

Клинический случай энцефаломиелополирадикуло-нейропатии с вялым тетрапарезом у ребенка 8 лет

Гончарова Т.А.¹, Федорова Н.Г.², Брем Н.А.²

¹ ФГБОУ ВО «Омский государственный медицинский университет» Минздрава России, Омск, Российская Федерация

² БУЗОО «Областная детская клиническая больница», Омск, Российская Федерация

Актуальность. Для гарантированного выявления всех случаев полиомиелита в любой возрастной группе ВОЗ рекомендует осуществлять активный эпидемиологический надзор за всеми острыми вялыми параличами (ОВП). Синдром ОВП может встречаться при многих инфекционных (острый паралитический полиомиелит, полинейропатии, миелиты) и неинфекционных патологиях (опухоли спинного мозга, мононейропатии, в том числе травматические).

Цель исследования. Продемонстрировать клинический случай вялого тетрапареза у ребенка 8 лет с энцефаломиелополирадикулонейропатией.

Пациенты и методы. Ребенок К., мальчик, возраст 8 лет, 14.06.2009 г.р., житель Крутинского района Омской области. Заболел остро 20.08.2017, находясь на отдыхе в Астраханской области, отмечалась фебрильная лихорадка, появилось двоение в глазах. Через 2 дня присоединились общая слабость, тошнота, неинтенсивная боль в животе, ходил самостоятельно. На 3-й день подъем температуры до 40,0 °С, появились сильный озноб, судороги, головная боль, невнятная речь. Мальчик был снят с поезда и доставлен бригадой скорой помощи в Сызранскую ГБ № 2, а затем санавиацией — в ГБУЗ СО Тольяттинскую ГКБ № 5 23.08.2017 в 23:30, где находился до 18.09.2017 с диагнозом: «Менингоэнцефалит неуточненной этиологии, возможно, вирусной. Отек головного мозга 2–3 ст. Кома 2–3 ст. Двусторонняя полисегментарная пневмония. Интерстициальный нефрит токсического генеза». До 30.08.2017 состояние оставалось крайне тяжелым, находился на ИВЛ. С 30.08.2017 в неврологическом статусе появилась небольшая положительная динамика. Стал реагировать на осмотр открыванием глаз. Движений в конечностях нет. Менингеальные знаки отрицательные. Корнеальный рефлекс вызывается, подкашливает, в том числе на санацию. Атония. Арефлексия. Судорог нет. Купировался гипертонус в стопах. С 01.09.2017 взгляд фиксирует, узнает маму, улыбается, выполняет команду «сжать руку доктора» слабым сжатием. 11.09.2017 выполнена трахеостомия. Данному ребенку проведено лечение: антибактериальная терапия (цефтриаксон, меропенем, эритромицин, линезолид, ко-тримоксазол, цефоперазон + сульбактам), инфузионная терапия, дексаметазон, преднизолон, иммуноглобулин человека нормальный № 5, ацикловир в/в 10 дней, интерферон альфа-2b ректально, пентоксифиллин, этилметилгидроксипиридина сукцинат, холина альфосцерат, тиамин, цианкоболамин, пробиотики, ЛФК, щадящий массаж.

Результаты. С 18.09.2017 по 03.10.2017 находился в Тольяттинской ГДБ № 1 с диагнозом: «Энцефаломиелополирадикулоневрит». При поступлении общемозговой и менингеальной симптоматики нет. Обоняние не

нарушено. Острота зрения не нарушена. Зрачки D = S, фотореакции живые, движения глазных яблок в полном объеме. Лицо симметричное. Глотание нарушено. Глоточный рефлекс не вызывается. Язык по средней линии. Активные движения в конечностях практически отсутствуют, по просьбе может сжать кисть, но за счет спастичности и патологических дискинезий разжать ее не может. Спастика в голеностопных суставах и кистях рук. Сила мышц 0–1 балл. Мышечный тонус диффузно снижен, в дистальных отделах — спастичный, с формированием контрактур. Сухожильные рефлексы: ахилловы D = S, верхние брюшные справа +, остальные не вызываются. Патологические стопные знаки с обеих сторон. Патологические синкинезии. Нарушение терморегуляции. Дистальный гипергидроз. Функции тазовых органов не нарушены. Получал массаж, ЛФК, нейротропную терапию, антигипоксантами, сосудистые, антиспастическую терапию.

На фоне проводимого лечения состояние значительно улучшилось, средней тяжести. В сознании. Разговаривает. Адекватная реакция на окружающее. Глотает, кормится с ложки протертой пищей. Объем питания усваивает. Зрачки D = S, фотореакции живые, движения глазных яблок в полном объеме. Эмоции адекватные. Самостоятельные движения появляются в минимальном объеме. Голову не держит, не переворачивается. Трахеостома удалена 27.09.2017. Дыхание самостоятельное через естественные дыхательные пути. Для дальнейшего лечения 09.10.2017 переведен в БУЗОО ОДКБ г. Омска. Неоднократно (с октября 2017 по март 2021 г.) проводились курсы реабилитации (курсы массажа, ЛФК, физиолечение, нейротропные, витамины группы В) на базе психоневрологического отделения в ОДКБ с диагнозом: «Последствия перенесенного энцефаломиелополирадикулоневрита (август-сентябрь 2017 г.), период остаточных явлений. Вялый тетрапарез». С положительной динамикой.

В настоящее время сохраняются изменения в неврологическом статусе. Ходит самостоятельно, но объем активных движений ограничен, больше в нижних конечностях. Мышечный тонус снижен в нижних конечностях. Мышечная сила снижена в нижних конечностях до 4 баллов, в верхних конечностях — 5 баллов. Тугоподвижность в голеностопных суставах. Сухожильные рефлексы с верхних конечностей живые, D = S, с нижних конечностей снижены, D = S. Рефлекс Бабинского с двух сторон. На корточки у опоры не садится. Эквиноварусная левая стопа. Запинаясь, падает, подварачивается левая стопа, затруднена ходьба на пятках. Функции тазовых органов контролирует. Ребенок имеет статус инвалида. Прогноз для жизни благоприятный.

Заключение. Данный клинический случай показывает, что реабилитационные мероприятия должны начинаться уже с острого периода или в периоде ранней реконвалесценции энцефаломieloполирадикулоневрита; объем и характер реабилитационных мероприятий определяется периодом заболевания, клиническим синдромом и его тяжестью; необходимо соблюдать последовательность и преемственность проводимых мероприятий, обеспечивающих непрерывность на различных этапах реабилитации и диспансеризации; комплексный

характер восстановительных мероприятий с участием различных специалистов и с применением разнообразных методов воздействия; необходимо учитывать соответствие реабилитационно-восстановительных мероприятий и воздействий адаптационным и резервным возможностям реконвалесцента. При этом важны постепенность возрастания дозированных нагрузок, а также дифференцированное применение различных методов воздействия. Необходим постоянный контроль эффективности проводимых мероприятий.