

# Kazuistika

**NO:** pacient (30let) odeslán praktickým lékařem pro výrazné bolesti hlavy a postupně se rozvíjející slabost pravé horní končetiny. Pacient udává, že měl před pár týdny bolesti kloubů, teplota a bylo mu na zvracení. Občas na bolesti hlavy trpí. Nemůže spát, zhoršila se paměť

**FA:** Paralen dle potřeby. Nyní do medikace nasazen Nimesil až 3x/den.

**Abusus:** nekouří, nepije

**EA:** Poslední klíště měl snad před 3 měsíci. Žádnou kožní vyrážku nepozoroval.

# Kazuistika

## Objektivní vyšetření:

Velmi lehká porucha polykání, slabost pravé horní končetiny (chabá). Je světloplachý. Má pozitivní meningeální příznaky.

**CT mozku** neproказuje jasnou patologii.

## Provedena lumbální punkce:

Kde 50 monocytů, celková bílkovina 0,9g/l = serózní zánět.

**Jakou diagnózu má  
pacient?**

**M U N I**

**KAPITOLA SEDMÁ**

# **Neuroinfekce**

Neurologie II - FSpS

Ľubica Joppeková

Neurologická klinika FN Brno

# Neuroinfekce

= zánětlivé postižení centrálního a periferního nervového systému

---

- Mozku = encefal**itida**
- Mozečku = cerebel**itida**
- Mozkových obalů = mening**itida**
- Míchy = myel**itida**
- Nervů = neur**itida**
- Míšních kořenů = radikul**itida**

# Neuroinfekce – klinické dělení

## DIFUZNÍ PROCESY

- Meningitida
  - Encefalitida
  - Myelitida
  - Polyradikulitida a polyneuritida
- 
- **často dochází k překrývání a sdružování**  
(meningoencefalitida, encefalomyelitida)

## LOŽISKOVÉ PROCESY

- Ložiskové encefalitidy (např. herpetická)
- mozkový absces a empyém (bakteriální, parazitární)
- Granulom (např. toxoplasmový či tuberkulózní)

# INFEKCE CNS – dle infekčního agens

VIRY

BAKTERIE

HOUBY

PARAZITI

PRIONY

AUTOIMUNITA

TOXINY

Rozdělení dle vzniku:

- AKUTNÍ
- SUBAKUTNÍ
- CHRONICKÉ

# INFEKCE CNS – dle zánětlivého infiltrátu

## TOXINY

### HNISAVÝ

- Purulentní
- Způsobené nejčastěji bakteriemi (Neisseria, Haemophilus, Streptococcus)

### NEHNISAVÝ

- Serózní
- Způsobené nejčastěji neurotropními viry
- Mohou být způsobené i bakteriemi (spirochéty - např. borelioza, mykoplazmata, ev. další (rickettsie, ehrlichie, bartonelly)

### SPECIFICKÝ

- Často také purulentní
- Nejtypičtějším zástupcem je tuberkulóza a mykotické infekce.



# MENINGITIDA

= zánět mozkových obalů

- Typicky rozlišujeme na **hnisavé (purulentní)** a **nehnisavé (serózní)** (rozliší mozkomíšní mok)

## HNISAVÁ MENINGITIDA (bakteriální)

- Etiologie záleží na věku pacienta.
  - **NOVOROZENEK** = Streptokoky a G- enterobakterie (např. E. coli)
  - **KOJENEC/BATOLE/PŘEŠKOLÁK** = Haemofilus (influenzae), Pneumokok (Streptococcus pneumoniae), meningokok (Neisseria meningitidis).
  - **ŠKOLÁCI/ADOLESCENTI/DOSPĚLÍ** = Pneumokok, meningokok.
- Patogeny se dostanou do CNS:
  - **Krevní cestou** (bakterie často kolonizují respirační trakt, bakterémie, virémie)
  - **Per continuitatem** (přímo) z VND, středouší, mozkové trauma, defekty kostí
  - Novorozenec většinou vdechne s plodovou vodou.

