

Краснов А.В., Кожевина Г.И., Воронина Е.Н., Берсенёва Л.М., Шестопалова А.С.

Кемеровская государственная медицинская академия,
МУЗ «Городская инфекционная клиническая больница № 8»,
г. Кемерово

ВЕТРЯНОЧНЫЙ ЭНЦЕФАЛИТ

Ветряная оспа является высококонтагиозной инфекцией. При отсутствии иммунитета возникает вероятность заражения, при контакте с больным она составляет 100 %. Ветряная оспа считается доброкачественным заболеванием, но у ослабленных детей и у взрослых сопровождается более тяжелым течением. Редким и тяжелым осложнением является поражение ЦНС – поздние ветряночные энцефалиты.

Ключевые слова: ветряная оспа; иммунитет; ветряночный энцефалит.

Krasnov A.V., Kozhevina G. I., Voronina E.N., Bersenyova L.M., Shestopalova A.S.

Kemerovo State Medical Academy,
City infectious clinical hospital № 8,
Kemerovo

CHIKEN-POX CAUSEED ENCEPHALITIS

Chicken-pox is a contagious diseases. In immune deppressed people probability of getting infected at contact with patients arises and makes 100 %. Chicken-pox is benign diseases, but in weakened children and acults its course in more severe. Rare complications of cheken-pox is affection of central nervous system caused encephalitis chicken-pox.

Key words: chicken-pox; immunity; chicken-pox causeed encephalitis.

Ветряная оспа — высококонтагиозное инфекционное заболевание, которым повсеместно болеют дети. При отсутствии иммунитета вероятность заражения при контакте с больным составляет от 90 до 100 %. Спорадические случаи ветряной оспы регистрируются на протяжении всего года, в конце зимы и начале весны в умеренном климате возникают эпидемические вспышки. Половину больных составляют дети в возрасте 5-9 лет, два других пика заболеваемости приходятся на возраст от 1 года до 4 лет и на 10-14 лет. В последние годы ветряная оспа «повзрослела» и случаи заболевания среди взрослых несколько участились.

В США среди людей к ветряной оспе восприимчивы до 10 %. У взрослых заболевание протекает тяжело, по сравнению с детьми, и даёт больше осложнений, этому могут способствовать отягощённый анамнез жизни, вредные привычки, сопутствующие заболевания, кроме того, тяжёлое состояние может быть связано с большей степенью сенсibilизации и большей алергизацией взрослых.

У переболевших ветряной оспой сохраняется пожизненный иммунитет. Случаи повторного заболевания бывают крайне редко. От 5 до 16 % женщин

детородного возраста не имеют иммунитета и могут заболеть ветряной оспой, что определяет вертикальный, трансплацентарный путь передачи. Если плод инфицируется незадолго до окончания беременности, то возникает типичная ветряная оспа разной степени тяжести, в зависимости от передачи от матери специфических антител класса G. У детей, заражённых внутриутробно, в раннем детском возрасте иногда встречается опоясывающий лишай.

При трансплацентарном пути передачи инфекции от больной матери в первые 4 месяца беременности возникает риск рождения ребёнка с «ветряночным синдромом» который включает в себя внутриутробную дистрофию, гипоплазию конечностей, пороки развития глаз, отставание в психомоторном развитии. От 24 до 30 % таких новорожденных погибают в первые дни жизни.

После стихания острых проявлений ветряной оспы вирус длительно сохраняется в организме в нервных ганглиях в латентном состоянии. При ослаблении иммунной системы происходит активация инфекции (опоясывающий герпес) и процесс распространения на кожу, внутренние органы, центральную нервную систему.

Ветряная оспа считается доброкачественным заболеванием. Протекает легко и имеет гладкое течение. Однако в последние годы нередко регистрируются тяжёлые формы с серьёзными осложнениями — до 5 % больных. У ослабленных детей и взрослых ветряная оспа сопровождается более длительной лихорадкой, тяжёлой интоксикацией, обильными высы-

Корреспонденцию адресовать:

Кожевина Галина Ивановна,
650029, г. Кемерово, ул. Ворошилова, 22а,
ГОУ ВПО «Кемеровская государственная
медицинская академия»,
Тел.: 8-960-933-50-32.

паниями на различных участках кожи, в том числе подошвах, стопах, слизистой полости рта, трахеи, бронхов, мочевых путей, и приобретает геморрагический, буллёзный характер, а также гангренозные изменения кожи и слизистых оболочек.

Тяжёлыми осложнениями являются пневмонии, энцефалит, менингоэнцефалит, миелит, гепатит. Возможно развитие бактериальных процессов: флегмона, абсцесс, рожистое воспаление, буллёзная форма стрептодермии, лимфаденит.

