

**НЕЙРОІНФЕКЦІЇ
У ПРАКТИЦІ КЛІНІЦИСТА.
ПРОБЛЕМИ ДІАГНОСТИКИ
ТА ЛІКУВАННЯ**

**Матеріали
науково-практичної конференції
з міжнародною участю
31 березня - 1 квітня 2011 року**

**Під редакцією
проф. В.П. Малого**



Харків

Міністерство охорони здоров'я України
Харківська медична академія післядипломної освіти
Харківський національний університет ім. В.Н. Каразіна
ДУ "Інститут неврології, психіатрії та наркології НАМН"

НЕЙРОІНФЕКЦІЇ У ПРАКТИЦІ КЛІНІЦИСТА. ПРОБЛЕМИ ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ

Матеріали
науково-практичної конференції
з міжнародною участю

31 березня - 1 квітня 2011 року

Під редакцією проф. В.П. Малого

Харків - 2011

наблюдения показали преимущественно доброкачественное течение, при этом у 66% больных регистрировались среднетяжелые, у 27% случаев – легкие, у 7% – тяжелые формы болезни. Тяжесть состояния была обусловлена выраженностью и длительностью синдрома интоксикации и неврологической симптоматики.

Таким образом, клиническая картина энтеровирусных менингитов характеризовалась наличием общеинфекционного, общемозгового и менингеального синдромов; заболевание протекало чаще в среднетяжелой форме, более тяжелое течение имело место у детей до 3 лет. В неврологическом статусе у всех детей наблюдался общемозговой и менингеальный синдромы с выраженной ригидностью мышц затылка и симптомом Кернига; рассеянная очаговая симптоматика преобладала в виде пирамидной недостаточности. На фоне комплексного лечения отмечалась благоприятная динамика неврологического статуса с угасанием головной боли в пирамидной симптоматике к концу первой недели заболевания; к моменту клинического выздоровления у небольшого количества больных сохранялись менингеальные знаки в виде ригидности мышц затылка и симптома Кернига.

ОСОБЛИВОСТІ УРАЖЕННЯ ЦЕНТРАЛЬНОЇ НЕРВОВОЇ СИСТЕМИ ПРИ ТОКСОПЛАЗМОЗІ

Львіна Н.І., Захлебсва В.В.
Сумський державний університет

Токсоплазмоз належить до інфекцій, які мають не тільки медичне, а й соціальне значення у зв'язку з широким поширенням збудника в природі, високою інфікованістю населення та можливістю внутрішньоутробного трансплацентарного інфікування плода.

Політропізм збудника зумовлює ураження самих різноманітних органів і систем організму і, як наслідок, поліморфізм клінічної картини хвороби. Переважно уражаються органи зору, центральна нервова система, внутрішні органи.

Нейротоксоплазмоз спостерігається у третини хворих. Це зумовлено тропністю токсоплазм до нервових клітин, у яких збудник розмножується з утворенням псевдоцист. Після руйнування уражених клітин у місцях загибелі нервової тканини відкладаються солі кальцію, утворюючи дрібні кальцифікати.

При нейротоксоплазмозі спочатку вражається судинне сплетіння мозку. Це супроводжується гіперпродукцією ліквору і лікворно-гіпертензивним синдромом. Згодом токсоплазми потрапляють в оболонки і речовину мозку.

При прирощеному токсоплазмозі спостерігається триада Себіна: гідроцефалія із судинним синдромом, кальцифікати в мозку і хоріоретиніт. У деяких випадках приєднується четвертий синдром – епілепсія. У дітей відбувається затримка психічного і фізичного розвитку.

При набутому токсоплазмозі найчастіше уражаються головний мозок та його оболонки, рідше – спинний мозок і периферична нервова система.

Гострий енцефаліт або менінгоенцефаліт виникає раптово. Спостерігаються різкий головний біль, блювання, підвищення температури до 40°C. Часто з'являється розеольозно-папульозне висипання, збільшення лімфатичних вузлів. Неврологічна симптоматика різноманітна і визначається локалізацією збудника в головному мозку. При цьому спостерігаються порушення рухових функцій, мозочкові розлади, затьмарення свідомості, іноді гострий психоз.

Хронічний набутий нейротоксоплазмоз характеризується значним клінічним поліморфізмом: енцефаліт, церебральний менінгіт, енцефаломієліт, енцефаломієлополірадікулоневрит, поліневрит і вегето-судинна дистонія. Найбільш частою формою клінічного перебігу є хронічний енцефаліт. Його клінічні прояви різноманітні. В одних хворих домінують симптоми дифузної ураження мозку, в інших – симптоматика переважного ураження підкіркових, гіпоталамічних, стовбурових відділів і кори мозку.

При хронічному токсоплазмозному енцефаліті спостерігаються такі синдроми: гіпоталамічний, гіперкінетичний, вестибулярно-мозочковий, епілептиформний, аміостатичний, гіпертензивний, вегетосудинний, розлади психіки. При цьому енцефаліті переважно уражається гіпоталамічний відділ мозку, внаслідок чого відбувається подразнення вегетативних ядер. Це спричиняє симпатоадреналові напади, які супроводжуються серцебиттям, ознобом, тремтінням, відчуттям страху, психомоторним збудженням, підвищенням артеріального тиску, температури і закінчується поліурією.

Порушення рухових функцій при хронічному токсоплазмозному енцефаліті спостерігається нечасто і проявляється спастичним геміпарезом або монопарезом, а також пірамідною недостатністю. При локалізації токсоплазми в руховій зоні кори великих півкуль розвивається епілептиформний синдром.

Психопатичні розлади нерідко проявляються астеничним синдромом із його різновидами (астенодепресивний, астеноіпохондричний, психоподібний, фобічний, obsесивний тощо).

Іноді набутий нейротоксоплазмоз проявляється обмеженим церебральним менінгітом з головним болем, запамороченням, потемнінням в очах, блюванням при вставанні з ліжка або різких рухах голови, а також симптомами ураження III, IV, VII, XII пар черепномозкових нервів. Ізольоване ураження периферичної нервової системи при нейротоксоплазмозі спостерігається рідко. Часто вона уражається разом із головним або спинним мозком.

Таким чином, ураження нервової системи при токсоплазмозі має клінічний поліморфізм і залежить від локалізації патологічного процесу в центральній нервовій системі.