ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ
ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«КРАСНОЯРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ ПРОФЕССОРА В.Ф. ВОЙНО-ЯСЕНЕЦКОГО»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Кафедра нервных болезней с курсом медицинской реабилитации ПО

РЕФЕРАТ

Тема: Энцефалит Экономо (эпидемический, летаргический, сонная болезнь)

Выполнил:
Ординатор первого года обучения
Передерий Е.А.

Проверил:
Ассистент кафедры нервных
болезней с курсом медицинской
реабилитации ПО
Субочева С.А.

Красноярск
2020

Энцефалит— группа заболеваний, характеризующихся воспалением головного мозга (суффикс «itis» указывает на воспалительный характер заболевания). Наиболее рациональным принципом классификации инфекционных заболеваний является классификация по их причинам (этиологическим факторам). Но так как причину энцефалитов установить удаётся не всегда, то при классификации энцефалитов используют ещё и особенности протекания процесса заболевания (патогенетический фактор). Исходя из этих принципов, энцефалиты делят на первичные и вторичные, вирусные и микробные, инфекционно-аллергические, аллергические и токсические.

Историческая справка

Эпидемический энцефалит впервые был подробно описан в 1917 году венским профессором Экономо, наблюдавшим эпидемическую вспышку этого заболевания в 1915 году под Верденом. Во время эпидемии 1915—1925 годов, охватившей почти все страны мира, эпидемический энцефалит изучали многие исследователи. Одним из первых особенности течения и клиники эпидемического энцефалита у детей детально описал в 1923 году Н. Ю. Тарасович. После 1925 года отмечалось постепенное снижение заболеваемости эпидемическим энцефалитом, и в настоящее время регистрируются лишь спорадические случаи; значительных эпидемических вспышек не наблюдается.

Эпидемиология

Источником инфекции энцефалита Экономо является человек. Инфицирование возможно контактным или воздушно-капельным путями. Вертикальный путь передачи инфекции осуществляется трансплацентарно или постнатально. Наиболее восприимчивы дети раннего возраста. Чётко выраженной сезонности нет.

Этиопатогенез

Возбудитель эпидемического энцефалита не выделен. Предполагают, что это вирус, который содержится в слюне и слизи носоглотки; нестоек и быстро

погибает во внешней среде. Входными воротами инфекции является слизистая оболочка верхних дыхательных путей. Предполагают, что вирус проникает в центральную нервную систему, особенно в серое вещество вокруг сильвиева водопровода и третьего желудочка. В нервных клетках проходит накопление возбудителя, после чего наступает повторная вирусемия, совпадающая с началом клинических проявлений.

Патоморфология

Для эпидемического энцефалита характерно поражение базальных ядер и ствола мозга. Страдают преимущественно клеточные элементы. При микроскопии обнаруживаются выраженные воспалительные изменения: периваскулярная инфильтрация мононуклеарами и плазматическими клетками в виде муфт, значительная пролиферация микроглии, иногда с образованием глиозных узелков. В хронической стадии наиболее выраженные изменения локализуются в чёрном веществе и бледном шаре. В этих образованиях отмечаются необратимые дистрофические изменения ганглиозных клеток. На месте погибших клеток формируются глиозные рубцы.

В течении энцефалита Экономо выделяют две фазы: острую и хроническую. Начало острой фазы наводило на мысль о типичном инфекционном заболевании; затем появлялись симптомы поражения мозга, настолько разнообразные, что при летаргическом энцефалите можно было встретить практически любой неврологический синдром. При поражении любой структуры могли проявляться как «симптомы раздражения», так и «симптомы выпадения» — у разных больных, попеременно у одного и того же «раздражение» в острой фазе могло смениться «выпадением» в хронической и наоборот.

1. Двигательные расстройства:

Поражения черепных нервов, чаще глазодвигательных (с одной стороны — птоз, параличи взора, с другой — окулогирные кризы), реже V (параличи жевательных мышц, болевой синдром, с другой стороны — тризм);

Пирамидные (гемиплегии) и экстрапирамидные (хотя и более характерная для хронической формы мышечная ригидность) гипокинезии или гиперкинезы (хорея или гемихорея, миоклонические подергивания).

2. Расстройства сна:

«Летаргия» — называя ее ключевым симптомом энцефалита, Экономо имел в виду сомноленцию: спутанность сознания, сниженное внимание и реактивность, замедленное мышление, склонность при первой возможности быстро засыпать, в том числе сидя или стоя. В таком состоянии пациент пребывал сутками; если прогрессировало нарушение сознания, развивались более глубокие его уровни: сопор и кома; также больной мог впадать в состояние длительного сна, вплоть до месяцев, нормального по всем параметрам, кроме продолжительности (хотя мы не можем уверенно говорить об этом, не имея данных сомнографии — первая энцефалограмма у человека была снята в 1928 году, уже после завершения эпидемии);

Приступы нарколепсии (внезапного, а не на фоне сниженного уровня сознания, засыпания) и катаплексии (такой же внезапного потери мышечного тонуса при сохраненном сознании, без засыпания);

Бессонница (часто в сочетании с дневной сонливостью и нарколептическими приступами), резистентная к снотворным препаратам, состояла не в низком качестве сна или легких пробуждениях, а в повышенной возбудимости, гиперактивности в ночное время, которая проявлялась различными непроизвольными движениями и дистониями и давала изможденному больному уснуть только под утро;

Парасомнии (например, снохождение);

Вторичная инверсия цикла сон-бодрствование: ночные гиперкинезы приводят к бессоннице, в итоге пациент спит в основном в светлое время суток; или ночью несколько проясняется сознание и уменьшается сонливость.

