

И. А. Дорожкова, А. А. Ли, Л. А. Набокова, Т. Н. Буренкова, Г. Г. Байкова, Е. А. Мирвода
КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ 4-Х ЛЕТНЕЙ ВЕНТИЛЯЦИИ ЛЕГКИХ У РЕБЕНКА 6 ЛЕТ

ГУЗ Краевая детская клиническая больница, Чита

Одним из необходимых методов лечения больных с заболеваниями нервной системы, сопровождающимися нарушением регуляции дыхательной функции, является респираторный. В задачи лечения входит оказание неотложной помощи, посиндромная терапия в виде респираторной поддержки, а также лечение нозологической формы болезни, вызвавшей дыхательную недостаточность. Залог успеха респираторной терапии складывается из многих факторов: это и техническое оснащение реанимационного отделения, общий уход, профилактика инфекционных осложнений, применение инфузионной гидратации, нейбулайзерной терапии, кинетотерапии и многое другое. Приводим наш случай.

Б о л ь н а я П., 2004 года рождения, поступила в краевую детскую клиническую больницу в возрасте 2 лет 3 мес и находилась на лечении в реанимационном отделении в течение 4 лет.

Клинический диагноз: состояние после перенесенной острой инфекционно-аллергической энцефаломиелополирадикулонейропатии, злокачественной формы; тотальная, вялая тетраплегия, полный бульбарный паралич; атрофия спинного мозга от продолговатого мозга до D₂ и от D₆ до D₉; атрофия коры больших полушарий головного мозга; нарушение терморегуляции; нарушение функции тазовых органов; носитель трахеостомы.

Девочка от первой беременности. Заболела осенью 2006 г., когда в течение месяца отмечалось повышение температуры тела до субфебрильных цифр. За медицинской помощью мама не обращалась, самостоятельно снижала температуру парацетамолом.

Заболевание манифестировало на фоне развившихся в конце октября 2006 г. катаральных явлений. 11.11.06 появилась слабость в ногах, на 2-е сутки после дневного сна родители отметили полное отсутствие движений в нижних конечностях. Ребенок был госпитализирован в стационар.

Состояние больной при поступлении расценено как тяжелое за счет неврологической симптоматики. Девочка была в сознании, в контакт не вступала, глаза открыты, испытывала чувство страха. Лицо симметричное, менингеальные знаки не выявлены. Снижены корнеальные рефлексы, резко снижен плоточный рефлекс. Активные движения в верхних и нижних конечностях отсутствовали. Сухожильные рефлексы с рук и ног, брюшные рефлексы не вызывались. В конечностях гипотония. Патологические стопные знаки не выявлены. Отмечено быстрое прогрессирование параличей, появление бульбарных расстройств. 13.11 при нарастании бульбарного синдро-

ма и явлений дыхательной недостаточности проведена интубация, переведена на ИВЛ, в режиме контрольной вентиляции. Проводился постоянный мониторинг газового состава крови, контролировалась гемодинамика (ЭхоКГ).

При дифференциальной диагностике был исключен полиомиелит, результаты вирусологического обследования отрицательные. Патологических изменений со стороны спинномозговой жидкости не выявлено (цитоз, белок, глюкоза и хлориды в пределах нормы). На глазном дне легкая ступеванность дисков зрительных нервов.

У больной диагностирована острая инфекционно-аллергическая полирадикулонейропатия. Вялая тетраплегия. Восходящий паралич Ландрю. Бульбарный синдром.

В острую фазу заболевания проводилось лечение: гормональная пульс-терапия метилпреднизолоном, лечебный плазмаферез, иммунозаместительная терапия (пентаглобина), респираторная поддержка, антибактериальная, кардиометаболическая терапия. Эффекта от назначенной терапии не получено. Через 2 мес от начала заболевания отсутствовала чувствительность от кончиков пальцев нижних конечностей до уровня ключиц, движения не восстановились.

Девочка консультирована специалистами центральных клиник по телемедицине и очно.

В январе 2007 г. по данным МРТ спинного мозга выявлено его истончение до 1,5 мм от продолговатого мозга до нижнего уровня D₂, от D₂ до D₆ обычной ширины, ниже в пределах видимости до D₈ вновь истончен.

При обследовании в апреле 2009 г. по данным МРТ выявлены признаки атрофии головного мозга в лобных отделах. Атрофия спинного мозга — от продолговатого мозга и ниже спинной мозг истончен до 1,5 мм.

