

Викладач	Єрмолаш Т.О
Предмет	Неврологія
Дата	08.04.22
Група	3 Блс
Лекція №2	Хвороби периферичної нервової системи Інфекційні хвороби нервової системи(нейроінфекції)

Схема дистанційного заняття:

Захворювання периферичної нервової системи

Причини: інфекції, інтоксикації, авітамінози, травми, переохолодження, дегенеративні зміни в хребті, порушення кровообігу і обміну речовин.

Термінологія:

Неврит-ураження нерва, що характеризується біллю і порушенням функції (чутливість, об'єм рухів, рефлексі).

Мононеврит (мононевропатія)- ураження одного периферичного нерва.

Невралгія – захворювання, що характеризується, приступами болю по ходу нерва без порушення, функції.

Плексит – ураження нервового сплетення.

Гангліоніт – ураження міжхребцевих вузлів.

Радікуліт – ураження корінців спинного мозку (спінального ганглія)

Радікулоневрит- одночасне ураження корінців спинного мозку і нервових стволів.

Мононевропатії:

1) Неврит лицьового нерву

-біль у ділянці соскоподібного відростка

-парез або параліч мимічної мускулатури, що проявляється, неможливістю наморщити лоб, підняти брови

-заплющити око на боці ураження (при спробі закрити око – очне яблуко повертається вгору і злегка до зовні (симптоми Белла, або заячий глаз, або лагофталм).

-асиметрія обличчя (перикос обличчя у здорову сторону, перекося рот у здорову сторону, кут рота опущений на ураженій стороні і носогубна складка згладжена на ураженій стороні.

-хворий не може свиснути, скласти губи в трубочку, а при спробі оскалити зуби – рот набуває форму ракетки.

- не викликається рогівковий і надбрівний рефлексі.

- порушення смаку передніх 2/3 язика.

-зменшується слиновиділення

-збільшується або зменшується слюзовиділення.

Лікування.

Анальгетики, новокаїнові блокади, саліцилати, індометацин, судинорозширювальні- папаверин, дібазол, еуфілін.

Протинабрякові- глюкоза 40%-10 мл, гіпертонічний розчин NaCl 10%-10мл

Противірусні-реаферон, віролекс

Вітаміни В, С.

З 5-7 дня-теплові процедури (УВЧ, парафін, озокерит).

-алое, фібс-біостимулятори

- прозерин - антихолінестеразні

-антибактеріальні засоби

-дезінтоксикація (унітіол в/м 5-10 мл-5%; тіосульфат Na 30%-5-10 мл

- фізіотерапевтичні заходи: ультразвук з гідрокортизоном на уражену частину обличчя, лфк, голкорексотерапія. З метою захисту кон'юнктиви ока від додаткового подразнення хворий повинен носити захисну пов'язку.

Закапування в кон'юнктивальний мішок – сульфацилу натрію або ретинол ацетат -електростимуляція м'язів.

Невропатія (неврит)- променевого нерва.

Причина- травми

Клініка-виникає периферичний параліч розгинальних м'язів руки

- Зниження п'ястно- променевого і випадіння розгинального ліктьового рефлексу
- Кисть «звисаюча»
- Пацієнт не може розігнути кисть і пальці, відвести великий палець, повернути вверх лодонну поверхню кисті витягнутої руки

Неврит ліктьового нерва:

- Периферичний параліч згиначів кисті,
- Немоżliве приведення пальців і розведення (II-V)
- Випадає чутливість на мізинці і ульнарному краю кисті, ліктьовій поверхні передпліччя
- IV і V пальці не згинаються, неможливо привести мізинець
- Із- за атрофії підвищення великого пальця, мізинця і дрібних м'язів кисті – вона набуває форму «кігтьоподібної» кисті.

Неврит серединного нерва характеризується:

- Немоżliвість зігнути кисть у кулак – I , II пальці не згинаються
- Кисть «мавп'яча»
- Немоżliвість протиставлення I пальця решті, порушення згинання I-III пальців у міжфалангових суглобах
- Порушення чутливості в дистальних фалангах II-III пальців

Неврит великогомілкового нерва

- Немоżliвість згинання стопи і пальців
- Атрофія м'язів задньої поверхні гомілки
- Хворий не може стати на носок хворої ноги
- Зникає ахілов рефлекс
- Гіпестезія в ділянці підошви (стопи) і задньої поверхні гомілки, біль.

Неврит малогомілкового нерва

- Немоżliвість розгинання стопи і пальців
- Хворий не може стати на п'ятку, високо піднімає ногу «півняча хода»
- Атрофія м'язів передньої поверхні гомілки
- Випадає чутливість по зовнішньому краю гомілки, на тильному боці стопи і пальців

Невралгія трійчастого нерва(тригемінальна невралгія)

основна ознака- пароксизмальний стріляючий пронизливий біль 1-2 хв. або кілька секунд, напади провокуються негативними емоціями, шумом, яскравим освітленням, при жуванні , чищенні зубів, розмові, можуть бути депресивні розлади.