# Klinický obraz infekcí CNS

- **Celkové známky běžného infekčního onemocnění**
  - Horečka/teplota, třesavka, malátnost/únava, bolest hlavy/zad
  - Laboratorní (změny krevního obrazu, C-reaktivní protein, zvýšená sedimentace ERY)
- **Meningeální syndrom** (možná kombinace se syndromem nitrolební hypertenze)
  - vzniká **drážděním mozkomíšních plen** zánětem
  - bolesti hlavy, zvracení, přecitlivělost na vnější podněty (světlo, hluk – tzv. fotofobie a fonofobie), spazmus šíjových a zádových svalů
  - Obvykle pozitivní jsou **meningeální příznaky** (např. opozice šíje, viz dále) a zvýšená dráždivost.
- **Příznaky postižení CNS**
  - **Celkové** (kvalitativní alterace vědomí (**amentně-delirantní syndrom**), kvantitativní alterace vědomí (somnia až kóma)
  - **Ložiskové** (parézy, poruchy citivosti, mozečkový syndrom, okohybné poruchy), epileptické příznaky.

### Opozice šije



šije volná



šije vázne na 3 prsty

(pozor – kolena musí zůstat v extenzi)

### Brudzinského příznak I



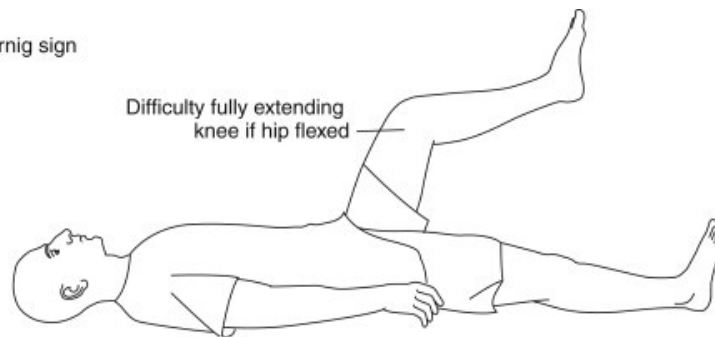
negativní



pozitivní

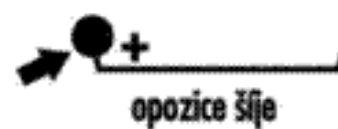
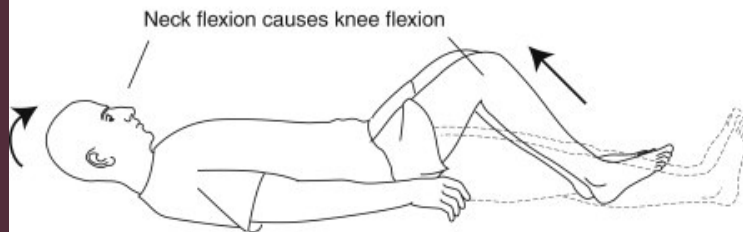
### Kernig sign

Difficulty fully extending knee if hip flexed



### Brudzinski sign

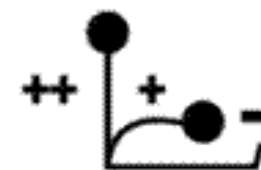
Neck flexion causes knee flexion



opozice šije



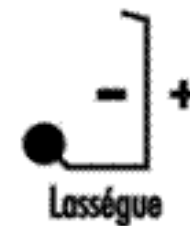
Brudzinski I



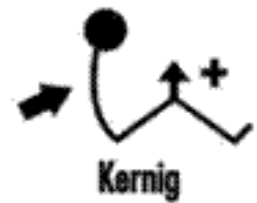
spine sign



Amossova trojnožka



Lassegue



Kernig

- Specificky u některých meningitid lze pozorovat kožní projevy – tzv. **makulopapulózní nebo petechiální exantém** (prokrváčená vyrážka, po zatlačení dnem sklenice nemizí), erytém (zarudnutí), purpura (mapovitá ložiska prokrváčení kůže)
- Zejména u meningokokové meningitidy (může začít i průjmy, i krvácivé)
- Nitrolební hypertenze způsobuje také **otok papil zrakového nervu** a je možné ji poznat při běžném očním vyšetření.

