

Гаврон В.П.

СЛУЧАЙ ОСТРОГО РАДИКУЛОМИЕЛИТА У РЕБЁНКА

*Научные руководители: канд. мед. наук, доц. Ластовка И.Н.,
ст. преп. Кастюкевич Л. И*

Кафедра детских инфекционных болезней

Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск

Актуальность. Острый миелит – воспаление серого и/или белого вещества спинного мозга. Состояние возникает вследствие инфекционных, воспалительных, аутоиммунных процессов, изредка развивается как идиопатический вариант. Эпидемиология в настоящее время изучена недостаточно. По данным разных исследований, заболеваемость миелитом в мире варьирует от 1,34 до 10,8 новых случаев в год на 1 млн. населения.

Цель: представить разбор клинического случая диагностики острого радикуломиелита на основании лабораторных и инструментальных методов исследования.

Материалы и методы. Анализ медицинской документации пациента Е., 9 лет, с диагнозом «Острый радикуломиелит неуточненного генеза с поражением спинного мозга на уровне Th11-Th12 и корешков спинного мозга на уровне Th12-L1 позвонков, конского хвоста (по данным МРТ)».

Результаты и их обсуждение. Пациент Е., 9 лет, поступил в отделение УЗ ГДИКБ с жалобами на повышение температуры, боль в нижнегрудном отделе позвоночника при движениях. Из анамнеза: 3 месяца назад - травма спины, после чего в течение 1 месяца периодические жалобы на покалывание, дискомфорт в спине. Месяц назад: резкая боль в спине, к вечеру поднялась температура до 37°C, сохранялась боль в спине, ходьба на носках. Амбулаторно выполнена рентгенография позвоночника: нельзя исключить компрессионный перелом позвонков. Через 2 дня - лихорадка до 39°C, с плохим эффектом от антипиретиков, озноб, светобоязнь. Выполнено МРТ позвоночника - без патологии. Лихорадка до 40°C, рвота 1 раз на высоте температуры. В подъезде зарегистрирован случай менингококковой инфекции, со слов участкового врача. На 7 день болезни госпитализирован в УЗ «ГДИКБ» с диагнозом: ОРИ: фарингит. Ацетонемия. В приемном отделении: общий анализ крови (ОАК): нейтрофилез, общий анализ мочи (ОАМ): кетоновые тела +++, мазок из носоглотки (менингококк не выделен); в отделении: грипп А/В и другие ОРИ (не обнаружены), биохимический анализ крови (БАК): в пределах возрастной нормы, прокальцитонин – 0,11 нг/мл. На 10 день болезни сохраняется лихорадка до 38,5°C, боль в спине. Повторно сданы ОАК: норма, БАК: креатинин 64,8 мкмоль/л, исследование на вирус Эпштейна-барр: IgG NA+, ЦМВ: IgG+. На 13 день болезни ребенок переводится в ОАиР, где проводится люмбальная пункция (ЛП): ликвор бесцветный, прозрачный, белок 1,13 г/л, глюкоза 2,3 ммоль/л, хлориды 119 ммоль/л, цитоз $225 \cdot 10^6$ /л, нейтрофилы 41%, лимфоциты 59%, менингитная панель FilmArray: отрицательно, ИЛ-6 (2 нг/мл), V. Zoster IgG (2,71), ВПГ 1-2 типа антитела (отрицательные), исследование на Лайм-боррелиоз (IgM и IgG не обнаружены), экспресс-тест на ВИЧ: отрицательный, МРТ: поражение короткого сегмента спинного мозга на уровне Th1-Th12 позвонков и корешков конского хвоста – вероятнее, иммуноопосредованного воспалительного характера, инфекционно-воспалительный, неопластический характер изменений – менее вероятны. Онкомаркеры: отрицательный результат, кал на полиомиелит 2 порции с интервалом 24-48 ч: антиген энтеровирусов не выявлен, тиреоидные гормоны (ТТГ 1,95 мкМЕ/мл, Т4 свободный 19,7 пмоль/л, анти-ТПО 0,02 ЕД/мл), повторная ЛП на 27-е сутки болезни: ликвор бесцветный, прозрачный, белок 0,44 г/л, глюкоза 2,7 ммоль/л, хлориды 118 ммоль/л, цитоз $50 \cdot 10^6$, нейтрофилы 6%, лимфоциты 94%).

Выводы. Особенность течения болезни у данного пациента характеризовалась гриппоподобным синдромом, с преобладанием жалоб на боли в спине; но с нехарактерными постепенным нарастанием клиники, изменениями в ликворе, однако отсутствием этиологического подтверждения инфекции. Роль в верификации нейроинфекции сыграла характерная МРТ картина.