Больові точки для I гілки- надорбітальний отвір

II гілки- підорбітальний(вилично-лицевий)

III гілки – підборідний отвір

Лікування:

Фінлепсин 0,2 г ×2р. в день, дегідратаційні, транквілізатори, антидепресанти

а) анестезію новокаїном слизистої ока при невралгії I гілки

б) анестезію новокаїном слизистої носа – при невралгії II гілки

в) анестезію новокаїном слизистої ясен- при невралгії II і III гілки

фізотерапію- УФО, УВЧ, соллюкс, електрофорез новокаїном

лазеротерапія
рефлексотерапія

Поліневрит (поліневропатія)

– це велика група захворювань, що характеризується множинним симетричним ураженням периферичної нервової системи.

За етіологією виділяють 4 групи

1. Спадкові моторно-сенсорні невропатії
2. Інфекційні та аутоімунні поліневропатії: (дифтерійна поліневропатія)
3. Поліневропатії при соматичних захворюваннях (діабетична, уремична поліневропатія)
4. Поліневропатії при інтоксикаціях і лікарській терапії:
 - Алкогольна
 - миш'якова

Загальні симптоми при поліневропатіях

- біль у кінцівках
- парестезії
- порушення чутливості по периферичному типу (по типу рукавичок та шкарпеток)
- периферичні парези і паралічі
- вегетативні зміни (вологість шкіри, температура, зміна кольору шкіри)

Алкогольний поліневрит

– призводить до розладів психіки у вигляді розладів пам'яті, хибні спогади, пекучий біль у стопах, атаксія, згасають рефлексі, розвиваються в'ялі паралічі рук і ніг

Лікування:

- відмова від алкоголю
- дієта багата на вітаміни
- в/м вітамін В₁
- фолієва кислота 0,001г × 3 рази
- вітаміни В₆, В₁₂ в/м
- ЛФК
- Антидепресанти
- Протисудомні (фінлепсин, карбамазепін)

Діабетична поліневропатія

- Повільно розвивається
- Чутливі розлади
- Біль і парестезії у дистальних відділах нижніх кінцівок
- Біль тупого характеру, пекучого
- Знижені колінні і ахілов рефлексі або відсутні.

Лікування

- При больовому синдромі:
 - Аспірин
 - Парацетамол
 - НПЗ – індометацин, диклофенак, пироксикам
- Протисудомні: фінлепсин
- амітриптилін
- Вітаміни групи В (нейровітан 1 таблетка 3 рази
- Нейрорубін 1 таблетка 3 рази
- Мільгамма 1 таблетка 1-3 рази або 2 мл в/м
- Ліпоєва кислота в/в краплинно, а потім капсули 600 ОД

Дифтерійна поліневропатія

- Ураження черепних нервів (блукаючий, лицевий, відвідний)
- Парез мимічних м'язів

- Порушення аккомодатії (погано бачить предмети зблизька)
- Бульбарний синдром (дисфагія- їжа потрапляє в ніс із-за пареза м'якого піднебіння)
- М'язова слабкість
- Зниження і випадіння рефлексів
- Парестезії (в дистальних відділах кінцівок)

Лікування:

- Лікування основного захворювання (для профілактики ранніх неврологічних ускладнень вводять дифтерійний анатоксин)
- Ноотропи
- Вітаміни групи В
- ШВЛ (при необхідності).

Плексит це ураження нервового сплетення (при травмах, інфекціях і інтоксикаціях)

Часто розвивається плечовий плексит -2 типа:

- 1) Верхній тип або параліч Дюшена-Ерба:
 - Біль
 - Порушення рухів
 - Парестезії і атрофія м'язів в ділянці плечового суглоба в верхній третині
 - Зниження рефлексів з двоголового м'яза
 - Затруднення відведення плеча і згинання руки у ліктьовому суглобі
 - Порушення чутливості по зовнішній поверхні плеча і передпліччя
- 2) Нижній тип плечового плексита або параліч Дежерина-Клюмпке.
 - Параліч м'язів кисті і пальців
 - Гіпестезія в дистальних відділах рук
 - Порушення чутливості по внутрішній поверхні плеча і передпліччя
 - Атрофія м'язів кисті і передпліччя
 - Синдром Горнера-Бернара (птоз,міоз, енофтальм).

Лікування як і невритів

- НПЗ - диклофенак та інші анальгетики
- Місцево - блокада гідрокортизоном
- Міорелаксанти-мідокалм,баклофен
- Судинні-пентоксифілін
- Вітаміни В₁₋₆₋₁₂
- Фізіотерапевтичні засоби - магнітотерапія,лазеротерапія, ЛФК

Радикуліт – це ураження корінців спинного мозку.

Головну роль у розвитку радикуліту відіграють дегенеративно- дистрофічні зміни хребетного стовпа у міжхребцевих дисках –остеохондроз.