# Diagnostika infekcí CNS

- **Klinický obraz**
- **Odběr mozkomíšního moku (lumbální punkce)**
  - vyšetření cytologické (zjištění počtu a typu buněčných elementů)
    - U zánětů bývá zvýšený počet buněk v likvoru – tzv. **pleocytóza**
  - biochemické vyšetření – zejména vyšetření proteinů v likvoru (celková hodnota bílkovin, změny ve spektru likvorových bílkovin)
    - U zánětů je typická kombinace zvýšené celkové bílkoviny v mozkomíšním moku (hyperproteinorhachie) a zvýšení počtu buněk (hovoříme o tzv. proteinocytologické asociaci).
    - Některé kvality MMM lze hodnotit již při punkci (např. tlak, ale i vzhled)
- **Zobrazovací vyšetření** – CT, MR – ložiska zánětu
- **Mikrobiologické, virologické a serologické metody** z krve (protilátky), likvoru nebo jiných sekretů – zjištění etiologického agens (barvení a PCR)

# Lumbální punkce

- Punkce nejlépe atraumatickou jehlou (minimalizace punkčního otvoru v tvrdé pleně a prosakování likvoru = minimalizace postpunkčních obtíží) zavedenou do likvorových prostory pod spojnicí hřebenů kostí kyčelních (meziobratlový prostor L3/4 event. L4/5).
- Punkce u dospělých pod úrovní obratle L2, u novorozenců a malých dětí až L4/5
- Na boku vleže nebo vsedě
- Hodnocení tlaku lze manometrem (vsedě 250-400 mm H<sub>2</sub>O, vleže 70-200 mm H<sub>2</sub>O)
- Odběr 5-10 ml likvoru (dospělý má cca 140 ml likvoru)
- Následně alespoň 2 hodiny leh, případně 24 hodin při punkci traumatickou jehlou. Pitný režim. Prevence postpunkčního syndromu (rozvoj do 48 hodin po LP, u 80% odezní do 5 dní).
- Opatrně provádět (nutnost CT/MRI), pakliže je zvýšený intrakraniální tlak (riziko okcipitálního a temporálního konu), zánět v místě punkce, patologická krevní srážlivost, deformity páteře.

# Léčba meningitid (zejména hnisavých)

- **ANTIBIOTICKÁ TERAPIE (ATB) a izolace na 24 hodin**

- Zahajována vždy intravenózně a tzv. empiricky (bez známého agens, pouze předpokládáme, volíme širokospektrá)
- Úprava terapie dle průkazu a citlivosti zjištěného agens.

- **KORTIKOIDNÍ TERAPIE (dexametazon)**

- Lze přidat ke zmírnění otoku mozku v začátku onemocnění (podává se současně nebo krátce před ATB). Může ochránit rozvoj trvalé hluchoty u dětí.

- **Symptomatická terapie**

- Tlumíme teplotu (antipyretika), analgetiky, hlídáme životní funkce (zejména poruchu hemokoagulace), někdy je nutné přidat antiepileptika, tlumit zvracení.

- **Neurochirurgická intervence**

- Někdy nutná k evakuaci hnisu (mozkového abscesu).

# Komplikace purulentních meningitid

- **SUBDURÁLNÍ EFUZE**

= tekutina v subdurálním prostoru (pod dura mater)

- Častá hlavně po hemofilové meningitidě.
- Může zvyšovat nitrolební tlak a vyžaduje terapii (punkce, drenáž)

- **HYDROCEFALUS**

= zvýšená akumulace tekutin (mozkomíšního moku) v dutinách mozku - mozkových komorách

- Taktéž může zvyšovat nitrolební tlak

- **PERCEPČNÍ HLUCHOTA** (postižení sluchu)

- Nejčastější a velmi závažná (až u 9 % dětí)

- **„Post-meningitický syndrom“**

- Přetrvávající neurologické postižení se může projevit jako poruchy chování, mentální retardace nebo jako symptomatická epilepsie.



# **HNISAVÁ LOŽISKOVÁ POSTIŽENÍ**

**ložiskové příznaky**

# EPIDURÁLNÍ ABSCES A SUBDURÁLNÍ EMPYÉM

## EPIDURÁLNÍ ABSCES

= nahromadění hnisu mezi kostí a tvrdou mozkovou plenou

- Často při zánětech kosti (osteomyelitida), může být i krevním rozsevem. Nejčastěji stafylokok, hemofilus nebo streptokok.
- Utlačuje přiléhající část mozku (ložiskové příznaky dle lokalizace).
- Pomáhají zobrazovací metody (CT a MR).
- **Léčba** – opakované punkce a drenáž + ATB terapie

## SUBDURÁLNÍ EMPYÉM

= nahromadění hnisu mezi tvrdou plenou a arachnoideou (pavoučnicí), hnis tak má možnost se rozlévat do větší plochy.

