

ID: 2015-05-23-A-5050

Клинический случай

Алексушина Е.С., Крутцов А.С.

Клинический случай: острый диссеминированный энцефаломиелит*ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России***Резюме**

Острый диссеминированный энцефаломиелит (ОДЭМ) — воспалительное демиелинизирующее заболевание ЦНС, развивающееся остро или подостро в тесной временной связи с инфекционным заболеванием или вакцинацией. Иницирование постинфекционного ОДЭМ обусловлено скорее всего молекулярной мимикрией между вирусом и миелиновыми антигенами и развитием направленной иммунной реактивности к основному белку миелина

Ключевые слова: острый диссеминированный энцефаломиелит**Актуальность**

Острый диссеминированный энцефаломиелит (ОДЭМ) — воспалительное демиелинизирующее заболевание ЦНС, развивающееся остро или подостро в тесной временной связи с инфекционным заболеванием или вакцинацией. Иницирование постинфекционного ОДЭМ обусловлено скорее всего молекулярной мимикрией между вирусом и миелиновыми антигенами и развитием направленной иммунной реактивности к основному белку миелина . Неврологические симптомы в основном многоочаговые, гетерогенные и включают изменение уровня сознания, пирамидные нарушения , атаксию и симптомы поражения ствола головного мозга, черепных нервов , в том числе и двусторонний оптический неврит. Существенное место также занимают симптомы поражения корешков и периферических нервов: боли, расстройства чувствительности в стопах и кистях, снижение сухожильных и надкостничных рефлексов, мышечная гипотрофия.

Цель: изучение клинического случая острого диссеминированного энцефаломиелита, развившегося после перенесенной ветряной оспы.

Описание клинического случая

Больной Д., 37 лет, работающий (водитель), рост 175 см. вес 77 кг. Поступил в неврологическое отделение МУЗ ГKB №9 г.Саратова с жалобами на боль в пояснично-крестцовом отделе позвоночника, на слабость и онемение в нижних конечностях, задержку мочи, головокружение и пошатывание при перемене положения тела.

Заболел ветряной оспой, что проявлялось субфебрилитетом, общей слабостью высыпаниями в течении 2 –х дней. Впоследствии через 10 дней после перенесенной ветряной оспы возникла острая задержка мочи, в связи с чем был экстренно госпитализирован в урологическое отделение. Проведена катетеризация, выполнено УЗИ почек (без выраженной патологии). Появились онемение и слабость в ногах, более выраженные в проксимальных отделах . В связи с сохраняющийся очаговой симптоматикой был переведён для дальнейшего лечения и обследования в неврологическое отделение МУЗ ГKB №9.

Неврологическом статус при поступлении: со стороны черепных нервов - незначительное ограничение движений правого глазного яблока кнаружи. Мелкоразмашистый горизонтальный нистагм в обе стороны. Легкая сглаженность левой носогубной складки. Лёгкая дисфония. Нарушение чувствительности по спинально-проводниковому типу (гипестезия) с уровня Th 8. Мышечная сила в нижних конечностях в проксимальных отделах снижена до 3х баллов, в дистальных достаточная 5 баллов. Брюшные abs. Координаторные пробы выполняет с верхних конечностей (пальценосовая проба) с интенцией, колено-пяточную пробу невозможно оценить из-за пареза. Адиадохокinez слева. Нарушение функции тазовых органов по центральному типу (острая задержка мочи).

Была проведена КТ головного мозга: изменения вещества левого полушария мозжечка можно расценить как участок демиелинизации. МРТ головного мозга: картина характерна для демиелинизирующего процесса- вероятно острый рассеянный энцефаломиелит. В общем анализе крови , общем анализе мочи, биохимическом анализе крови, коагулограмме без патологии. Глюкоза в крови: 5,5Ммоль/л Исследование спинномозговой жидкости : реакция Панди: ++ . На основании клинических данных и результатах лабораторных и инструментальных методов обследования был установлен диагноз: Острый рассеянный энцефаломиелит. Центральный нижний проксимальный парапарез. Мозжечковый синдром. Элементы бульбарного синдрома. Нарушение функции тазовых органов по центральному типу. Фон. Реконвалесцент ветряной оспы

На фоне проводимого лечения (пульс-терапии преднизолоном в дозе 700 мг в/в капельно №5, препаратом альфа липолевои кислоты 10 мл в/ в капельно) на 3 день отмечалось улучшение состояния больного - выросла сила в ногах, стал ходить без посторонней помощи, купировалось головокружение.

Данный клинический случай доказывает, что неврологическая картина ОДЭМ обычно отражает многоочаговое, монофазное поражение нервной системы с полным или выраженным клиническим выздоровлением в большинстве случаев.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Литература

1. Петер Дуус топический диагноз в неврологии. Анатомия. Физиология. Клиника. ИПЦ « ВАЗАР -ФЕРРО», Москва.1997

2. Руководство для врачей Болезни Нервной системы, Под редакцией члена-корреспондента РАМН, профессора Н.Н. Яхно, Профессора Д.Р. Штульмана, Москва»медицина» , 2001 год
3. Триумфов А.В. Топическая диагностика заболеваний нервной системы, 13 издание «Медпресс-информ», 2003 год