Провокуючі фактори:

- травма
- необережний різкий рух
- надмірне фізичне навантаження у спортсменів

Тіла двох сусідніх хребців з'єднуються між собою за допомогою між- хребцевих дисків. Периферична частина диску утворена волокнистим хрящем (його волокна утворюють фіброзне кільце), а центральна частина складається з еластичної речовини, яку називають пульпозним ядром (драглистим).

За допомогою фіброзного кільця тіла сусідніх хребців з'єднуються між собою.

Драглисте ядро є амортизатором (знаходиться між тілами сусідніх хребців).

Під впливом значних навантажень або вікових змін пульпозне ядро висихає, руйнується і починає вип'ячуватися, а потім і випадає через тріщину у фіброзному кільці- утворюється грижа міжхребцевого диску.

В сусідніх тілах хребців виникають кісткові розростання по їх краях (остеофіти).

Збільшується навантаження на суглобові відростки хребців унаслідок зменшення висоти диска і міжхребцевої щілини.

Реактивні зміни виникають не тільки в тілах сміжних хребців, а і у суглобах, що приводить до розвитку спондилоартрозу.

Якщо дегенеративні зміни виникають тільки у фіброзному кільці (а драглисте ядро не змінено) – то розвивається деформівний спондильоз.

На рентгенограмі ці зміни виражені так: - зміна конфігурації хребетного стовпа,

- зміщення тіл сусідніх хребців
- зменшення міжхребцевої щілини.

Грижі міжхребцевих дисків оказують патологічну дію на оточуючі тканини, в тому числі на корінці і їх судини.

Шийно – грудний радикуліт.

Біль у ділянці шиї, іррадіює у потилицю або руки і посилюється при рухах голови, кашлі, чиханні.

Пальпаторно – болісність паравертебральних точок, обмеження рухомості у шийному відділі і вимушене положення голови.

Попереково-крижовий радикуліт.

Характеризується ураженням V поперекового і I крижового корінців.

Основні симптоми- біль в попереково-крижовій ділянці, який розповсюджується вздовж однієї або обох ніг по задньозовнішній поверхні.

- Обмеження рухомості
- Деформація хребетного стовпа
- Напруження довгих м'язів спини

Симптоми натяження:

- С.Ласега-неможливість підняти розігнуту ногу із зі посилення болю
- С.Нери-посилення болю при нахлоні голови вперед.
- С.Дежерина (посилення болю при чиханні, кашлі)
- Зниження чутливості.

Лікування

Під матрац кладуть дерев'яний щит. Ліжко хворого повинно бути рівним, жорстким. Скелетне витягіння, новокаїнова блокада. Анальгетики.

Інфекційні захворювання нервової системи(нейроінфекції)

Етіологія: віруси, бактерії.

При первинних нейроінфекціях потрапивший збудник в організм одразу уражає нервову систему(поліомієліт).

При вторинних нейроінфекціях ураження нервової системи виникає як ускладнення на фоні якогось запального вогнища в організмі(туберкульозний менінгіт).

Захисну роль у нервовій системі відіграє гемато-енцефалічний бар'єр(це фізіологічний механізм, що регулює обмін речовин), який перешкоджає проникненню у мозок токсинів, бактерій та вірусів, що циркулюють у крові.

За локалізацією інфекційного процесу в н/с розрізняють:

- ☐ Енцефаліт – запалення речовини головного мозку;
- ☐ Менінгіт – запалення мозкових оболонок;
- ☐ Мієліт –запалення речовини спинного мозку;
- ☐ Енцефаломієліт – ураження головного і спинного мозку;
- ☐ Поліомієліт – запалення сірої речовини спинного мозку;
- ☐ Арахноїдит - запалення павутинної оболонки і прилеглої м'якої оболонки;
- ☐ Лептоменінгіт – запалення м'якої оболонки;
- ☐ Пахіменінгіт – запалення твердої мозкової оболонки;
- ☐ Змішані форми – менінгоенцефаліт.

Менінгіт

Це запалення мозкових оболонок.

Менінгоенцефаліт— запалення мозкової оболонки і мозкової речовини.

Загально-інфекційні та загальномозкові симптоми:

- Гострий початок;
- Загальна слабкість;
- t° підвищується $39-40^{\circ}$, висипання на губах(герпес), носі, слиз.обол.язика. При проникненні менінгококу у кров виникає геморагічна висипка;
- Головний біль, розпираючий;
- Нудота, блювання;
- Браді- або тахікардія;
- Психомоторне збудження з переходом у млявість.

Менінгіальний синдром:

- Головний біль;
- Ригідність потиличних м'язів;
- Загальна гіперестезія;
- Біль в очних яблуках
- Симптом Керніга, Брудзинського, «поза лягавої собаки» - лежить на боці, ноги приведені до живота, руки зігнуті, голова запрокинута назад, хребет вигнутий дозад.

Енцефалічний синдром:

- Порушення свідомості;
- Можливі тоніко-клонічні судоми;
- Сонливість.

