

Постветряночный энцефалит у ребенка 5 лет

Городская детская инфекционная клиническая больница, Минск,¹

Белорусский государственный медицинский университет²

Ветряная оспа в большинстве случаев характеризуется доброкачественным течением. Осложнения развиваются не более чем у 5% больных, но иногда бывают очень тяжелыми [9]. Наиболее частыми осложнениями являются гнойные поражения кожи, в основе которых лежит суперинфекция стафилококковой или стрептококковой этиологии. Менее распространенные осложнения: энцефалит, миокардит, пневмония, кератит, нефрит, артрит, гепатит и др. [1,8].

Поздние ветряночные энцефалиты появляются чаще во время угасания сыпи с 5-15-го дня болезни, но могут возникать и позже. Для поздних ветряночных энцефалитов характерно постепенное развитие и независимость от характера высыпания и тяжести течения ветряной оспы. Одновременно с кратковременными подъемами температуры у больных к концу ветряночного высыпания наблюдаются вялость, головная боль, рвота, а через несколько дней – основные симптомы. Энцефалит протекает, как правило, в форме церебеллита (острая мозжечковая атаксия) и сопровождается атаксией, вестибулопатией, нистагмом и тремором. Реже возникает энцефалит с поражением гемисфер и ствола мозга, проявляющийся нарушением сознания, судорожными припадками и различными очаговыми симптомами [2,4]. Летальность в таких случаях может достигать 10% [6]. Другие осложнения, такие, как синдром Гийена – Барре, синдром Рейе, невropатии лицевого и зрительного нервов, серозный менингит, ганглионит (при первичной атаке вируса), острый поперечный миелит встречаются крайне редко [5].

Из 161 детей, госпитализированных в ГДИКБ с тяжелой ветряной оспой в 2005 г., у 4 (2,5%) развились неврологические осложнения: у 2 детей – менингоэнцефалит на 5 – й и 8 – й день, у 2 детей – энцефалит на 7 – й и 15 – й день с момента заболевания. В 2007 г. отмечен 1 случай ветряной оспы, осложненный энцефалитом. Приводим наблюдение.

Больной Б., в возрасте 5 лет доставлен в ГДИКБ бригадой скорой медицинской помощи 12.02.07 г. Состояние ребенка при поступлении тяжелое – жалуется на головную боль, рвоту, повышение температуры, сонливость, невозможность ходить и стоять. Из анамнеза выяснено, что ребенок был в контакте с больным ветряной оспой в детском учреждении, а с 6.02.07 г. сам заболел ветряной оспой. У мальчика появилась сыпь на теле (в т.ч. на волосистой части головы), отмечалось повышение температуры тела (максимально до 37,80С в течение 3-х дней). Лечился амбулаторно. С 10.02.07 г. новых высыпаний на коже не появлялось, на месте «старых» образовались корочки, температура тела нормализовалась, ребенок чувствовал себя удовлетворительно. На 6-й день болезни состояние ребенка ухудшилось: повысилась температура тела до 39,00С, появились головная боль, многократная рвота, ребенок стал вялым, сонливым, что и послужило причиной госпитализации.

При объективном обследовании ребенок в сознании, адекватен, речь медленная, тихая, дизартричная. Мальчик не может ходить, стоять, в положении сидя

шатается. На коже необильные высыпания в виде корочек. Умеренно гиперемирована задняя стенка глотки. При аускультации тоны сердца приглушены, ритмичные, ЧСС 96 в 1 мин., АД 100/60 мм рт. ст. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧД 22 в 1 мин. Живот мягкий, безболезненный, печень у края реберной дуги. Отмечались изменения в неврологическом статусе: сужение левой глазной щели, горизонтальный нистагм, сглаженность левой носо-губной складки, девиация языка влево, положительный симптом Бабинского слева, ригидность задне-шейных мышц. Выставлен диагноз – ветряночный энцефалит.

Несмотря на проводимую интенсивную терапию, положительной динамики в состоянии больного не наблюдалось, а 15.02.07 г. состояние ухудшилось, развился отек головного мозга, появились признаки инфекционно-токсической кардиопатии.