- Zdrojem opět záněty paranazálních dutin nebo otevřené poranění lebky. I mozkový absces se může provalit do subdurální dutiny.
- **Léčba** obdobná, jako výše.

# SEPTICKÁ TROMBOFLEBITIDA MOZKOVÝCH ŽILNÍCH SPLAVŮ

- Žilní trombóza + infekční zánět.
- Obvykle z paranazálních dutin, středního ucha či nosohltanu. Vzácně krví ze vzdáleného ložiska.
- Klinický projev záleží na splavu, který je postižen.
  - **TROMBÓZA KAVERNÓZNÍHO SINU** (záněty vedlejších nosních dutin) – zde bývá typicky periorbitální otok jednoho oka a poruchy okohybných nervů (III., IV. a VI. hlavový nerv.)
  - **TROMBÓZA LATERÁLNÍHO SINU** (bývá hlavně bolest hlavy a může být zvracení)
  - **TROMBÓZA SINUS SAGITALIS SUPERIOR** (bývá zmatenost, parézy zejména DKK a častěji epileptické záchvaty)
- **Léčba:** ATB i antikoagulace.

# MENINGITIDA

= zánět mozkových obalů

- Typicky rozlišujeme na **hnisavé (purulentní)** a **nehnisavé (serózní)** (rozliší mozkomíšní mok)

## NEHNISAVÁ (aseptická) MENINGITIDA

- Mohou být způsobeny viry nebo některými skup. bakterií (zejména spirochéty = Lymeská borelióza nebo syfilis), výjimečně leptospiry, mykoplazma nebo rickettsie).
- Viry působí přímo na nervovou tkáň (neurotropní)
- **Klinický obraz:**
  - Záleží na věku a stavu imunity jedince (od bezpříznakového průběhu až po závažné neurologické postižení).
  - Typická je horečka, nechutenství, nevolnost a zvracení.
  - Bývá vyjádřen **meningeální syndrom** a bolesti hlavy.

# MENINGITIDA

## NEHNISAVÁ (aseptická) MENINGITIDA

### VIROVÉ NEHNISAVÉ MENINGITIDY

#### • ENTEROVIROVÁ MENINGITIDA

- **Dvoufázová** (nespecifické stádium, obvykle chřipkové a průjmy, následně meningeální dráždění s bolestmi hlavy, foto a fonofobií, zvracením, až s poruchou vědomí).
- Mimo zánět obalů může postihnout oči, hrtan či průdušnici či plíce.
- I jiné virové meningitidy (např. HSV, VZV, apod.). Vhodné je PCR.

### BAKTERIÁLNÍ NEHNISAVÉ MENINGITIDY

#### • LYMESKÁ NEMOC (NEUROBORRELIÓZA)

- způsobená spirochétou (baktérií) *Borrelia burgdorferi*.
- **Stádia onemocnění:**
  - **časné lokalizované** – **erythema chronicum migrans** (do 5 týdnů od přisátí klíštěte (v Evropě)).
  - **časné diseminované** – **postižení různých systémů** – kardiální, nervové postižení (meningopolyradikuloneuritida, meningoencefalitida), myalgie, artralgie. Obvykle do 2 – 12 týdnů od EM. Nemusí vůbec vzniknout.
  - **pozdní stádium** – chronická encefalomyelitida, chronická artritida, chronické kožní změny
  - **Léčba** – cefalosporiny III. generace, event. PNC