Ураження окремих ЧМ нервів:

- о Диплопія;
- о Птоз;
- о Анізокорія;
- о Косоокість;
- о Асиметрія обличчя;
- о Звисання голови.

Лікування: антибіотики, сульфаніламідні, γ -глобулін, інтерферони або продігіозан, сечогінні, кортикостероїди, дезінтоксикаційні. Симптоматичне і догляд.

Менінгококовий менінгіт

Менінгококова хвороба – антропонозна хвороба, яка спричиняється менінгококом і передається крапельним шляхом. Через слизову оболонку верхніх дихальних шляхів. Інкубаційний період 1-2 дні.

Частіше хворіють діти, у доросли виникає рідко.

Ураження мозкових оболонок має гнійний характер.

В клініці – виникає різко виражений менінгіальний синдром.

В крові – лейкоцитоз

Спинномозкова рідина(кількість її в нормі 120-150 мл) – каламутна, при великій кількості гною жовтувато-зеленувата, тиск її підвищений(в нормі 100-180-мм.вод.ст. або 0,98-1,76 кПа). Збільшена кількість білка, клітин(плеоцитоз) від 1000 до $30000 \cdot 10^6$ в 1 л.

Ускладнення: порушення зору, слуху, функції ендокринних залоз, обміну речовин, епілептичні напади, порушення циркуляції спинномозкової рідини.

Лікування:

- Антибіотики;
- Сульфаніламідні препарати;
- Діуретичні;
- Дезінтоксикаційні;
- Продигіозан;
- Симптоматичне.

Догляд і профілактика первинного менінгіту

- ✓ В палаті де знаходиться хворий, треба зберігати тишину, виключити яскраве освітлення.
- ✓ Слідкувати за стулом хворого(так як основним є симптом – закреп у хворих менінгітом)
- ✓ Дотримання карантину в дитячих закладах, де виникають випадки захворювання;
- ✓ Попередження скупчення людей(дітей) в приміщеннях під час вспалахів;
- ✓ Здійснення дезінфекції в приміщеннях де знаходився хворий;
- ✓ Госпіталізація хворих в стаціонар.

Вторинний гнійний менінгіт

Розвивається у вигляді ускладнень при гнійних захворювання вуха, носоглотки, гайморит, тонзиліт, отит та інші.

Мікроорганізми(частіше стафілокок і стрептокок) потрапляють у мозкові оболонки гематогенним і лімфогенним шляхом.

Симптоми сходні з менінгококовим менінгітом.

Лікування: лікується основне захворювання. Треба ліквідувати гнійне вогнище.

Туберкульозний менінгіт

Виникає на фоні туберкульозу легень, бронхів, внутрішніх статевих органів і інших. Етіологія: туберкульозна паличка.

Патогенез: збудник проникає у субарахноїдальний простір з первинного вогнища(легень, бронхів, нирок) і уражає основу мозку, епендиму шлуночків, є проявом гематогенно-дисемінованого туберкульозу.

Ліквор:

- Прозорий;
- Витікає під ↑тиском;
- Зменшення глюкози;
- Лімфоцитарний плеоцитоз;
- Випадає фібринова плівка(в ній виявляють ВК), через 12 год при стоянні на свіжому повітрі.

Клініка:початок поступовий. Загальна слабкість, зниження інтересу до оточуючого, апатія, головний біль, субфебрильна t° .

Такий продромальний період триває 2-3 тижня, потім головний біль підсилюється, з'являється блювання, ригідність м'язів потилиці, симптом Керніга, Брудзинського.

Вегетативні розлади: пітливість, червоні плями на шкірі, порушення функції окорухового і зорового нервів.

Лікування: протитуберкульозні препарати і лікування менінгіту. Лікують до зникнення змін у лікворі.

Сифілітичний менінгіт

Виникає внаслідок проникнення в н/с збудника захворювання(блідної спірохети).

Виникає в перші дні після зараження, але часто розвивається через 3-5 років, скрита форма перебігає зі стертими симптомами ураження мозкових оболонок і діагностується на основі змін спинномозкової рідини, в якій визначають невелике збільшення білку і лімфоцитів, позитивна реакція RW і іммобілізації блідої трепонеми(РІБТ)

Гострий сифілітичний менінгіт

Починається гостро $t^{\circ}\uparrow$ до 38° , головний біль, запаморочення, блювання. Менінгіальні симптоми виражені не значно, порушення функцій окорухових нервів(птоз, диплопія), збільшується кількість лімфоцитів в спинномозковій рідині і білка, позитивна реакція RW і РІБТ.

Хронічний сифілітичний менінгіт

Розвивається у III періоді сифілісу.

Симптоми: біль голови(частіше нічна), блювання, ураження зорового(II),

окорухового(III), відвідного(VI), трійчастого(V), присінково-завиткового(предверноулиткового-VIII) з відповідними симптомами. Менінгіальні симптоми виражені незначно.

Може бути симптом Аргайлла-Робертсона – відсутність реакції зіниць на світло при збереженні їх реакції на конвергенцію і аккомодацию.

