

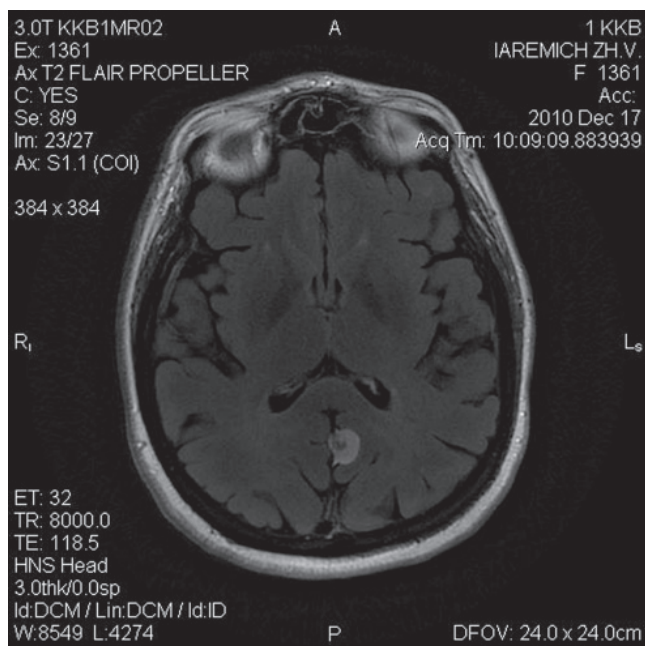


Рис. 6. МРТ больной Я. через 7 мес. после лечения (аксиальный срез). Стабилизация опухоли с наличием симптома "ликворной щели"

Роботизированная нейрохирургическая система линейный ускоритель «Elekta Axesse» — универсальное устройство, позволяющее междисциплинарной команде проводить эффективную высокотехнологическую медицинскую помощь у нейроонкологических больных.

Л и т е р а т у р а

1. Коновалов А.Н., Голанов А.В., Горлачев Г.Е. и др. Стереотаксическая радиотерапия и радиохирургия с

применением установки «NO-VALIS» в лечении нейрохирургических больных // Вопр. нейрохирургии. - 2010. - №1. - С. 4-12.

2. Bellerive M., Kooy H., Loeffler J. Linac radiosurgery at the Joint Center for Radiation Therapy // Med Dosim. - 1998. - Vol. 23. - P. 187-199.

3. Betti O., Derechinsky V. Irradiation stereotaxique multifaisceaux // Neurochirurgie. - 1983. - Vol. 29. - P.295-298.

4. Fabrikant J., Lyman J., Hosobuchi Y. Stereotactic heavy-ion Bragg peak radiosurgery for intra-cranial vascular disorders: method for treatment of deep arteriovenous malformations // Br. J. Radiol. - 1984. - Vol. 57. - P. 479-490.

5. Leksell L. The stereotaxic method and radiosurgery of the brain // Acta. Chir. Scand. - 1951. - Vol. 102. - P. 316-319.

6. Leksell L. Stereotactic radiosurgery // J. Neurol. Neurosurg. Psychiatry. - 1983. - Vol. 46. - P. 797-803.

Координаты для связи с авторами: Витько Александр Валентинович — министр здравоохранения Хабаровского края, тел.: 8(4212)-32-66-29; Коваленко Виталий Леонидович — доктор мед. наук, и.о. гл. врача ККЦО, тел.: 8(4212)-57-01-05; Сердюк Виталий Николаевич — зам. гл. врача по медицинской части ККЦО, тел.: 8(4212)-41-06-47; Сивов Евгений Валерьевич — врач-нейрохирург отдела мед. физики ККЦО, тел.: 8(4212)-41-06-47; Молоков Алексей Анатольевич — зав. отделом медицинской физики ККЦО, тел.: 8(4212)-41-06-47; Мардашова Ольга Дмитриевна — врач-радиолог отдела мед. физики ККЦО, тел.: 8(4212)-41-06-47; Аксенов Сергей Владимирович — эксперт-физик отдела мед. физики ККЦО, тел.: 8(4212)-41-06-47; Шаповалов Александр Сергеевич — врач-нейрохирург Краевой клинической больницы №2, тел.: 8(4212)-22-12-08.