Развитие тяжёлых и осложнённых форм связывают с врождённой или приобретённой иммунодепрессией. У таких больных в 30-50 % случаев заболевание протекает с поражением внутренних органов. Летальность при этом составляет 15 %.

Поздние ветряночные энцефалиты являются редким осложнением, встречаются с частотой 0,1-0,5 %. Проявляются чаще во время угасания сыпи, с 5-15 дня болезни, могут и позднее. Одновременно с кратковременным повышением температуры тела к концу периода высыпания у больных наблюдаются вялость, головная боль, рвота. Через несколько дней появляются основные симптомы — шаткость походки, больной не может стоять, сидеть, жалуется на головокружение. Речь пациентов становится дизартричной, тихой, медленной. Мышечный тонус резко снижен, больные вялые, малоподвижные, предпочитают лежать. Лицо амимичное. Менингеальные знаки выражены умеренно или отсутствуют. При люмбальной пункции — лимфоцитарный плеоцитоз, увеличение белка. У ряда больных отмечаются судорожный синдром, психомоторное возбуждение, очаговые симптомы в виде гемипарезов, афазии.

Энцефалиты могут быть различной локализации и формы — атаксические, миелиты, энцефаломиелиты, с поражением психики. Для ветряночных энцефалитов характерна обратимость процесса. Исходы чаще благоприятные, редко встречается менее благоприятный исход энцефалитов с поражением подкорковых узлов. Редкие последствия ветряночных менингоэнцефалитов — нарушение психики с развитием идиотии. По данным Ю.В. Лобзина с соавторами, летальность составляет около 10 %.

Приводим собственное наблюдение:

Больной Д., 18 лет, поступил в Городскую инфекционную клиническую больницу № 8 г. Кемерово на 13 день болезни с жалобами на интенсивную головную боль, головокружение, светобоязнь.

Из анамнеза жизни: заболел остро, с повышения температуры тела до фебрильных цифр, общего не-



домогания, на второй день появилась сыпь везикуло-папулёзная по всему телу. Период высыпаний длился 7 дней. На 10 день самочувствие ухудшилось — появились головокружение, рвота, снижение аппетита. На 11 день больной перестал подниматься из-за выраженного головокружения. В последующем периодически рвота, отказ от еды. За помощью не обращался. Госпитализирован на 13 день от момента заболевания.

На момент поступления состояние тяжёлое за счёт интоксикации, неврологической симптоматики. Больной заторможен, вял, периодами выраженная эйфория. На вопросы отвечает с задержкой, не всегда правильно. От приёма пищи отказывается. Менингеальные симптомы: выражена ригидность затылочных мышц, брюшные рефлексы умеренной живости, симптом Кернига слабо положительный. Доминирует атаксический синдром, не может самостоятельно сидеть и ходить, при попытке подняться отклоняется назад и влево. В позе Ромберга неустойчив. Лёжа — вынужденное положение с фиксацией головы влево и тенденцией к запрокидыванию. Отмечается наличие установочного нистагма, нарушение конвергенции с двух сторон. Глазные щели равные, язык по средней линии, тонус мышц удовлетворительный, парезов нет, сухожильные рефлексы высокие, без асимметрии. На коже обильная сыпь по всему телу в стадии корочек. Видимые слизистые чистые. Отмечается увеличение лимфатических узлов преимущественно затылочных, шейных, паховых, от 0,3 до 0,8 см в диаметре. В лёгких дыхание везикулярное, тоны сердца приглушены, ритмичные. Живот мягкий, безболезненный. Печень,

Сведения об авторах:

Краснов Алексей Васильевич, канд. мед. наук, доцент, зав. кафедрой инфекционных болезней ГОУ ВПО «КемГМА Росздрава», г. Кемерово, Россия.

Кожевина Галина Ивановна, канд. мед. наук, ассистент кафедры инфекционных болезней ГОУ ВПО «КемГМА Росздрава», г. Кемерово, Россия.

Берсенева Любовь Михайловна, канд. мед. наук, ассистент кафедры инфекционных болезней ГОУ ВПО «КемГМА Росздрава», г. Кемерово, Россия.

Воронина Елена Николаевна, врач-инфекционист высшей категории, зав. отделением МУЗ «ГИКБ № 8», г. Кемерово, Россия.

Шестопалова Анна Сергеевна, врач-инфекционист МУЗ «ГИКБ № 8», г. Кемерово, Россия.

селезёнка не увеличены. Стула не было в течение 3 дней, диурез снижен.

На основании появления мозжечкового синдрома, очаговой симптоматики на фоне течения ветряной оспы выставлен диагноз «Энцефалит ветряночной этиологии».