В спинномозковій рідині: збільшення лімфоцитів і білка, позитивні RW і РБІТ

Лікування спеціальне – основного захворювання із застосуванням

пеніциліну, біохинола, калія іодида і лікування менінгіта.

Енцефаліт

Це запалення головного мозку.

Залежно від характеру запалення розрізняють гнійний і серозний енцефаліт.

Збудник: віруси і бактерії.

Іноді розвивається алергічний енцефаліт.

Первинний енцефаліт

Виникає за безпосереднім впливом збудника на тканину мозку, а **Вторинний** – при захворюваннях внутрішніх органів, травмах та інших патологічних процесах.

За поширеністю пат.процесу енцефаліти поділяються на:

- 1) Лейкоенцефаліт – ураження білої речовини мозку.
- 2) Поліоенцефаліт - ураження сірої речовини мозку(епідемічний енцефаліт Економо).
- 3) Паненцефаліт – дифузне ураження нервових клітин, провідних шляхів головного та спинного мозку(кліщовий енцефаліт).

Клінічна картина зумовлена синдромами:

- 1) Загально-інфекційними;
- 2) Загальнономозковими;
- 3) Вогнищевими.

Первинний енцефаліт

- 1) Епідемічний енцефаліт Економо(летаргічний енцефаліт)

Етіологія: (невідомий) вірус.

В перебігу виділяють 2 стадії:

⇒ **Гостра**, в якій запальні процеси локалізуються в сірій речовині у стінках III шлуночка, ретикулярній формації, гіпоталамічній зоні, у ділянці ядер окорухових нервів.

⇒ **В хронічній стадії** – зміни локалізуються у блідій кулі, смугастому тілі, ядрах гіпоталамуса та мозкового стовбура, чорній субстанції.

Клініка:

- 1) **Гостра стадія** – підвищення температури тіла до 38°, головний біль, запаморочення, слабкість, катаральні явища. Приєднується сонливість, хворі сплять цілодобово, якщо їх розбудити, то вони знову засинають у будь-якому положенні;

Можливе безсоння(ні в день, ні в ночі – хворий не спить) або в день підвищена сонливість, а вночі безсоння.

Окорухові розлади(двоїння, параліч м'язів ока, двобічний птоз, спастичний міоз, зміна форми зіниць, параліч конвергенції і акомодатції).

Тріада Економо –

Окорухові розлади, порушення сну та лихоманка.

Вестибулярні та вегетативні порушення(запаморочення, ністагм), збільшення слиновиділення, підвищена пітливість, перепади АТ та пульсу, можуть бути гіперкінези, порушення свідомості, марення, галюцинації, депресія, гіпертермія, профузна пітливість, колапс та дихальна недостатність.

Через 3-6 тижнів – одужання, або через місяць і роки.

2) **Захворювання може перейти в хронічну стадію.** Проявляється нейроендокринними розладами та синдромом паркінсонізму.

Перші прояви у вигляді сповільненості рухів, загальна скутість, тремор рук та нижньої щелепи, надалі ознаки наростають і можуть бути гіперкінези, міоклонії, атетозні рухи, явища дистонії, порушення психіки (подразливість, сварливість, схильність до злого юмору, втрата інтересу до оточуючих, до долі рідних і близьких, стійка депресія, хворі стають настирливими, вразливими, афективно нестійкими).

Лікування:

Специфічних засобів не має.

В гострий період :

- ✓ Протівірусні (інтерферон);
- ✓ Дегідратаційні – лазикс, 40% р-н глюкози (100-200 мл в/в крап.), сульфат магнію 25% (10 мл в/в струм.);
- ✓ Вітаміни: розчин аскорбінової кислоти 5% 2мл в/в або 500 мг в таб, вітамін B₁₂ 250-500 мкг в/м;
- ✓ Антигістамінні;
- ✓ Холінолітики – циклодол 1-2 мг 2-3р, тропацин 10 мг 1-2 р на добу;
- ✓ Препарати £-дофа – паркопан, депакін 0,125 – 0,25 г до 5-6 раз на добу;
- ✓ Препарати беладонни, антидепресанти;
- ✓ Ноотропи, вітаміни групи В.

2) **Кліщовий весняно-літній епідемічний енцефаліт** – це гостре первинне вірусне природно-вогнищеве трансмісивне захворювання.

Етіологія: викликається нейротропним вірусом, який належить до групи арбовірусів і переноситься **самками кліщів, через укуси кліщів.**

Природним резервуаром є гризуни, дикі та домашні тварини.

Вірус потрапляє у шлунок кліща з кров'ю інфікованих тварин, проникає в усі органи, а також передається потомству.

Укус кліща безболісний, він глибоко проникає в шкіру, п'є кров протягом кількох днів, збільшується в розмірі і відпадає. Хворі часто відчують свербіж в місці укусу кліщі і видаляють його самі.

Можливе аліментарне зараження при вживанні молока заражених корів і кіз.