По результатам лабораторного исследования в общем анализе крови выявлены воспалительные изменения в виде палочкоядерного сдвига (до 23%) и ускоренной СОЭ (до 40 мм/час). Общий анализ мочи без особенностей. Биохимические показатели соответствовали нормальным значениям. При исследовании спинномозговой жидкости: цитоз – $5 \cdot 10^6$ /л, нейтрофилов – 40%, лимфоцитов – 60%, бактериологические и вирусологические исследования на менингококк, ВПГ, ЦМВ дали отрицательные результаты. При проведенной ЭЭГ выявлены диффузные изменения по медленноволновому типу с акцентом в заднее-височно-затылочных отведениях. При МРТ головного мозга от 19.02.07 г. установлено расширение субарахноидального пространства.

На фоне терапии отмечена стабилизация симптомов с последующим периодом восстановления. В течение 3-х недель наблюдался полный регресс неврологической симптоматики. Ребенок был выписан с клиническим выздоровлением на 22-е сутки под наблюдение диспансерного кабинета.

Таким образом, данное наблюдение подтверждает возможность развития тяжелых неврологических осложнений у детей после перенесенной ветряной оспы. Предотвратить развитие тяжелых форм инфекции способна иммунизация [7]. В Республике Беларусь зарегистрирована живая аттенуированная вакцина «Варилрикс». Вакцина предназначена для активной иммунизации восприимчивых лиц старше 9 месяцев, подверженных риску развития тяжелой ветряной оспы (больные лейкозами, пациенты, получающие иммуносупрессивную терапию по поводу злокачественных опухолей, тяжелых хронических заболеваний, трансплантации органа) для уменьшения вероятности передачи вируса при контакте с больными ветряной оспой [3]. Вакцина обеспечивает защиту при введении ее не позднее 72 часов после контакта с источником инфекции в детском коллективе или семье.

Литература

1. Барановская, Г. В. Этиологическая структура и характер неврологических последствий нейроинфекций у детей в Минске / Г.В. Барановская [и др.]. // Инфекционные болезни в современных условиях: IV съезд врачей инфекционистов РБ, Витебск, 17 – 18 сентября 1997 г.: сб. науч. трудов / Витебский мед. ин-т; редкол. Ж. А. Ребенок [и др.]. Витебск, 1997. С. 19 – 21.
2. Деконенко, Е. П. Поражения нервной системы, вызываемые вирусами герпеса / Е. П. Деконенко [и др.]. // Неврологич. журн. 1999. Т. 4, № 4. С. 46 – 52.

3. Инструкция по применению вакцины «Варилрикс»: утв. М-вом здравоохранения Респ. Беларусь 31.08.07. Минск, 2007. 7 с.
4. Логотько, В. А. Клиника и исходы ветряночных энцефалитов у детей / В. А. Логотько // Актуальные вопросы современной медицины: материалы юбилейн. науч. конф., посвящ. 80-летию БГМУ, Минск, 2001 г.: в 2 ч. / Бел. гос. мед. ун-т; редкол.: С.Л. Кабак [и др.]. Минск, 2001. Ч. 1. С.277 – 279.
5. Мальмберг, С. А. Ветряночный миелит / С. А. Мальмберг [и др.]. // Неврологич. журн. 2004. Т. 9, № 5. С. 33 – 37.
6. Сорокина, М. Н. Постинфекционные энцефалиты / М. Н. Сорокина, Н. В. Скрипченко // Вирусные энцефалиты и менингиты у детей: руководство для врачей / М. Н. Сорокина, Н. В. Скрипченко. М., 2004. С. 192 – 201.
7. Учайкин, В. Ф. Вакцинопрофилактика ветряной оспы / В. Ф. Учайкин, О. В. Шамшева // Руководство по клинической вакцинологии: руководство для врачей / В. Ф. Учайкин, О. В. Шамшева. М., 2006. С. 271 – 273.
8. Ющук, Н. Д. Поражения нервной системы при герпетических инфекциях: учебное пособие / Н. Д. Ющук, А. В. Степанченко, Е. П. Деконенко. М: Профиль, 2005. с. 96.
9. John, W. Varicella-Zoster Virus: Atypical Presentations and Unusual Complications / W. John, Jr Gnann // Journ. of Infectious Diseases. 2002. Vol. 186. – P. 91 – 98.