

В. В. Галицкая
ГЕТЕРОГЕННОСТЬ ЗАБОЛЕВАНИЙ С СИНДРОМОМ ОСТРОГО ВЯЛОГО
ПАРАЛИЧА У ДЕТЕЙ

Научный руководитель канд. мед. наук, доц. Л. И. Ясинская
Кафедра нервных и нейрохирургических болезней,
Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск

***Резюме.** В статье приведены результаты изучения особенностей заболеваний, протекающих с синдромом острого вялого паралича у 24 детей по данным эпикризов и находившихся под наблюдением в диспансерном кабинете ГДИКБ г.Минска.*

***Ключевые слова:** паралич, неполиомиелитные вирусы, полиомиелитоподобные заболевания*
***Resume.** The article presents results of the studying of 24 children's diseases' peculiarities with the syndrome of acute flaccid paralysis according to information from epicrisis. The patients were*

monitored in the dispensary room of city children's infectious diseases clinical hospital (Minsk).

Keywords: *paralysis, non-poliomyelitis viruses, similar to poliomyelitis diseases.*

Актуальность. Сложный клинический синдром, носящий название острый вялый паралич (ОВП), может иметь множество причин развития. Надзор за заболеваниями, протекающими с синдромом ОВП, имеет большое значение, поскольку позволяет выявить случаи паралитического полиомиелита, вызванные как диким, так и вакцинным полиовирусом. Вместе с тем причиной развития ОВП могут быть и «неполиомиелитные» вирусы. Своевременное выявление случаев ОВП служит показателем эффективности системы эпиднадзора и сохранения высокого уровня настороженности медицинских работников в отношении полиомиелита [1].

Цель: изучить структуру и клинико-лабораторные особенности заболеваний, протекающих с синдромом ОВП у детей.

Задачи:

1. Определить этиологическую структуру острого вялого паралича у детей.
2. Выявить клинико-лабораторные особенности заболеваний у детей с ОВП.

Материал и методы. Ретроспективно проанализированы истории развития синдрома ОВП у 24 детей разного возраста по данным эпикризов, которые находились под наблюдением в диспансерном кабинете ГДИКБ г.Минска

Результаты и их обсуждение. По данным анализа выявлено, что в возрастной структуре пациентов с синдромом ОВП преобладали дети раннего возраста: первого года жизни - 13%, второго года – 58% ($p < 0,05$), третьего года – 25%, реже были дети старше 5 лет – 4%. При этом мальчиков было больше, чем девочек.

Пациенты обращались с жалобами на нарушение походки в виде прихрамывания на одну ногу, свисание стопы, слабость в обеих ногах. Также отмечались жалобы на слабость в руках.

В 63% случаев развитию ОВП предшествовала острая респираторная вирусная инфекция, в 15% – внутримышечная инъекция, в 7% – кишечная дисфункция на фоне повышения температуры от 37,5 до 39⁰С у большинства (70%) пациентов. Вместе с тем у 15% детей развитие пареза отмечалось без выраженных клинических проявлений инфекции. Время дебюта ОВП было различным: у 42% детей парез начинался в течение 1-ой недели болезни, у 33% - на 1 день, у 25% - в течение 2-ой недели, и лишь у 4% парез начался спустя 2 недели от начала основного заболевания.

Все дети были госпитализированы в стационар в первые дни от начала развития пареза. В структуре окончательных клинических диагнозов ОВП доминировали компрессионно-ишемические нейропатии малоберцового и седалищного нервов (37%). Клиника поражения седалищного нерва сопровождалась свисанием ноги, отсутствием сгибания в коленном суставе, выпадением ахиллова рефлекса. В отличие от поражения малоберцового нерва, при котором появлялась невозможность тыльного сгибания стопы, за счет чего стопа свисала вниз и внутрь и формировалась походка «степпаж» на фоне нормальных коленного и ахиллова рефлексов.

Синдром Гийена-Барре зарегистрирован у 21% детей и характеризовался прогрессирующей слабостью в конечностях, больше в ногах, которая нарастала чаще в течение 1-2 недель, реже - в течение 4 недель. Выраженность пареза варьировала от минимальной слабости в ногах до тетраплегии, при этом сопровождалась болезненностью по ходу нервных стволов.

Преходящие монопарезы (17%) ограничивались легкой слабостью и прихрамыванием одной конечности, проявляющееся снижением мышечного тонуса и коленного либо ахиллова рефлексов. Полное восстановление объема движений происходило через 10-14 дней.