# MENINGITIDA

NEHNISAVÁ (aseptická) MENINGITIDA

BAKTERIÁLNÍ NEHNISAVÉ MENINGITIDY

- **LYMESKÁ NEMOC (NEUROBORRELIÓZA)**
  - Klinickým projevem je tzv. **BANNWARTHŮV SYNDROM**
    - **RADIKULITIDA** (radikulární bolesti) – hlavně dospělí, neuropatická bolest, hypestezie a parestezie. Obvykle asymetrické (převážně na straně přisátí klíštěte).
    - **ASEPTICKÁ MENINGITIDA** – hlavně děti, akutně až subakutně, bolest hlavy a celkové projevy onemocnění. Meningeální projevy jsou minimální.
    - **KRANIÁLNÍ NEURITIDA** – zánět některých/některého z hlavových nervů (zejména n. VI, III a IV.)
  - **Pro diagnózu je nutný mozkomíšní vzorek** (bývá lymfocytární pleocytóza), lze prokázat tzv. **intrathékální produkci specifických protilátek.**

# Neurolues/Syfilis/Příjic

e

- Původce je pohlavně přenosná spirochéta *Treponema pallidum*
- Onemocnění má 4 stadia, postižení CNS při syfilitidě je **od II. stadia**
  - **Akutní/časná syfilitická meningitida** (II. stadium) (první 2 roky po infekci) – meningeální syndrom, obvykle afebrilní, postižení sluchu
  - **Cerebrovaskulární neurosyfilis** (III. stadium) (až 12 let po infekci) – fokální ischemie z endarteritidy
  - **Progresivní paralýza** – (IV. stadium) (3-30 let po infekci) – difuzní chronická meningoencefalitida – rozvoj demence, třes, dysartrie, epileptické záchvaty, časté jsou psychiatrické projevy
  - **Tabes dorsalis** (IV. stadium) (5-50 let po infekci) – tzv. syfilitická myelopatie, kořenové bolesti, zornicové abnormality, ataxie dolních končetin, porucha chůze
- **Diagnostika** – specifické serologické testy, vyšetření likvoru
- **Léčba** – krystalický penicilin, cefalosporiny III. generace.
- V těhotenství se nemoc z matky na plod přenáší přes placentu a nebo v průběhu porodu porodním kanálem. Každá rodička je vyšetřena před porodem.



**ENCEFALITIDY**

# ENCEFALITIDY

---

= **zánětlivé postižení mozkové tkáně**

- Obvykle meningoencefalitida.
- Postižení může být **difuzní** (celý mozek) nebo **fokální** (ložiskové).
- Může probíhat, jako akutní infekční (nejčastěji virová) anebo jako postinfekční/postvakcinační encefalitida/encefalomyelitida.
- Klinicky jsou **častější poruchy vědomí a ložiskové příznaky, spíše než známky meningeálního dráždění.**

# ENCEFALITIDY

## AKUTNÍ INFEKČNÍ ENCEFALITIDY (obvykle virové)

- Akutní začátek, může přecházet horečnaté onemocnění.
- Projevy se mohou kombinovat s akutní meningitidou.
- **Klinicky:** bolest hlavy, únava, zvýšená dráždivost/naopak letargie. Následuje nevolnost, zvracení, bolestivost šíje a fotofobie. Současně porucha vědomí (kvalitativní i kvantitativní). Mohou být epileptické záchvaty, parézy či porucha řeči.
- Mezi encefalitidy také patří **prionová onemocnění** (viz předchozí přednášky)



# Herpetická encefalitida

- Způsobují viry herpes simplex typ 1 (90 %) nebo 2 (HSV 1 a 2)
- **Nejzávažnější virový mozkový zánět.**
- Vzniká tzv. **nekrotizující hemoragická encefalitida** s lokalizací na spodině čelních a spánkových laloků (může být primární infekce a nebo aktivace již latentní infekce (gl. n. trigemini).
- **Prudký začátek** s vysokými teplotami, bolesti hlavy, psychické změny. Následně se objeví i **ložiskové změny**: alterace vědomí, poruchy řeči, centrální hemiparézy, epi paroxysmy, poruchy kraniálních nervů či zraku.
- **Diagnostika** – MRI mozku, lumbální punkce – zánět (pleocytóza), průkaz virové DNA v likvoru (PCR)
- Prognóza záleží na rozsahu onemocnění, stavu imunity a zahájení antivirotické terapie. Encefalitida se i po terapii může objevit znova.
- **Léčba** – acyklovir co nejdříve, entiedémová léčba