В організмі вірус поширюється **гематогенним шляхом** але має тропізм до ЦНС.

Захворювання носить **сезонний характер** (квітень-липень) і найчастіше виникає у людей, які внаслідок своєї трудової діяльності перебувають весною у лісі (тайгі – геологи, лісоруби, мисливці).

Клініка: тривалість інкубаційного періоду після укусу людини кліщем коливається від 7 до 21 дня.

Починається гостро – нездужання, біль у м'язах, без передвісників, з різкого підвищення t°, головний біль, нудота, блювання, озноб до 4-10 днів., біль у м'язах спини, шиї, рук, буває оглушення, менінгіальний синдром, психічні розлади.

На 3-4 день розвивається атрофічні паралічі м'язів шиї, проксимальних відділів рук та м'язів плечового поясу.

Менш уражаються дистальні відділи рук. Характерне звисання голови на груди, плечі опущені, руки звисають вздовж тулуба, їх неможливо підняти догори, відвести у боки, зігнути або розігнути, м'язи атрофовані, сухожилкові рефлексі відсутні. Нижні кінцівки уражуються рідко.

Бувають бульбарні розлади, порушення дихальної та серцевої діяльності.

Висока t° триває до 2х тижнів, далі поступово знижується. Зменшується головний біль, зникає менінгіальний синдром, покращується самопочуття хворого. Період одужання може тривати до 2х років.

Одужання може бути повним, іноді інвалідизуючий дефект(зберігається слабкість і атрофія м'язів шиї, плечового поясу, у проксимальних відділах верхніх кінцівок).

Форми кліщового енцефаліту

- 1) Поліомієлітна(класична);
- 2) Менінгеальна;
- 3) Менінгоенцефалітна – загально-мозкові і вогнищеві невротичні симптоми(парези, ураженняЧМН; гіперкінези, дихальні розлади, епілепсія Кожевнікова (постійні міоклонічні посмикування у певних групах м'язів, на тлі яких періодично виникають генералізовані судомні напади. Міоклонії зникають під час сну);
- 4) Полірадикулоневритна – рідко трапляється, уражаються спинномозкові корінці і периферичні нерви. Характеризується болем по ходу нервових стовбурів, симптоми натягування, чутливі і рухові розлади.

Імунітет залишається протягом усього життя.

Діагностика:

- 1) Епідеміологічні дані;
- 2) Перебування хворого в епідосередку у весняно-літній період;
- 3) Наявність даних щодо укусу кліща.
- 4) В крові – лейкоцитоз, ↑ ШОЄ;
- 5) У спинномозковій рідині – лімфоцитарний плеоцитоз, підвищення білка.

Вторинний енцефаліт

Грипозний енцефаліт- є ускладненням грипу .

Перші симптоми захворювання з'являються на першому тижні грипу.

На фоні субфебрильної температури і катаральних явищ загальний стан хворого знову погіршується ,з'являється головний біль,підвищення температури тіла,нерізко виражені менінгіальні симптоми,виявляють вогнищеві симптоми ураження нервової системи (парези кінцівок,зміна рефлексів,порушення функції черепних нервів ,патологічні рефлекси, ністагм, атаксія)

Порушення свідомості (оглушення,сопор,кома), можливі епілептичні припадки, психічні розлади.

В спинно-мозковій рідині виявляють лімфоцитарний плеоцитоз,збільшення білка .

Тяжкість захворювання різна: легкий, середньої тяжкості і тяжкий перебіг.

Тяжкий перебіг геморагічного грипозного менінгоенцефаліта

Починається раптово і проявляється втратою свідомості і вогнищевими симптомами (геміплегія,афазія)

В спинно-мозковій рідині- плеоцитоз,лейкоцити,еритроцити

Діагностика – базується на основі перенесеного грипу, вірусологічне і імунологічне дослідження

Лікування :

- Лікування основного захворювання
- антибіотики і сульфаніламідні для попередження ускладнень
- кортикостероїдні
- дегідратаційні
- вітаміни
- метаболична терапія (церебролізин, пірацетам, аміналон)

Профілактика –правильне лікування грипу

Ревматичний енцефаліт розвивається під час ревматичної атаки або в період затухання ревматичного процесу і являє собою –алергічний церебральний васкуліт

Речовина мозку уражується у даному випадку вторинно.

Починається гостро ,температура 39 С, головний біль,блювання,менінгіальні симптоми.Вогнищеві симптоми –парези,паралічі,гіперкінези,порушення функції ЧМН ,атаксія,епілептичні припадки,психічні розлади

Геморагічний ревматичний енцефаліт

Розвивається подібно інсульту в СПМР – плеоцитоз ($20-30 \cdot 10^6$ в 1 л лімфоцитів), а при геморагічному його варіанти - багато еритроцитів.

Ураження мозку при ревматизмі може проявитися у вигляді малої хореї, хворіють діти. Симптоми – гіперкінези, які розповсюджуються на обличчя, шию, руки, ноги, тулуб, діафрагму.

