

Выводы. Таким образом, лечебные системы, имеющие многолетнюю историю применения и доказанную временем эффективность, могут быть использованы в сочетании и для лечения психосоматических нарушений у детей.

Литература:

1. Куссе, Ф. Детские типы в гомеопатии. 56 конституциональных типов детей. – Новосибирск: Гомеопатическая книга, 2012. – 235 с.
2. Малкина-Пых И. Г. Экстремальные ситуации. – М.: Изд-во Эксмо, 2005. – 960 с.
3. Тарабрина, Н. В. Психология посттравматического стресса: интегративный подход.- Автореф. Дис.... Д. псих. Н. – 2008.- 71 с.
4. Тивари, Ш. К. Гомеопатия и лечение детей.- Новосибирск: Гомеопатическая книга, 2010. – 235 с.
5. Цуциева, Ж. Ч. Психология посттравматического стрессового расстройства у детей, жертв террористических актов (концепция формирования и коррекции).- Автореф. Дис....д. псих. Н. – 2010. – 35 с.

НЕЙРОБОРРЕЛИОЗ В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ: КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

*Куль Т. И., Кроткова Е. Н., Малышко Н. Г., Островская О. В.,
Павлова И. Н.*

УЗ «Гродненская областная инфекционная клиническая больница»,
г. Гродно, Беларусь

Гродненская область является эндемичным регионом в Республике Беларусь по клещевым инфекциям. Заболеваемость клещевым боррелиозом (далее КБ) населения области за последние 5 лет увеличилась в 2 раза: с 9,6 на 100 тыс. населения (115 случаев) до 18,9 на 100 тыс. населения (199 случаев). Первые случаи КБ среди детей на территории Гродненской области зарегистрированы в 2008 г. (2 случая, показатель заболеваемости – 0,9 на 100 тыс. населения). В 2014 г. Зарегистрировано 12 случаев КБ у детей, показатель заболеваемости – 5,6 на 100 тыс. населения, причем в 2 (16,7%) случаях дети в возрасте от 0 до 2-х лет. По данным литературы, более чем у 30% пациентов в анамнезе отсутствуют данные об укусе клеща или употреблении козьего молока, что значительно затрудняет своевременную этиологическую диагностику, особенно в детском возрасте.

Собственное исследование. Пациент Ш., 9 лет, переведён 14.05.2015 г. В отделение реанимации и анестезиологии учреждения здравоохранения «Гродненская областная инфекционная клиническая больница» (далее УЗ «ГОИКБ») из учреждения здравоохранения «Гродненская областная детская клиническая больница» (далее УЗ «ГОДКБ») с жалобами на боли в руках, повышение температуры тела до 37,8⁰С.

Из анамнеза заболевания: Со слов, матери ребёнок заболел 07.05.2015, когда впервые отмечается повышение температуры тела до 38⁰С. Наблюдался участковым педиатром, на фоне приема парацетамола с 09.05 лихорадка прекратилась, ребёнок чувствовал себя хорошо. 11.05.2015 около 13.00 был обнаружен матерью в состоянии потери сознания, судорог, остановки дыхания, была рвота. Бригадой скорой медицинской помощи доставлен в отделение реанимации УЗ «Мостовская ЦРБ», оттуда переведен в УЗ «ГОДКБ» в отделение реанимации, где находился в течение 3-х дней с диагнозом: Серозный менингит. Энцефалитическая реакция с судорожным и делириозным синдромами. Острая респираторная инфекция. Острый ринофарингит. Двусторонний катаральный верхнечелюстной синусит, гипертрофия аденоидов.

Из анамнеза жизни известно, что ребенок от 2-й беременности, 2 родов, родился в срок 36 недель, с массой тела 4000 г, длиной тела 51 см, роды протекали без особенностей. Привит в соответствии с календарем прививок. Из перенесенных заболеваний: ОРЗ, скарлатина, ветряная оспа. Ранее судорог у ребенка мама не отмечала. Укус клещом, употребление сырого козьего молока отрицает. За пределы Республики Беларусь не выезжал.

