головного мозга обнаруживают соответствующие симптомы (см. ПАТОГЕНЕЗ). У некоторых больных в дальнейшем наблюдается эпилептиформные припадки.

Могут развиваться параличи, различные виды афазий, парезы.

Вторичные энцефалиты чаще встречаются у детей (пожалуй, любая инфекция может вызвать энцефалит). Своеобразие их заключается в том, что симптомы энцефалита развиваются не на высоте основного заболевания, а уже при затухании симптомов первичного заболевания. Весь процесс растягивается на 1 – 3 недели.

Нередко гемипарезы обнаруживаются позже, когда ребёнок уже поправляется. В дальнейшем у детей наблюдаются отставание в развитии руки и ноги больной стороны. Порой наблюдается остаточный гемипарез с вторичными контрактурами в руке, иной раз с непроизвольными движениями в ней, чаще атетозного характера.

**ЛЕЧЕНИЕ:**

* Покой.
* 40 % раствор гексаметилентетрамина.
* Пеницилинтерапия.
* Тиамин.
* Салицилаты.
* Стероидная терапия.

**В хронической стадии:**

* Массаж.
* Гимнастика.
* Гальванизация головы с йодидом калия.

**Энцефалитический синдром при гриппе**

Энцефалитический синдром при гриппе входит обычно в картину вирусного гриппа, развиваясь на исходе катаральных изменений верхних дыхательных путей.

**ПАТОГЕНЕЗ:**

При гистологическом исследовании мозга обнаруживается более или менее выраженный периваскулярный и перицеллюлярный отёк и отёк мозговых оболочек, полнокровие, гемморрагическая пурпура, периваскулярные кровоизлияния, местами образующие очажки диапедезных кровоизлияний, иногда настолько значительных, что речь идёт о гемморрагическом гриппозном энцефалите, особенно если имеется кровянистое окрашивание спинномозговой жидкости. Отдельные клинические симптомы обусловлены локализацией мелких очагов кровоизлияний. Изменений воспалительного характера нет. В случаях с резкой воспалительной реакцией всегда возникает сомнение в специфичности этих энцефалитов в отношении вируса гриппа. Они возникают, по всей видимости, от вторичной стрептококковой или пневмококковой инфекции.

**КЛИНИКА:**

Резкая головная боль с тошнотой, подавленное настроение, светобоязнь и стремление к тишине и покою, лёгкие менингиальные симптомы, в некоторых случаях двоение в глазах, птоз века, парез мимической мускулатуры, звон и шум в ухе, парестезии в лице, более или менее выраженные пирамидные знаки – вот те клинические симптомы, которые наблюдаются при гриппозном энцефалитическом синдроме в течение нескольких дней или месяца, а то и дольше.

**ЛЕЧЕНИЕ:**

* 40 % раствор гексаметилентетрамина и глюкозы.
* Дегидратационная терапия
* Экмоновоциллин – в\м по 300000 – 600000 ЕД 1 раз в сутки (всего 10 – 15 раз).
* Левомицетин – в\м по 0,5 г. 4 раза в день (всего 4 – 7 дней).
* Антиневралгические препараты.
* Препараты, поддерживающие сердечную деятельность.

**Список использованной литературы**

1. П. В. Мельничук, «Болезни нервной системы» Том 1; М., «Медицина» 1982 год.
2. Г. В. Морозов, В. А. Ромасенко, «Нервные и психические болезни»; М., «Медицина» 1987 год.
3. В. В. Михеев, «Нервные болезни»; М., «Медицина» 1974 год.