Насильницькі рухи нагадують мимовільні скорочення в різних групах м'язів, зміна ходи, мова невнятна (через гіперкінези, вони затрудняють ковтання, зниження тону м'язів).

З'являються рефлекси Гордона, поступово розвивається хорея, але вона триваліша (1-3 міс.).

Лікування – таке саме як при енцефаліті

- кортикостероїди;
- антибіотики;
- похідні саліцилової кислоти,
- антигістамінні препарати;
- вітаміни В, С, нікотинова кислота;
- кровозупинні (при геморагічному варіанті);
- симптоматичне
- заспокійливі та протисудомні засоби.

Догляд за хворими при енцефаліті

Хворі потребують особливого догляду, оскільки спостерігаються розлади свідомості, ковтання, рухові порушення (парези та паралічі кінцівок), насильницькі рухи, порушення координації.

У гострому періоді такі хворі повинні дотримуватись суворого ліжкового режиму.

Тому необхідно:

- постійно стежити за чистотою натільної і постільної білизни;
- не менше 2-х разів на день вмивати і підмивати хворих;
- обережно годувати з ложки та поїти з напувальника;
- необхідно стежити за тим, щоб хворі з руховими порушеннями та збудженням не падали з ліжка;
- у стані оглушення та загальмованості потрібно кожні 2-3 години змінювати положення тіла хворого в ліжку;
- протирати шкіру камфорним спиртом для профілактики пролежнів,
- використовувати функціональні ліжка зі спеціальними матрацами.

Ретельного догляду потребують пацієнти з руховими порушеннями: правильне розташування паралізованих кінцівок, розтирання, повороти у ліжку, своєчасне випорожнення сечового міхура і кишечника, при бульбарних порушеннях слідкувати за ЧД і серцевою діяльністю.

Лікування:

1. Стаціонарне лікування з дотриманням суворого ліжкового режиму, протягом періода лихоманки та ще 7 днів після нормалізації t° , ретельний догляд за станом легень, серцевої діяльності, випорожнення сечового міхура та кишечника, станом шкіри.

Має значення правильне розміщення паралізованих кінцівок, ЛФК, масаж.

2. В перші 3 дні вводять протиенцефалітний донорський імуноглобулін 3-6 мл 2-3 р. на день, а в наступні 2 дні – 3 мл в/м(із плазми донорів).
3. Гомологічний гамма- глобулін титрований проти вірусу кліщового енцефаліту(в/м по 6 мл щоденно протягом 3 днів).
4. Інактивовану культуральну вакцину проти кліщового енцефаліту(по 1 мл 3р. з інтервалом 10 днів).
5. Рибонуклеазу по 30 мг через кожні 4 год в/м в ізотонічному розчині NaCl протягом 4-5 днів.
6. Симптоматична терапія:
 - Дезінтоксикаційна
 - Дегідратація
 - Антигістамінні
 - Знеболювальні
 - Кортикостероїди

Для профілактики пневмонії:

- Антибіотики
- При бульбарних розладах – ШВЛ, інтенсивна терапія

Профілактика полягає у систематичному винищуванні кліщів та імунізації тих груп людей, яким загрожує небезпека зараження.

Вакцинацію проводять триразово у січні-березні перед виїздом на польові роботи або на роботи у лісову місцевість. Через рік проводять ревакцинацію.

Поліомієліт

- *Епідемічний дитячий параліч , хвороба Гейне – Медина* – це гостре респіраторне вірусне захворювання , яке характеризується переважним ураженням нейронів передніх рогів спинного мозку з виникненням парезів та паралічів .

Етіологія : викликається нейротропним вірусом з групи ентеровірусів , що містять ДНК . Резервуар та джерело інфекції є людина (хвора або носій) .

Передача вірусу– повітряно – крапельним шляхом або аліментарним .

Інфікування – при вживанні заражених продуктів та шляхом прямих контактів . Часто хворіють діти 2 – 4 років .

Інкубаційний період від 2 до 30 днів , в середньому 12-14 днів .

Потрапляючи в організм вірус розмножується у слизовій оболонці травного каналу , потім проникає в кров і розвивається стадія вірусемії .

Клініка : 4 періоди

- 1). Препаралітичний період (або запальноінфекційний) – розвивається гостро , гарячка , сонливість , слабкість , нудота , блювання , проноси , менінгіальний синдром .
- 2). Паралітичний – в перші 5 днів захворювання після зниження температури . Параліч млявий , ураження проксимальних відділів кінцівок – ніг , рук супроводжуються больовим відчуттям , ураженням черепно-мозкових нервів, дихальних м'язів .
- 3). Відновний період – від декількох тижнів , місяців до 2-х років і переходить у резидуальний період
- 4). Період резидуальний (залишкових явищ) . Іноді дитина стає інвалідом , ураженні кінцівки , відстають у рості , наростає атрофія м'язів , розвиваються контрактура . Тяжка форма поліомієліта – висхідний параліч Ландрі . Коли процес починається у нижніх відділах спинного мозку , переходить на грудні і шийні його відділи , потім на довгастий мозок , спричинюючи бульбарні розлади . Летальний наслідок настає в результаті паралічу дихання і зупинки серця . Перебіг гострий , триває 1-2 дні , буває менінгеальна форма , коли м'язи не уражаються .