Объективный статус. На момент поступления в УЗ «ГОИКБ» общее состояние ребенка расценено как тяжёлое. Температура тела 37,8⁰С. *Неврологический статус:* в сознании, доступен продуктивному контакту, на вопросы отвечает правильно, при осмотре отмечается негативизм. Адекватен. В месте, времени, собственной личности ориентирован верно. Зрачки D=S, реакция на свет живая. Лицо симметрично, глотание и фонация не нарушены. Движения в конечностях сохранены. Определяется ригидность мышц затылка. Симптом Кернига сомнительный. Со стороны сердечно-сосудистой, дыхательной, мочеполовой систем,

желудочно-кишечного тракта патологические отклонения отсутствуют. Общеклинические лабораторные показатели крови без отклонения от нормы. В анализе ликвора: цитоз – 169×10^6 /л, нейтрофилы – 20%, лимфоциты – 64%, макрофаги – 16%, общ. Белок – 0,48 г/л, глюкоза – 3,6 ммоль/л, хлориды – 112,9 ммоль/л. На рентгенограмме органов грудной клетки патологических изменений не выявлено.

Диагноз при поступлении: Серозный менингоэнцефалит. Двухсторонний катаральный верхнечелюстной синусит, гипертрофия аденоидов.

В течение 4-х дней с момента поступления отмечается отрицательная неврологическая динамика: на фоне нормотермии появляются боли и мелкокоразмашистый тремор левой кисти и предплечья, симптом Кернига положительный справа. На 5-е сутки пребывания в стационаре отмечается повышение температуры тела до субфебрильных цифр, дальнейшее ухудшение неврологического статуса: симптом Кернига положительный с обеих сторон, значительно увеличился левосторонний парез, наблюдается постоянный тремор в левой руке, пациент несколько заторможен, односложно отвечает на разные вопросы, появляются кратковременные эпизоды каталепсии, когда пациент не реагирует на окружающих, не разговаривает, устремив взор в одну точку. В общем анализе крови нарастает лейкоцитоз (12,2 тыс./мкл). Выполнено МРТ головного мозга – МР-данных за объемный процесс, демиелинизирующее заболевание, участок «свежего» отека, сосудистую аномалию в головном мозге не получено. В крови методом ИФА антитела (Ig M) к клещевому энцефалиту, токсоплазмозу, вирусу Эпштейн-Барра, энтеровирусам, ВИЧ-инфекции не обнаружены. Методом ПЦР в ликворе ДНК герпеса 1, 2, 6 типа, ЦМВ, ВЭБ, анаплазмоза, РНК возбудителя клещевого энцефалита, эрлихиоза, энтеровируса не обнаружены. Исследование крови на стерильность – стерильно. Иммунограмма: уровень CD4 клеток снижен – 272 кл. (N больше 500). На 6-е сутки пребывания ребенок остается в сознании, однако имеются нелепые высказывания: «я мягкий», «у меня что-то происходит с лицом». Наблюдается тремор левой кисти, сохраняется субфебрилитет, менингеальные знаки. Методом ИФА в крови выявлены IgM к возбудителю КБ. Ребенок осмотрен психиатром, заключение:

