

НЕВРОЛОГИЯ



Клещевой энцефалит

КЛЕЩЕВОЙ ЭНЦЕФАЛИТ
(ЭНЦЕФАЛИТ ВЕСЕННЕ-ЛЕТНЕГО
ТИПА, ТАЕЖНЫЙ ЭНЦЕФАЛИТ) -
ВИРУСНАЯ ИНФЕКЦИЯ,
ПОРАЖАЮЩАЯ ЦЕНТРАЛЬНУЮ И
ПЕРИФЕРИЧЕСКУЮ НЕРВНУЮ
СИСТЕМУ. ТЯЖЁЛЫЕ
ОСЛОЖНЕНИЯ МОГУТ
ЗАВЕРШИТЬСЯ ПАРАЛИЧОМ И
ЛЕТАЛЬНЫМ ИСХОДОМ.



ОСНОВНОЙ РЕЗЕРВУАР ВИРУСА
КЛЕЩЕВОГО ЭНЦЕФАЛИТА В
ПРИРОДЕ - ПЕРЕНОСЧИКИ,
ИКСОДОВЫЕ КЛЕЩИ, РЕАЛЬНОЕ
ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ
ИМЕЮТ ДВА ВИДА: *IXODES*
PERSULCATUS (ТАЁЖНЫЙ КЛЕЩ) В
АЗИАТСКОЙ И В РЯДЕ РАЙОНОВ
ЕВРОПЕЙСКОЙ ЧАСТИ, *IXODES*
RICINUS (ЛЕСНОЙ КЛЕЩ) - В
ЕВРОПЕЙСКОЙ ЧАСТИ.



ПРИЗНАКИ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Инкубационный период - 7-14 дней с колебаниями от одних суток до 30 дней.

Возможна кратковременная слабость в конечностях, мышцах шеи, онемение кожи лица и шеи.

Клинические проявления многообразны.

Болезнь часто начинается остро, озноб и повышения температуры тела до 38–40°C. Лихорадка длится от 2 до 10 дней. Общее недомогание, резкая головная боль, тошнота и рвота, разбитость, утомляемость, нарушения сна.

В остром периоде - гиперемия кожи лица, шеи и груди, слизистой оболочки ротоглотки, инъекция склер и конъюнктив.

Характерны мышечные боли, далее парезы и параличи. Им предшествуют онемение и парестезии.

Может возникать помрачение сознания, оглушенность, усиление которых может достигать степени комы.

В месте присасывания клещей появляются разного размера эритемы.



ВЫДЕЛЯЮТ ПЯТЬ КЛИНИЧЕСКИХ ФОРМ КЛЕЩЕВОГО ЭНЦЕФАЛИТА:

- лихорадочная (стертая);
- менингеальная;
- менингоэнцефалитическая;
- полиомиелитическая;
- полирадикулоневритическая.



ЛИХОРАДОЧНАЯ ФОРМА

- характеризуется благоприятным течением с быстрым выздоровлением. Продолжительность лихорадки - 3-5 дней. Основными клиническими признаками являются токсико-инфекционные проявления: головная боль, слабость, тошнота - при слабо выраженной неврологической симптоматике. Показатели ликвора без отклонений от нормы.



МЕНИНГЕАЛЬНАЯ ФОРМА

- Наиболее частая форма. Больные жалуются на сильную головную боль, усиливающуюся при малейшем движении головы, головокружение, тошноту, однократную или многократную рвоту, боли в глазах, светобоязнь. Вялость, заторможенность. Определяется ригидность мышц затылка, симптомы Кернига и Брудзинского. Менингеальные симптомы держатся на протяжении всего лихорадочного периода. Продолжительность лихорадки в среднем 7-14 дней. В ликворе - умеренный лимфоцитарный плеоцитоз до 100-200 в 1 мм³, увеличение белка.



МЕНИНГОЭНЦЕФАЛИТИЧЕСКАЯ ФОРМА

- Более тяжёлое течение. Возможен бред, галлюцинации, психомоторное возбуждение с утратой ориентировки в месте и во времени. Могут развиваться эпилептические припадки. Различают диффузный и очаговый менингоэнцефалит.
- При диффузном менингоэнцефалите выражены общемозговые нарушения (глубокие расстройства сознания, эпилептические припадки) и рассеянные очаги органического поражения мозга в виде псевдобульбарных расстройств (нарушение дыхания), неравномерности глубоких рефлексов, асимметричных патологических рефлексов, центральных парезов мимической мускулатуры и мышц языка.
- При очаговом менингоэнцефалите быстро развиваются капсулярные гемипарезы, парезы после джексоновских судорог, центральные монопарезы, миоклонии, эпилептические припадки, реже - подкорковые и мозжечковые синдромы. В редких случаях (как следствие нарушения вегетативных центров) может развиваться синдром желудочного кровотечения с кровавой рвотой. Характерны очаговые поражения черепных нервов III, IV, V, VI пар, несколько чаще VII, IX, X, XI и XII пар. Позднее может развиваться кожевниковская эпилепсия, когда на фоне постоянного гиперкинеза появляются генерализованные эпилептические припадки с потерей сознания.