УДК 616.81 - 002.2 - 053.4 - 021.144

О.Н. Солодовникова¹, В.П. Молочный¹, Н.Ю. Миропольская¹, С.В. Константинов²

СЛУЧАЙ ЭНТЕРОВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ В ФОРМЕ МЕНИНГОМИЕЛИТА У РЕБЕНКА В ВОЗРАСТЕ 3-Х ЛЕТ

Дальневосточный государственный медицинский университет¹,
680000, ул. Муравьева-Амурского, 35, тел.: 8(4212)-32-63-93, e-mail: nauka@mail.fesmu.ru;
МУЗ «Детская инфекционная клиническая больница им. А.К. Пиотровича»²,
680003, ул. Прогрессивная, 2б, г. Хабаровск

По данным ВОЗ, энтеровирусные инфекции (ЭВИ) являются регулярно регистрируемой в мире патологией. В зависимости от возбудителя ЭВИ имеют вполне определенную долю в структуре общей инфекционной заболеваемости, составляющую около 4% от общего числа зарегистрированных вирусных заболеваний. Сезонная динамика заболеваемости летне-осенняя, с максимумом

заболеваний в августе (45,2%), однако единичные случаи встречаются и в октябре-ноябре. Возрастная структура заболевших для СВМ — 99,6% составляют дети до 15 лет [1, 2].

Вызывается заболевание энтеровирусами, которые очень устойчивы во внешней среде. Источником инфекции является только человек — больной или здоровый

носитель. Энтеровирусы способны поражать многие органы и ткани человека (центральную и периферическую нервную систему, сердце, легкие, печень, почки, желудочно-кишечный тракт, кожу, органы зрения). В связи с этим наблюдаются различные формы заболевания. Наиболее распространенными является: серозный вирусный менингит, энтеровирусная лихорадка, или «летний грипп», герпангина, энтеровирусная экзантема, геморрагический конъюнктивит, энтеровирусная диарея, миокардит [6, 7].

Наиболее частой регистрируемой формой энтеровирусной инфекции, по нашим данным, являлся серозный менингит (66,1%). Клинические проявления серозного менингита зависят от этиологического фактора, возраста больных, количества клеток в ликворе и состава плеоцитоза. Клинические проявления различных клинических вариантов заболевания в зависимости от серотипов возбудителей, возраста больных нуждаются в уточнении. Исход заболевания, тяжесть клинических проявлений во многом зависят от метаболического ответа систем макроорганизма, способности иммунной системы реагировать на патоген [1, 3, 5].

Мы наблюдали течение энтеровирусной инфекции (вызванной энтеровирусом Коксаки В4) у ребенка 3 лет в форме менингомиелита с развитием вялого верхнего парализа до плегии справа и проксимального левостороннего верхнего монопареза и посчитали возможным представить описание случая в виде выписки из истории болезни.

Богдан Н., 3 г., поступил в Детскую инфекционную клиническую больницу (ДИКБ) им. А.К. Пиотровица 01.10., на 9 дн. болезни, с жалобами на лихорадку до 38°C, головную боль, боли в правой руке.

Из анамнеза болезни установлено, что с 23.09. по 28.09. ребенок переносил острую респираторную вирусную инфекцию, отмечался подъем температуры тела до 38°C, кашель, насморк. Лечился амбулаторно, получал симптоматическую терапию, сумамед. С 28.09. вновь отмечался подъем температуры тела до 38°C, получал нурофен per os. 29.09. температура тела не повышалась. 30.09., на 8 дн. болезни, было повышение температуры тела до 38°C и появились боли в правой руке. С 01.10. мать ребенка заметила, что движения в правой руке отсутствуют, и отмечались боли в левой руке. Температура тела держалась на цифрах 38,8°C. Мальчик был осмотрен в ГУЗ «Перинатальный центр» неврологом и направлен в ККБ № 2 для исключения объемного процесса головного мозга и нарушения кровообращения в шейном отделе позвоночника. Данная патология была исключена, и ребенок был направлен в ДККБ для диагностики травмы плечевой кости и шейного отдела позвоночника. Травматологическая патология была исключена, и мальчик госпитализирован в ДИКБ.