# Herpetická encefalitida

- Může být způsobena i jinými herpetickými viry, jako je např. **varicella zoster virus (VZV)**. A to buď v rámci primoinfekce (tzv. plané neštovice) nebo při reaktivaci (tzv. pásový opar).
- Klinicky bývá zejména **cerebelární ataxie, třes, zvracení**. Projevy se objevují za 1 až 3 týdny po výsevu neštovic. Velmi vzácně bez kožního projevu (pak často jako myelitida).
- I jiné viry, jako **cytomegalovirus, virus Epstein a Bárrové či lidský herpesvirus typ 6** mohou způsobovat encefalitidu (zejména u pacientů bez správně fungující imunity)

# Vzteklina/Rabies/Lyssa

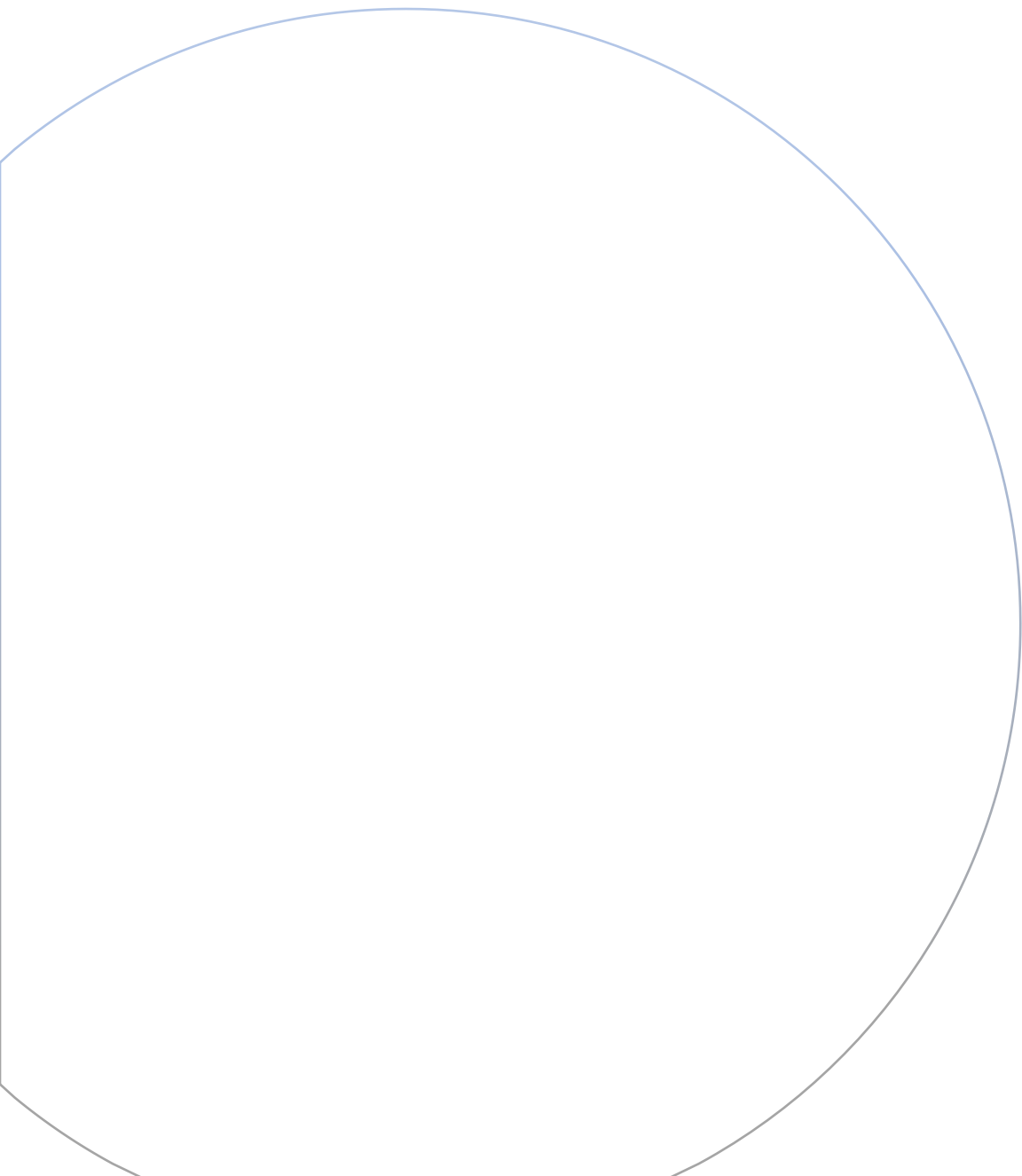
- Obávaná smrtelná encefalitida
- Rezervoárem jsou hlavně lišky (ale i pes), přenos zejména kousnutím nemocným zvířetem.
- Onemocnění je zcela vzácné. A ČR je v tzv. rabies-free zone.
- Inkubační doba 1-3 měsíce
- **Stádia onemocnění:**
  - **prodromální** (parestezie v oblasti zhojené rány, bolesti hlavy, únava, bolesti břicha) + psychické potíže.
  - **excitační** (podrážděnost, zmatenost, neklid, bolestivé křeče svalstva, **hydrofobie** – křeče polykacích svalů při pokusu o napití či pohledu na vodu. Halucinace.
  - **paralytické** – chabé parézy končetin. Exitus (prakticky 100% smrtelné onemocnění). Důležitá je prevence.
- **Léčba** – zahájení postexpozicičního očkování co nejdříve a podávání antirabického gamaglobulinu. Kauzální terapie není.