галлюцинаторных переживаний на момент осмотра не выявлено, имеющиеся расстройства носят экзогенно-органический характер. В течение последующих 5 дней со стороны психоневрологического статуса отмечается ухудшение: левосторонний гемипарез, отклонение взора и головы влево, приступы парциальных судорог, вялая реакция на окружающих. По данным выполненного МРТ - МР-признаки кортикальных изменений правого полушария головного мозга, что может соответствовать воспалительным изменениям мягких мозговых оболочек (вирусного энцефалита). В течение следующих 8 дней состояние ребёнка остаётся стабильно тяжёлым. 02.06.15 повторно выявлены IgM к возбудителю КБ, титр 1:132. На 22 сутки пребывания ребёнок стал более активен, но состояние остаётся тяжёлым, без существенной динамики. 08.06.15 повторно выполнена спинномозговая пункция – в ликворе отсутствуют патологические изменения. В крови отмечается нарастание антител Ig к Лайм-Боррелиозу в титрах Ig G 1:256, Ig M 1: 16. В ликворе выявляются антитела к клещевому боррелиозу Ig G 1:32, Ig M 1:16. На энцефалоэлектрограмме выраженная дезорганизация биоэлектрической активности головного мозга. На 36-е сутки пребывания в стационаре пациент переведен из отделения реанимации в 1-е инфекционное отделение. В течение следующих 2-х недель наблюдается медленная положительная динамика в виде сокращения парциальных моторных припадков и психических феноменов. 22.06.15 (40-е сутки) для дальнейшего лечения и реабилитации переведён в неврологическое отделение УЗ «ГОДКБ». Общее состояние средней степени тяжести, с улучшением: активный, играет, на вопросы отвечает правильно, менингеальные знаки отрицательные. Ежедневно сохраняются периодические приступы продолжительностью около 10-30 сек. С нарушением сознания (пациент не реагирует на окружающих, не разговаривает, устремив взор в одну точку), после приступов доступен контакту.

За время стационарного лечения в УЗ «ГОИКБ» пациент получил комплексную терапию: роцефин, цефотаксим, ванкомицин, меропенем, виролекс, дексаметазон, октагам, эмоксипин, пентоксифиллин, актовегин, галоперидол, маннит, фуросемид, флуконазол, омепразол, клоназепам, карбомазепин, топирамат, депакин-хроносфера, витамины группы В.

Заключительный диагноз: Подострый менингоэнцефалит (микст инфекция: Лайм-боррелиоз и неуточненной вирусной этиологии) с преимущественным поражением правой лобно-теменно-височной доли, капсулы, головки хвостатого ядра, левого полушария, мозжечка; прогрессирующее течение с ежедневными частыми парциальными (моторными с адверсивным компонентом, с маршем, диалептическими), вторично-генерализованными приступами, постоянными локализованными приступами, постоянными локализованными миоклониями в левой руке; с пирамидной, мозжечковой симптоматикой. Клинически неполный симптомокомплекс синдрома Расмуссена-Кожевникова. Иммунодефицитное состояние.

Заключение. Приведенный случай свидетельствует о сложности диагностики и лечения у детей менингоэнцефалита как проявления КБ, особенно при присоединении дополнительной инфекции, в данном случае, вероятно, вирусной этиологии. Учитывая возможность тяжелого протекания клещевого боррелиоза и неблагоприятный отдаленный прогноз (инвалидизация), с целью своевременной диагностики и лечения считаем необходимым всем пациентам с клиникой менингоэнцефалита проводить исследования крови и ликвора на клещевые инфекции, в том числе при отсутствии в анамнезе указаний на укус клеща или употребление сырого козьего молока.

Литература:

1. Анисько, Л. А. Совершенствование лабораторной диагностики клещевых инфекций (болезни Лайма, клещевого энцефалита, анаплазмоза и эрлихиоза) / Актуальные проблемы медицины: материалы ежегодной итоговой научно-практической конференции (Гродно, 22 января 2013 г.) / отв. ред. В. А. Снежицкий, Гродно: ГрГМУ, 2013. – Ч. 1. – С. 15-17.
2. Соловей, Н. В., Щерба, В. В., Анисько, Л. А. и др. Полимиелоэнцефалитическая форма клещевого энцефалита в Республике Беларусь / Н. В. Соловей, В. В. Щерба, Л. А. Анисько и др. // Здоровоохранение. - 2015. - №3. - С. 60-64.
3. Богуцкий, М. И., Кроткова, Е. Н. Первый случай клещевой микст-инфекции: гранулоцитарный анаплазмоз человека и клещевой энцефалит / М. И. Богуцкий, Е. Н. Кроткова // Медицинская панорама. -2015. - № 1. – С. 12-13.