Для діагностики :

- дослідження спинномозкової рідини – плеоцитоз , підвищена кількість білка .
- виділення вірусу із фекалій , носоглоткових змивів .
- у період залишкових явищ виявляють зміни на рентгенограмах кінцівок .

Лікування :

- 1.госпіталізація
 - 2.ізоляція на перші 3 тижні
 - 3.суворий ліжковий режим
 - 4.спокій
 - 5.гамаглобулін в/м , 2-3 ін'єкцій , 1 мл/кг маси тіла .
 - 6.знеболення
 - 7.при розладах дихання ШВЛ
 8. Віт С , В12 , глутамінова кислота , прозерин , дібазол .
 9. Масаж , ЛФК
- 3 2 – 3 тижня проводять масаж і пасивна гімнастика уражених кінцівок , УВЧ , діатермія на уражені ділянки спинного мозку .

Профілактика :

1. Ізоляція хворих не менше ніж на 21 день , при тяжких формах – 40 днів . Після ізоляції – дезінфекція приміщення і речей .
 2. Контактним дітям вводять поліомієлітну вакцину , 21 день спостерігають .
- Вакцина Себіна у вигляді драже 3 рази з інтервалом 1 міс.

Мієліт

Запалення спинного мозку (і білої і сірої речовини)

Етіологія : інфекційного , інтоксикаційного і травматичного походження .

- Первинні мієліти спричинені нейровірусами поліомієліту , сказу , простого герпесу , при туберкульозному і сифілітичному ураженні .
- Вторинний – як ускладнення загально- інфекційних захворювань (грип, пневмонії , скарлатини) .
- Інфекція поширюється гематогенним шляхом, а травматичний - при травмах

Клініка : розвивається гостро або підгостро з підвищення температури 38-39 °, озноб , нездужання , біль і парестезії в спині і нижніх кінцівках , що змінюються анестезією . Симптоми нарастають протягом 3х днів , виникають рухові розлади і порушення функцій органів малого тазу .

У гострий період – м'яві паралічі , тонус у паралізованих кінцівках знижений , рефлексі знижені або відсутні , з'являються патологічні рефлексі (стопні) .

Якщо процес розвивається у шийному і грудному сегментах спинного мозку через кілька днів м'яві паралічі переходять у спастичні , виникають трофічні розлади і утворюються пролежні .

При ураженні верхніх шийних сегментів спинного мозку розвивається спастичний параліч всіх кінцівок .

Якщо вогнище знаходиться у ділянці шийного потовщення , то розвивається в'ялий параліч рук і спастичний параліч ніг .

При ураженні грудного відділу – спастичний параліч нижніх кінцівок і розлад функцій тазових органів .

Ураження поперекового відділу (потовщення) – в'ялий параліч нижніх кінцівок .

Порушення чутливості за приводниковим типом (нижче вогнища ураження) , нетримання сечі і калу . Може бути висхідне прогресування мієліту і запалення поширюється на стовбур мозку (зупинка дихання і серця)

В спинномозковій рідині підвищення білка , плеоцитоз (лімфоцити нейтрофіли) .

Летальність від сепсису .

Лікування :

- 1.госпіталізація

2.антибіотики

3.глюкокортикостероїди

4.дегідратація (Фуросемід 40 – 80 мг в\в , манітол 15 % - 200 мл в/вкраплинно)

5.антигістамінні

6.вітаміни

7.анальгетики

Постійний догляд за шкірою (профілактика пролежнів) , профілактика уросепсису – дренажу сечового міхура(профілактика висхідної інфекції) . Після гострого періоду реабілітаційні заходи – ЛФК , масаж , пасивні рухи у суглобах паралізованих кінцівок , правильна укладка рук і ніг . Електростимуляція сечового міхура , санаторно-курортне лікування .

Абсцес мозку

Це обмежене накопичення гною у речовині мозку .

Етіологія :гнійні процеси середнього та внутрішнього вуха(отогенні процеси),процеси придаточних пазух носа, травма черепа, гнійні захворювання легень,сепсис

Клініка:

Гостро-головний біль ,блювання ,підвищення температури тіла, порушення свідомості , млявість, апатія, диспептичні явища,порушення сну, менінгіальний синдром , брадикардія.

Ускладнення:

- прорив гною під оболонки або в шлуночки мозку

КТ- кільцевидна тінь

Лікування:

Хірургічне-видалення з капсулою. При неможливості хірургічного лікування

–консервативне. Антибіотики, дегідратаційна терапія, дезінтоксикаційна, вітамінотерапія, симптоматична терапія.

Рекомендована література

Базова

Кареліна Т.І., Касевич Н.М. Неврологія Підручник. — К.: Медицина, 2010.