# Postinfekční/postvakcinační encefalitidy a encefalomyelitidy

## AKUTNÍ DISEMINOVANÁ ENCEFALOMYELITIDA (ADEM)

- **Demyelinizace s perivenózním infiltrátem vzniklá nejspíše na podkladě proběhlé infekce (GIT nebo respirační, často spojené s vyrážkou) nebo zcela výjimečně po očkování (jeden až tři týdny).**
- Klinika může odpovídat akutní infekční encefalitidě, může také imitovat roztroušenou sklerózu.
- Toto onemocnění bývá **u mladších osob, v anamnéze infek**, (očkování), bývá často jednostranná nebo oboustranná ztráta zraku. Obraz na MRI odpovídá demyelinizačním lézím.
- **Terapie:** Vysoké dávky kortikosteroidů, IVIG, plazmaferéza, apod.
- Např. virus spalniček může způsobovat:
  - ADEM
  - SUBAKUTNÍ SKLEROTIZUJÍCÍ PANENCEFALITIDU (SSPE) – to je pomalu progredující postižení CNS, často spojené s epileptickými záchvaty a pozvolným zhoršováním jak motorických, tak kognitivních funkcí. Ke smrti dochází za 5 až 15 let po prodělaném spalničkovém onemocnění.





**MYELITIDY**

# MYELITIDY

---

= **zánětlivé postižení míchy**

- Obvykle s postižením mozku (encefalomyelitida), vzácněji samostatně
- Klinicky se projevují **míšním syndromem** (paraparézou, monoparézou, případně kvadruparézou). Symptomatologie vychází z lokalizace postižení.

# Virové myelitidy

- Postižení míchy virovou infekcí - parézy, poruchy cití, sfinkterové potíže.

## **POLIOMYELITIS ANTERIOR ACUTA** (DĚTSKÁ OBRNA)

- Původce je poliovirus (I, II, III), Picornaviridae, enterovirus.
- Výhradně lidská infekce primárně postihující nervovou tkáň – konkrétně šedou hmotu předních rohů míšních (motoneurony).
- 5 % se projeví jako tzv. paralytická forma onemocnění
- u nás díky očkování eradikována/se nevyskytuje

# AKUTNÍ TRANSVERZÁLNÍ MYELITIDA

= závažné postižení bílé hmoty míšní

Dělí se na formu:

- **IDIOPATICKOU** (bez známé příčiny)
- **SEKUNDÁRNÍ** (parainfekční (častá), postvakcinační, spojené s autoimunitními onemocněními (např. roztroušená skleróza, neuromyelitis optica, systémový lupus erythematosus, apod.)

**Klinicky:** rychlý rozvoj (hodiny až dny) – centrální paraparéza nebo kvadruparéza až dechové obtíže, poruchy citlivosti pod místem postižení, mikční a defekační poruchy, bolesti zad.