Из анамнеза жизни было установлено, что ребенок рос и развивался по возрасту. Гемотрансфузий не получал. Травм и операций не было. Туберкулеза и венерических заболеваний в семье нет. Перенес ОРВИ и ветряную оспу. Прививки получал по возрасту, от полиомиелита последняя вакцинация в мае 2009 г.

Из эпидемиологического анамнеза известно, что был в контакте с сестрой, накануне перенесшей вирусную инфекцию. В водоемах не купался, воду пьет кипяченую, бутилированную. За пределы края в течение последнего

Резюме

В статье представлен случай развития верхнего вялого монопареза при энтеровирусном менингите у ребенка в возрасте 3-х лет. Описана клиника развития заболевания и особенности течения менингомиелита, как редкого проявления энтеровирусной инфекции.

Ключевые слова: энтеровирусная инфекция, менингит, дети.

O.N. Solodovnikova, V.P. Molochniy, N.Y. Miropolskaya, S.V. Konstantinov

THE CASE OF ENTEROVIRAL INFECTION AS MENINGOMYELITIS IN THE 3 YEARS OLD CHILD

*Far Eastern state medical university;
Children Regional hospital, Khabarovsk*

Summary

The article presents the case of development of a severe paralysis due to enteroviral meningitis in a 3 years old child. The authors described the clinical picture of the disease development and special features of meningomyelitis course as a rare complication of enteroviral infection.

Key words: enteroviral infection, meningitis, children.

месяца не выезжал. Животных в доме нет. В контакте с другими инфекционными больными не был.

При поступлении в приемное отделение ДИКБ состояние средней степени тяжести за счет проявлений интоксикации и неврологической симптоматики. В сознании. Очаговой симптоматики нет. Менингеальные симптомы положительные (ригидность мышц затылка на 2 см, верхний Брудзинский). В правой руке движения отсутствуют полностью, в левой руке сохраняются до уровня локтевого сустава, в левом плечевом суставе — ограничение движений. Чувствительность сохраняется в обеих конечностях. Асимметрии тела нет. Глазные щели d=s, фотореакции сохранены, катарального синдрома нет. По органам — без особенностей. Печень на 2 см выступает из-под края реберной дуги, селезенка не увеличена. Рубчик БЦЖ 4 мм.

В общем анализе крови при поступлении (01.10., на 9 дн. болезни): гемоглобин — 143 г/л, эритроциты — $4,8 \times 10^{12}$ /л, ЦП — 0,9 ед., лейкоциты — $14,6 \times 10^9$ /л, п/я — 1%, с/я — 73%, л. — 21%, мон. — 5%, СОЭ — 10 мм/ч. При динамическом лабораторном наблюдении в анализе крови сохранялся умеренный лейкоцитоз до $10,9 \times 10^9$ /л, п/я — 5%, с/я — 42%, л. — 45%, мон. — 8%, СОЭ — 6 мм/час. По клиническим показаниям и с диагностической целью была сделана спинномозговая пункция. В анализе ликвора от 01.10.: 209 кл. (лимфоцитов — 97, нейтрофилов — 112), белок — 0,39 г/л. В динамике от 05.10. отмечается уменьшение цитоза до 37 кл., лимфоцитарного характера на 13 дн. болезни. Полная санация наступает 11.10. на 19 дн. болезни. При посеве ликвора от 02.10. и 06.10. роста патогенных микробов нет. При исследовании кала методом ПЦР обнаружена РНК энтеровируса, на культуре ткани — Коксаки-В4 от 02.10.10.

При проведении СКТ головного мозга и шейного отдела позвоночника патологии не выявлено. Ультразвуковое исследование костей также без патологии.

Ребенок был осмотрен неврологом 04.10., на 12 дн. болезни. Состояние средней степени тяжести за счет поражения ЦНС. В сознании. Движения в правой руке отсутствуют полностью, в левой сохранены движения в кисти, в локтевом суставе. В руках справа снижение мышечного тонуса, сухожильные рефлексы не вызываются, слева умеренное снижение мышечного тонуса, очень вялый карпопедальный рефлекс. С ног — коленный, ахиллов $d < s$. Болевая чувствительность сохранена. Менингеальные симптомы — ригидность мышц затылка, верхний симптом Брудзинского. В динамике от 05.10. (13 дн. болезни) положительной динамики со стороны верхних конечностей нет. Отмечается снижение коленного и ахиллового рефлексов справа. Состояние при этом удовлетворительное, самочувствие не нарушено. Температура тела стойко нормальная.