Реже причиной ОВП в остром периоде были энцефаломиелит (13%) и очаговый миелит (8%), $p < 0,05$. В первые дни заболевания развивались асимметричные парапарезы периферического характера с гипотонией и арефлексией. Через 10-14 дней парезы носили смешанный характер с повышением сухожильно-надкостничных рефлексов. При диссеминированном миелите из-за нескольких мелких очагов, разбросанных на различных сегментах спинного мозга, захватывающих как серое, так и белое вещество, парезы могут носить смешанный характер. Расстройства чувствительности по проводниковому или сегментарному (диссоциированному) типу зарегистрированы не были вероятно в силу возрастных особенностей пациентов. Симптомы дисфункции мочевого пузыря отмечались не всегда. В ЦСЖ изменений не было выявлено.

Однако особое место занимает такая нозология как полиомиелитоподобное заболевание (4%) с умеренно выраженным преходящим асимметричным проксимальным монопарезом. В неврологическом статусе симптоматика дистального пареза отмечалась у 58,3% пациентов, а у 41,7% – проксимального пареза.

Клиническое наблюдение дополнялось лабораторными исследованиями. Было выполнено двукратное вирусологическое исследование фекалий на полиовирусы и вакцинные штаммы не были выделены ни в одном случае. В 55% случаев изолированы вирусы ЭКХО с доминированием Экхо 11 (50,0%), реже встречались Экхо 24, Экхо 25 и Экхо 6. Вирусы Коксаки В выделены в 25% случаев с доминированием Коксаки В5 (50%), реже – Коксаки В1, Коксаки В4. Однако в 20% случаев ОВП у детей сопровождалось выделением аденовирусов. При этом развитию вялого пареза одной или обеих нижних конечностей предшествовало повышение температуры до фебрильных цифр, в связи с чем дети получали жаропонижающие и антибиотики амбулаторно или в инфекционном стационаре. В неврологическом статусе у всех детей отмечался дистальный тип поражения конечностей, сохранение коленных рефлексов и незначительное снижение ахилловых рефлексов на стороне поражения. Через два месяца от начала заболевания никаких нарушений со стороны нервной системы выявлено не было, у одного ребенка наблюдалась положительная динамика со стороны пораженной конечности, при этом сохранялись незначительные остаточные явления, нехарактерные для полиомиелита.

В случаях дистального пареза были выделены вирусы ЭКХО (50%),

аденовирусы (35%) и Коксаки (15%). В клинике проксимального пареза доминировали вирусы Коксаки (80%) и Экхо (20%).

Имеются данные о поражении нервной системы аденовирусами в виде менингитов, менингоэнцефалитов, но роль аденовирусов в развитии ОВП не доказана. Столкнувшись с такой структурой выделения вирусов, мы не можем исключить влияние аденовирусов в развитии острого вялого паралича у детей.

Выводы:

1 Синдром ОВП чаще (71%) возникает у детей первых трех лет жизни с преобладанием у мальчиков.

2 В структуре заболеваний, протекающих с синдромом ОВП, преобладают невропатии малоберцового и седалищного нервов (38%), синдром Гийена-Барре (21%), преходящий монопарез (17%).

3 В клинике проксимального пареза при вирусологическом обследовании доминирует вирус Коксаки, в отличие от клиники дистального пареза, где преобладает вирус Экхо и аденовирус.

4 Роль аденовирусов в способности вызывать поражения нервной системы в виде синдрома ОВП у детей (20%) требует дальнейшего изучения.

V. V. GALITSKAYA

**HETEROGENEITY OF DISEASES WITH THE SYNDROME OF CHILDREN'S
ACUTE FLACCID PARALYSIS**

*Tutor: associate professor L. I. Jasinskaya,
Department of neural and neurosurgical diseases,
Belarusian State Medical University, Minsk*

Литература

1. Надзор за острыми вялыми параличами у детей [Текст] / М.А. Ермалович, Е.Ю. Свирчевская, Э.В. Фельдман и др. // Здоровоохранение. – 2001. – №3. – С.55-58.
2. Диагностика и лечение полиомиелита у детей [Текст] / В.В. Иванова, М.Н. Сорокина, Н.В. Скрипченко. // Российский вестник перинатологии и педиатрии. – 1997. – №1. – С.61-66.
3. Samoilovich E.O., Feldman E.V., Yermalovich M.A. et al. Vaccine-associated paralytic poliomyelitis and other diseases with acute flaccid paralysis syndrome in Belarus // Centr. Europ. J. Pub. Health.- 2003.- №11 (4).- P. 213-218.