**Diagnostika:** magnetická rezonance je první volbou (vhodná i magnetická rezonance mozku). Odběr mozkomíšního moku, PCR na neuroviry, virově specifické IgM protilátky. Bakteriální PCR a protilátky. Anamnestické údaje o očkování a předchozí nemoci.

**Léčba:** záleží na vyvolávající příčině (od antibiotik pro vysoké dávky kortikosteroidů)

# BAKTERIÁLNÍ TOXINY

# Tetanus

- onemocnění způsobené toxinem, který produkuje bakterie **Clostridium tetani** v ráně. Nebezpečná jsou zejména drobná uzavřená poranění.
- Dochází k rozvoji svalových spasmů.
  - TRISMUS (žvýkací svaly)
  - spasmus paravert. svalů, svalů končetin, tonické křeče celého těla, spasmus laryngu a dýchacích svalů
- Vysoká mortalita, důležité je správné ošetření každé rány a očkování. V léčbě se **uplatňují ATB + anatoxin**

# Botulismus

---

- Otrava jedem, který produkuje bakterie **Clostridium botulini** (neúčinnější známý jed, klobásový jed)
- **Blokáda uvolňování acetylcholinu na nervosvalové ploténce**
- **Potravinový botulismus** – toxin pacient pozře v nesprávně upravené stravě – oslabení svalů – okulobulbární, parézy končetin, respirační selhání, autonomní příznaky (sucho v ústech, zácpa, porucha zornic)
- **Kojenecký botulismus** – nejčastější forma, tvorba jedu v kolonizovaném střevě (většinou před 6. měsícem věku), rizikovou potravinou je med – nepodávat dětem do 1 roku – zácpa, bulbární slabost, hypotonie
- **Léčba** – kvalitní resuscitační péče (respirační selhání), event. botulinový antitoxin

# Neurologické projevy AIDS

- Více než ½ HIV pozitivních pacientů má v průběhu onemocnění obtíže s oblastí nervového systému
- Panencefalitida – způsobená virem samotným, demence, centrální parézy
- Toxoplazmóza – způsobená prvokem *Toxoplasma gondii*, encefalitida
- Kryptokokóza – difuzní meningitida, meningoencefalitida způsobená kvasinkou
- Cytomegalovirová nebo herpetická encefalitida, TBC meningitida, listeriová meningitida, mykotické meningitidy



**Děkuji za pozornost!**

Joppekova.lubica@fnbrno.cz

# Nebezpečné infekce v těhotenství

- **Toxoplazmoza** – intrauterinní infekce – chorioretinitida a encefalitida – závažný mentální a neurologický deficit novorozence – epi záchvaty, mikrocefalie, poruchy zraku (onemocnění matky obvykle probíhá nevýrazně – subfebrílie, únavnost, chřipkové příznaky)
- **Listerioza** – u gravidních může probíhat jako lehké horečnaté onemocnění, přenos na plod přes placentu – potrat, porod mrtvého plodu, předčasný porod s onemocněním (záchvaty křečí, poruchy termoregulace, dušnost, velká úmrtnost novorozenců po narození), při nákaze v porodních cestách se rozvine u novorozence hnisavá meningitida koncem prvního týdne s následky – epilepsie, psychomotorická retardace.

# Zajímavé odkazy:

- **Multiple sclerosis** (Osmosis): <https://www.youtube.com/watch?v=yzH8ul5PSZ8>
- **Transverzální myelitida** (Osmosis): <https://www.youtube.com/watch?v=OQE3j4FPyic>
- **HIV (AIDS)** (Osmosis): <https://www.youtube.com/watch?v=5g1ijpBI6Dk>
- **Herpes** (Osmosis): <https://www.youtube.com/watch?v=IOUnXeqNyMs>
- **Varicella zoster** (Osmosis): <https://www.youtube.com/watch?v=0JsJFXKpzCo>
- **Meningitida** (Osmosis): <https://www.youtube.com/watch?v=gIHUJs2eTHA>
- **Poliomyelitida** (Osmosis): <https://www.youtube.com/watch?v=ycOXWGr5Dag>
- **Absces** (Osmosis): <https://www.youtube.com/watch?v=pL6rP8C1e7w>