Ребенок находился на респираторной поддержке через трахеостому. Вентиляция проводилась респираторами Ньюпорт 360 и 150 и Chirolog SV-alfa в режимах SIMV, PSV, VIPAP с периодической ротацией дыхательных аппаратов. В основном вентиляция осуществлялась объемным методом, при котором пациентка испытывала большой комфорт. При контроле газового состава крови постоянно отмечалась гипокапния, которую не удавалось корректировать изменением режимов и параметров вентиляции.

Использование бактериальных фильтров, смена контуров каждые 4 дня, соблюдение правил ухода за "вентилируемыми" больными позволили избежать санационных бронхоскопий.

Санация трахеи проводилась через трахеостому с подключением к отсосу до 6—8 раз в сутки.

На протяжении пребывания девочки в стационаре сохранялась стойкая ежедневная лихорадка, чаще в дневное время (37,6, 38—39°C). Снижение температуры тела отмечалось при введении реланиума, дроперидола. Менее выражена была чувствительность к применению жаропонижающих препаратов (нурофен). В последние 2 года лихорадка возникала периодически, поднималась до субфебрильных или фебрильных цифр и была нестойкой.

Все время пребывания в стационаре на фоне проводимого лечения состояние больной оставалось тяжелым, неврологический статус без динамики, дыхательной недостаточность требовала постоянной респираторной поддержки. Положение в кровати на противопролежневом матрасе вынужденное, с приподнятым головным концом. Не сидела. Кожные покровы чистые, без пролежней. Дыхание в легких с жестким оттенком, ослаблено в задних отделах, тоны сердца приглушены. Живот мягкий, печень не увеличена. Со стороны черепно-мозговых нервов: движения глазных яблок в полном объеме, лицо симметричное, язык по средней линии. Бульбарные нарушения. Мышечная атония. Сухожильные рефлексы не вызывались, активные движения в конечностях не появились. Движения только в плечевом поясе по типу "пожиманий плечами", в шейном отделе позвоночника, кивки головы, повороты в стороны, спонтанные дыхательные движения небольшой амплитуды. Отсутствие чувствительности от уровня ключиц до кончиков пальцев нижних конечностей. Контрактуры во всех суставах. Однако психическое развитие соответствовало возрасту. Девочка в сознании, доступна контакту, адекватная. Общалась при помощи глаз, кивков головы, разговаривала шепотной речью. Смотрела кинофильмы, хорошо запоминала просмотренное, активно участвовала в занятиях, которые проводила с ней мама (по специальности воспитатель). Родители посещали девочку ежедневно, участвовали в уходе, зондовом кормлении девочки.

За 4 года лечения ребенку неоднократно назначались курсы восстановительной, кардиометаболической, кардиотропной терапии, а также витаминотерапии. По показаниям проводились курсы антибактериальной тера-

пии с учетом госпитальной микрофлоры, под контролем бактериального мониторинга (последние 2 года крайне редко).

Проведены 3 курса системного плазмафереза, парентеральное введение иммуноглобулинов — пентаглобин, иммуновенин, октагам, лекарственная терапия вазоактивными препаратами, ноотропами и нейрометаболитами, антихолинэстеразными препаратами, реабилитационная терапия (физиолечение, лечебная гимнастика, массаж, кинетотерапия, иглорефлексотерапия). В восстановительном периоде раннее применение пассивных движений в суставах.

Длительная респираторная терапия, применение инвазивных методов лечения, наличие госпитальной микрофлоры способствовали развитию вторичных осложнений со стороны легких в виде вентиляторассоциированных пневмоний, развитию интерстициального фиброза.

На фоне арефлекторного атонического мочевого пузыря при постоянной необходимости освобождения его по Кредо или при катетеризации развился атрофический цистит, вторичный рецидивирующий пиелонефрит. Проводилась соответствующая терапия.

Родители девочки в 2010 г. приняли решение о переезде на постоянное место жительства в Германию. При непосредственном участии Красного Креста Гамбурга (после неоднократных переговоров) была организована транспортировка ребенка спецсамолетом в сопровождении реаниматолога и парамедика. В Германии девочка живет дома, ей продолжается респираторная поддержка, установлена гастростома для введения высококалорийных коктейлей, кормление также осуществляется через рот протертой пищей.

Она успешно осваивает немецкий язык и учится в 1-м классе в школе для детей инвалидов.

Современный уровень развития медицинских технологий, квалифицированный уход и медицинская помощь, активное участие родителей в психологической поддержке пациентов, требующих длительной респираторной терапии, позволяют добиться определенного успеха в выживании данной группы больных с тяжелой неврологической патологией.