Проведено обследование: Группа крови IV(AB), положительная. В общем анализе крови отмечено ускорение СОЭ до 25, умеренный лейкоцитоз до 10×10^9 , гемоглобин и уровень эритроцитов в пределах нормы. Тромбоциты 70×10^9 , ретикулоциты 4 %. В общем анализе мочи высокий удельный вес — 1025, выраженная альбуминурия — 0,132 г/л, лейкоциты — 4-8 в п/зр., эритроциты свежие 30-40 в п/зр, фосфаты большое количество. В биохимическом анализе — общий билирубин 10,2 ммоль/л, прямой 3,4 ммоль/л, непрямой 6,8 ммоль/л; АЛТ — 1,19, АСТ — 0,46; общий белок 79 г/л; сахар 4,5 ммоль/л; мочевины 6,75 ммоль/л; ПТИ 88,8 %, фибриноген 3,55. Люмбальная пункция: бесцветная, прозрачная, белок — 0,033 г/л, цитоз — 14/3, с — 11, лимф. — 3, сахар — 3,43 ммоль/л, хлориды — 108,6 г/л. ЭКГ — синусовая аритмия, метаболические изменения. Осмотрен неврологом, психиатром, оториноларингологом.

Проведено лечение: инфузионная терапия (раствор глюкозы 5 %, хлорид калия 4 %, реополиглюкин) в объёме 500-900 мл в течение 3 дней, иммуноненин 50 мл 3 дня, реферон 1 млн., цефтриаксон 4,0 в сутки, диакарб 3 дня, дексаметазон 8 мг 4 раза в день, ацикловир 800 мг 5 раз в день.

На фоне проведенного лечения состояние остаётся тяжёлым, самочувствие улучшилось — головных болей нет, головокружения отсутствуют, сохраняется выраженный астенический синдром. Контактен, на вопросы отвечает охотно, правильно. Стал самостоятельно садиться. Менингеальные симптомы отри-

цательные. Сохраняется установочный нистагм, конвергенция нарушена справа. В положении стоя неустойчив, шатается, отклонение назад и влево. Начал самостоятельно есть. В связи с окончанием срока изоляции по ветряной оспе переведен в неврологическое отделение Областной клинической больницы.

Несмотря на то, что ветряная оспа является детским инфекционным заболеванием, достаточно часто заболевают и взрослые пациенты. Для них характерно более тяжёлое течение, более частое развитие осложнений, в том числе и с поражением центральной нервной системы в виде энцефалитов и менингоэнцефалитов. Всё это необходимо учитывать, наблюдая взрослого больного, заболевшего ветряной оспой, для своевременной диагностики и проведения адекватной коррекции терапии в ранние сроки.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Деконенко, Е.П. Летальный исход энцефалита после ветряной оспы у пациента с аутоиммунным заболеванием /Е.П. Деконенко, А.В. Шишкина //Журнал неврологии и психиатрии. — 2008. — № 2. — С. 54-58.
2. Краснов, В.В. Инфекционные болезни в практике педиатрии: справочник врача /В.В. Краснов. — Н-Новгород, 2008. — 352 с.
3. Лобзин, Ю.В. Менингиты и энцефалиты /Ю.В. Лобзин, В.В. Пимененко, Ю.Н. Громыко. — СПб., 2003. — 128 с.
4. Стецюк, О.У. Проблема внутриутробных инфекций в акушерско-гинекологической практике /О.У. Стецюк, И.В. Андреева //Фарматека. — 2006. — № 14. — С. 12-19.
5. Уитли, Р. Ветряная оспа и опоясывающий лишай /Р. Уитли //Внутренние болезни по Тинсли Р. Харрисону. — М.: Практик, 2002. — 3388 с.
6. Ветряная оспа взрослых /Н.Д. Ющук, Н.В. Астафьев, М.А. Бурик и др. //Эпидемиология и инфекционные болезни. — 2000. — № 3. — С. 35-37.



У ДЕТЕЙ С ОЧЕНЬ БОЛЬШИМ ИЗБЫТОЧНЫМ ВЕСОМ ГОЛОВНОЙ МОЗГ РАБОТАЕТ ИНАЧЕ, ЧЕМ У ИХ ПОДЖАРЫХ СВЕРСТНИКОВ

Как показывают результаты исследования, выполненного в Свободном университете Амстердама, избыточный вес даже в таком юном возрасте уже заметно влияет на функционирование головного мозга. Ранее уже было известно, что сильная полнота в более старшем возрасте связана с изменениями в головном мозге и ухудшением функционирования головного мозга. Теперь ученые впервые обнаружили такие же изменения в очень юном возрасте. Исследователи сравнили активность мозга в группе из 11 очень полных девочек и в группе девочек с "нормальным" весом. Установлено, что отделы головного мозга полных детей коммуницируют между собой иначе, чем у нормы. Ученые пока не знают, в чем заключается причина этих изменений. Не знают они также, насколько эти изменения обратимы в случае снижения веса. Для этого нужны дальнейшие исследования.

Источник: www.solaris-info.ru