Катарального синдрома нет. Ребенок активный, аппетит сохранен. Рвоты нет. По органам без отрицательной динамики. ЧД 26 в мин, ЧСС 120 уд./мин. Печень, селезенка не увеличены. Физиологические опровержения в норме.

Осмотрен неврологом зав. ПНО ГУЗ «Перинатальный центр» 07.10. (15 дн. болезни). В динамике появились движения в пальцах правой кисти. Рефлексы с правой руки не вызываются, с левой живые. С ног: коленные $d < s$, ахилловы оживлены, $d = s$. Брюшные живые $d = s$, подошвенные живые, $d = s$. Ограничение в левом плечевом суставе. Походка не нарушена.

Заключение: менингомиелит. Синдром верхнего вялого парализа до степени пlegии справа.

Получал лечение: цефтриаксон 100 мг/кг в/м с 01.10. по 11.10; дексаметазон 1 мг/кг в/м с 01.10 по 06.10; затем преднизалон в дозе 1 мг/кг *per os* с 06.10; диакарб, аспаркам, альмагель, нейромультивит, виферон-1 №10, актовегин 2,0 в/м №10, прозерин 0,05% - 0,3 в/м с 11.10. по 22.10. На фоне проводимой терапии состояние ребенка улучшилось, температура тела стойко нормальная. Со стороны неврологической симптоматики — без положительной динамики. Выписан с улучшением под наблюдение невролога.

Через 4 мес. сохраняется парез справа и наметилась атрофия мышц плеча.

Таким образом, приведенный пример характеризует течение менингомиелита с развитием вялого парализа справа до степени пlegии при энтеровирусной Коксаки-В4 инфекции. Высокая тропность энтеровирусов к нервной системе характеризуется многообразием клинических форм наиболее часто встречающихся поражений нервной системы: серозных менингитов, энцефалитов, полирадикулоневритов, невритов лицевого нерва [4, 8].

Л и т е р а т у р а

1. Протасеня И.И., Резник В.И. Энтеровирусный менингит у детей Хабаровска в конце XX столетия // Эпидемиология и инфекционные болезни. - 2003. - №2.
2. Лукашов А.Н. Роль рекомбинации и эволюции энтеровирусов // Микробиология. - 2005. - № 4.
3. Резник В. И. // Дальневост. журнал инфекц. патологии. - 2003. - №2.
4. Бондарев Л.С., Вяхирева И.В., Сошенко И.И. Эпидемическая вспышка Коксаки - В-инфекции // С участи́й инфекції. - 1999. - №2. - С. 69-73.
5. Учайкин Г.Ф., Протасеня И.Н., Резник Е.В. и др. // Энтеровирусные менингиты у детей Хабаровска в конце 20-го столетия // Журнал эпидемиол. и инфекц. болезней. - 2003. - № 2. - С. 42-46.
6. Kehle J., Roth B. et al. // S. Neurovirol. - 2003. Feb. - Vol. 911. - P. 126-128.
7. Bottner A. // Pediatr. Infect. Dis. J. - 2002 Dec. - Vol. 21 (12). - P. 1126-1132.
8. Comel J.J., Antona D., Thourvenot D. // J. Clin. Microbiol. Infect. Dis. - 2003. Mar. - Vol. 22, 3. - P. 191-193.

Координаты для связи с авторами: Солодовникова Ольга Николаевна — аспирант кафедры детских инфекционных болезней ДВГМУ; Молочный Владимир Петрович — доктор мед. наук, профессор, зав. кафедрой детских инфекционных болезней ДВГМУ; Миропольская Наталья Юрьевна — канд. мед. наук, ассистент кафедры детских инфекционных болезней ДВГМУ; Константинов Сергей Витальевич — зав. отделением капельных инфекций МУЗ «Детская инфекционная клиническая больница» г. Хабаровска.