ПОЛИОМИЕЛИТИЧЕСКАЯ ФОРМА

- Характеризуется продромальным периодом (1-2 дня), в течение которого отмечаются общая слабость и повышенная утомляемость. Подергивания мышц фибриллярного или фасцикулярного характера, отражающие раздражение клеток передних рогов продолговатого и спинного мозга. Внезапно может развиваться слабость в какой-либо конечности или появление чувства онемения в ней (в дальнейшем в этих конечностях нередко развиваются выраженные двигательные нарушения).
- В последующем на фоне фебрильной лихорадки (1-4-й день первой лихорадочной волны или 1-3-й день второй лихорадочной волны) и общемозговых симптомов развиваются вялые парезы шейно-плечевой (шейно-грудной) локализации, которые могут нарастать в течение нескольких дней, а иногда до 2 недель. Наблюдаются симптомы, описанные А.Пановым ("свисающая на грудь голова", "горделивая осанка", "согбенная сутуловатая поза", приемы "туловищного забрасывания рук и запрокидывания головы").
- Полиомиелитические нарушения могут сочетаться с проводниковыми, обычно пирамидными: вялые парезы рук и спастические - ног, комбинации амиотрофий и гиперфлексии в пределах одной паретической конечности. В первые дни болезни у больных этой формой клещевого энцефалита часто резко выражен болевой синдром. Наиболее характерная локализация болей в области мышц шеи, особенно по задней поверхности, в области надплечий и рук. В конце 2-3-й недели болезни развивается атрофия пораженных мышц.

ПОЛИРАДИКУЛОНЕВРИТИЧЕСКАЯ ФОРМА

- В данной форме характерно поражение периферических нервов и корешков.
- У больных появляются боли по ходу нервных стволов, парестезии (чувство "ползания мурашек", покалывание). Определяются симптомы Лассега и Вассермана. Появляются расстройства чувствительности в дистальных отделах конечностей по полиневральному типу.



ЛЕЧЕНИЕ

- В остром периоде болезни следует назначать постельный режим до исчезновения симптомов интоксикации.
- Необходимо назначение витаминов группы В и С. Аскорбиновая кислота, стимулирующая функцию надпочечников, а также улучшающая антиоксидескую и пигментную функции печени, должна вводиться в количестве от 300 до 1000 мг/сут.
- Этиотропная терапия заключается в назначении гомологичного гамма-глобулина, титрованного против вируса клещевого энцефалита. Гамма-глобулин рекомендуют вводить по 6 мл внутримышечно, ежедневно в течение 3 суток. Лечебный эффект наступает через 12-24 ч после введения гамма-глобулина - температура тела снижается до нормы, общее состояние больных улучшается, головные боли и менингеальные явления уменьшаются, а иногда и полностью исчезают.
- Для специфического противовирусного лечения клещевого энцефалита используется также рибонуклеаза (РНК-аза). РНК-аза задерживает размножение вируса в клетках нервной системы, проникая через гематоэнцефалический барьер. Рибонуклеазу рекомендуют вводить внутримышечно в изотоническом растворе натрия хлорида (препарат разводят непосредственно перед выполнением инъекции) в разовой дозе 30 мг через 4 часа.
- Современным способом лечения вирусных нейроинфекций является применение препаратов интерферона (реаферона, лейкинферона), которые можно вводить внутримышечно, внутривенно, эндолюмбально и эндолимфатически.
- Патогенетическая терапия при лихорадочной и менингеальной формах клещевого энцефалита, как правило, заключается в проведении мероприятий, направленных на уменьшение интоксикации. С этой целью производят пероральное и парентеральное введение жидкости с учетом водно-электролитного баланса и кислотно-основного состояния.
- При менингоэнцефалитической, полиомиелитической и полирадикулоневритической формах болезни дополнительное назначение глюкокортикоидов является обязательным. Если у больного нет бульбарных нарушений и расстройств сознания, то преднизолон применяют в таблетках из расчета 1,5-2 мг/кг в сутки. Назначают препарат равными дозами в 4-6 приемов в течение 5-6 дней, затем дозировку постепенно снижают (общий курс лечения 10-14 дней). Одновременно больному назначают соли калия, щадящую диету с достаточным содержанием белков. При бульбарных нарушениях и расстройствах сознания преднизолон вводят парентерально при увеличении вышеуказанной дозы в 4 раза. При бульбарных нарушениях (с расстройством глотания и дыхания) с момента появления первых признаков дыхательной недостаточности должны быть обеспечены условия для перевода больного на ИВЛ.
- Центральные параличи лечат антиспастическими средствами (мидокалм, мелликтин, баклофен, лиорезал), препаратами, улучшающими микроциркуляцию в сосудах и трофику мозга в очагах поражения и клетках, берущих на себя функцию погибших структур (сермион, трентал, кавинтон, стугерон, никотиновая кислота на глюкозе внутривенно) в обычных дозировках. Миорелаксирующим действием обладают седуксен, скутамил Ц, сибазон.
- Судорожный синдром требует длительного (4-6 месяцев) приема противосудорожных средств: при джексоновской эпилепсии - фенобарбитал, гексамидин, бензонал или конвулекс; при генерализованных припадках - сочетание фенобарбитала, дефинина, суксилепа, при кожевниковской эпилепсии - седуксен, ипразид или фенобарбитал. При полиморфных припадках с несудорожным компонентом присоединяются финлепсин, триметин или пикнолепсин в общепринятых дозах.