3. Психические расстройства

Возможны как сниженная возбудимость и раздражимость, так и повышенные;

Изменения настроения разной полярности (депрессия с суицидальным поведением или гипомания);

Изменения личности, которые могли проявляться только в острый период, а могли появиться после его окончания и сохраниться после перенесенного заболевания на всю жизнь (проявлялись резким изменением отношения к родственникам, успеваемости/способности выполнять прежнюю работу, асоциальным поведением);

Умственная отсталость и задержка развития у детей;

Навязчивые мысли и действия, психозы, сопровождавшиеся криминальным поведением; в юридической практике описаны случаи убийств, совершенных маленькими детьми, перенесшими летаргический энцефалит.

Описаны три основные клинические формы острой фазы летаргического энцефалита.

Первая и наиболее распространенная — сомнолентно-офтальмоплегическая. Экономо утверждал, что именно в этой форме нам предстоит увидеть летаргический энцефалит вновь, и именно по этим признакам иногда до сих пор ставят такой диагноз, хотя правомерность его сомнительна. Заболевание при этой форме начиналась с небольшого повышения температуры, головной боли, общего недомогания, слабо выраженного фарингита. В первые же дни появлялись признаки поражения ядер черепных нервов, наиболее частый из которых — птоз, и постепенно нарастали нарушения сознания, достигая уровня сомноленции.

Вторая форма — гиперкинетическая, проявляющаяся «симптомами раздражения» в двигательных структурах, тревожными или гипоманическими состояниями, а также расстройством сна по типу бессонницы.

Третья форма — амиостатически-акинетическая, более характерна для резидуальных явлений хронической фазы и состоит в явлениях мышечной ригидности из-за повышенного тонуса, то есть, по сути, паркинсонизма.

Как это часто бывает с инфекционными заболеваниями, острая фаза могла проходить бессимптомно или малосимптомно, когда пациент уже потом, вспоминая, говорил о легких проявлениях гиперкинетической или сомнолентно-офтальмоплегической формы, но в поле зрения врача попадал с нарастающими, инвалидизирующими проявлениями хронической фазы. Многие случаи энцефалита регистрировались post factum, когда, например, у ребенка развивались на фоне полного здоровья нарколепсия, гиперсомния или изменения личности. Однако самое известное проявление хронической фазы — постэнцефалитический паркинсонизм.

Наиболее часто он разивался через 1–5 лет после перенесенной острой фазы в гиперкинетической форме; над тремором преобладали скованность и брадикинезия, верхние конечности поражались в большей степени, чем нижние. Особенность состояла в наличии окулогирных кризов (эпизодическом содружественном отклонении глаз), эпизодов кататонии (например, восковой гибкости), катаплексии и парадоксальной кинезии — на краткие моменты времени способность к плавным активным движениям у таких пациентов могла восстанавливаться. Жертвами постэнцефалитического паркинсонизма часто становились молодые люди, к тридцати-сорока годам это были уже практически полностью обездвиженные пациенты психоневрологических интернатов. Препарат дофамина, леводопа, один из основных в лечении болезни Паркинсона сегодня, был впервые опробован именно на этой категории пациентов, в то время считавшихся безнадежными.

Диагноз устанавливают на основании клинических проявлений: температурная реакция, поражение глазодвигательных нервов, гиперкинезы. Решающим диагностическим признаком в позднем периоде является формирование синдрома паркинсонизма. Дифференциальный диагноз проводят с опухолями мозга, интоксикациями тяжелыми металлами, энцефалитами другой этиологии (клещевой и др.). Лечение должно проводиться в стационаре. В остром периоде назначают противовоспалительную, дегидратационную и симптоматическую терапию. В периоде остаточных явлений при синдроме паркинсонизма показаны противопаркинсонические средства (левопа, мидантан, наком). При психозах применяют транквилизаторы; если необходимо, назначают галоперидол,

дроперидол, тизерцин, а также финлепсин (при пароксизмах), антидепрессанты (при депрессии). Во всех случаях длительно назначают ноотропные препараты, витамины, общеукрепляющие и сердечно-сосудистые средства. Прогноз в острой стадии в большинстве случаев относительно благоприятный. При развитии паркинсонизма двигательные нарушения могут приводить к инвалидности.

Рецензия на реферат ординатора первого года обучения

Кафедры нервных болезней с курсом медицинской реабилитации ПО

Летаргиический энцефалиит (также известный как эпидемический летаргический энцефалит Экономо, энцефалит А, болезнь Крюше, разг. сонная болезнь) — атипичная форма энцефалита. Впервые болезнь описана в 1917 году австрийским психиатром и неврологом Константином фон Экономо. Болезнь поражает преимущественно промежуточный и средний мозг, в результате чего больные оказываются в стазисо-подобном состоянии, безмолвными и неподвижными.

Между 1915 и 1926 годом эпидемия летаргического энцефалита распространилась по всему миру. С тех пор эпидемий данной болезни больше не было, но сообщалось об отдельных случаях заболевания.

Ассистент кафедры нервных болезней
с курсом медицинской
реабилитации ПО
Субочева С.А.
Суб-