

ЛЕЧЕНИЕ НЕЙРОПАТИИ ЛИЦЕВОГО НЕРВА ВСЛЕДСТВИЕ перенесенной кори

Т.А. Зайцева, О.А. Борисенко, П.П. Зайцев,
Николаевская областная клиническая больница,
г. Николаев

Корь — острая высококонтагиозная вирусная инфекционная болезнь с воздушно-капельным механизмом передачи, которая до конца XX в. считалась регулируемым детским заболеванием. В частности, как самостоятельная болезнь корь была открыта еще в XVIII в. итальянским ученым Борспери. Именно в тот период, из-за высокой заболеваемости и смертности, она являлась самой опасной болезнью детей и называлась «детской чумой». Эффективная иммунопрофилактика и положительный результат первых лет вакцинации привели к неоправданному оптимизму [2]. Планы ВОЗ и ЮНИСЕФ относительно ликвидации кори до 2007 г. не были выполнены.

Рядом с оптимистическими тенденциями XX века в борьбе с корью (резкое снижение уровня заболеваемости, смертности) в разных регионах мира все чаще регистрируются подъемы уровня заболеваемости с периодичностью в 5–6 лет [4]. Так, за период с января 2011-го по январь 2012-го в 29 странах Европы было зафиксировано более 30 тыс. случаев кори среди всех возрастных групп. По данным ретроспективного анализа, вспышки заболеваемости корью в Украине наблюдались в 2001 г. (16 тыс. 970 случаев) и в 2006 г. (42 тыс. 724 случая).

Среди других инфекционных заболеваний корь является частой причиной смерти. Многие врачи, к сожалению, до сих пор считают, что данная инфекция поражает только детей. Это приводит к запоздалой диагностике и распространению возбудителя. К тому же заболевание у взрослых имеет определенные особенности клинической картины, прежде всего тяжелое течение, что связано с увеличением аллергизации организма [3]. В Европейском регионе за последние 15 лет 80 % случаев заболеваемости корью приходилось на украинцев [4]. По данным ВОЗ, в 2015 г. от кори умерло 134,2 тыс. человек (почти 15 чел. в 1 час), большинство из которых — дети до 5 лет.

Основываясь на сведениях МЗ Украины, заболеваемость корью за 11 мес. 2017 г. выросла в 43 раза и составила 7,94 случаев на 100 тыс. населения (в 2016 г. — 0,18 случаев); 5 человек умерло, из них двое детей. Но наибольшую опасность корь представляет для детей старшего школьного возраста и взрослых, у которых заболевание протекает крайне тяжело: с осложнениями со стороны нервной системы и неблагоприятным исходом [3, 4].

Тяжесть детских инфекционных заболеваний у взрослых обусловлена сенсibilизацией, аллергической перестройкой организма и наличием коморбидных заболеваний.

Осложненные формы кори наблюдаются от 23,4 до 55,5 % у ранее переболевших и привитых, и у 48,9 до 70 % — у непривитых (Жаров, 1992; Ершова, 1999). Ежегодно в мире регистрируется около 1 млн случаев кори, а у 160 тыс. детей она является причиной смерти. На сегодняшний день эта инфекция продолжает оставаться одной из глобальных проблем современной человеческой популяции (Perry, 2014).

Возбудитель кори — вирус семейства парамиксовирусов (он был выделен в 1954 г. Д. Эндерс и Т.К. Пиблс), к которому восприимчив человек и обезьяны экспериментально. Путь передачи инфекции — воздушно-капельный. Несмотря на низкую устойчивость во внешней среде, вирус кори обладает высокой контагиозностью, а вероятность развития заболевания у невакцинированных после контакта с больным близка к 100 % [5].

Инкубационный период (10–12 дней) проявляется сильной головной болью, лихорадкой до 38–39 °С, катаральными явлениями, конъюнктивитом, болями в суставах в течение нескольких дней. На 4–7-й день появляется характерная коревая энантема на слизистой щек, мягкого и твердого неба, так называемые пятна Бельского–Филатова–Коплика, напоминающие по внешнему виду манную крупу или отруби. В завершении этого периода температура снижается, а через 3–4 дня с появлением сыпи на теле вновь повышается.

Для коревой сыпи характерна поэтапность: 1-й день — на лице; 2-й день — туловище, руки; 3-й день — голени и стопы. Элементом сыпи является папула диаметром до 2 мм, окруженная пятном. К концу 3-го дня сыпь также поэтапно начинает сходить, оставляя после себя очаги шелушения и пигментации (Семенов, 2009).

Так как вирус кори обладает высокой тропностью к эпителиальным клеткам, то он поражает, прежде всего, слизистую оболочку респираторного тракта и ротовой полости. Это приводит к развитию бронхита, бронхолита, а также обуславливает наиболее частое осложнение кори — пневмонию [7, 3].

Обязательным проявлением кори является конъюнктивит, в ряде случаев у детей с тяжелой белково-энергетической недостаточностью, авитаминозами (особенно витамина А) поражается и роговица, возникает ее изъязвление с последующим рубцеванием и развитием слепоты. Миокардит, гепатит, гломерулонефрит — более редкие осложнения. При вторичной бактериальной пневмонии в литературе описаны случаи развития (в ослабленных больных) абсцесса легких.

Со стороны нервной системы осложнения встречаются нечасто. Им подвержены, в первую очередь, дети старшего возраста и взрослые, которые составляют от 0,1 до 1,6 %. В частности, такие осложнения представлены:

- серозными менингитами;
- миелитами;
- моно- и полинейропатиями.

К тому же в отдельных случаях имеет место развитие специфического коревого энцефалита в результате заноса вируса в головной мозг [3, 4]. Это тяжелое поражение центральной нервной системы (ЦНС), которое встречается в соотношении один случай на тысячу больных, а у лиц с ослабленной иммунной системой — в 20 % случаев [1, 4].

Признаки энцефалита, как правило, появляются через неделю после экзантемы, но иногда через 2–3 недели. Также при поражении нервной системы возможно возникновение гнойных и серозных менингитов, ретробульбарного неврита, тромбоза поверхностных мозговых вен, синдрома Гийена–Барре, подострого склерозирующего панэнцефалита — очень редкая форма медленно текущего коревого энцефалита, которая чаще встречается у детей, перенесших корь в возрасте до 2 лет. Подострый склерозирующий панэнцефалит обычно развивается через несколько лет после перенесенной кори и за несколько месяцев приводит к деменции [1, 4, 6].

Со стороны ЦНС осложнения кори могут протекать очень тяжело, но в настоящее время, учитывая массовые вакцинации, использование антибиотиков последних поколений, произошло снижение частоты и тяжести подобных осложнений. Энцефалиты среди госпитализированных в настоящее время составляют около 0,5 % [7].

В типичных случаях в период разгара болезни диагноз кори не представляет трудностей [1, 5, 6]. Однако ошибки в диагностике указанного заболевания на догоспитальном этапе возможны из-за недостаточной настороженности относительно возможности нетипичного течения кори у взрослых и ранее вакцинированных лиц. Упомянутая ситуация обуславливается и невозможностью экспресс-диагностики «у постели больного» [2]. Диагноз кори в странах с высоким уровнем экономического развития устанавливается в результате выявления IgM в слюне больного методом ИФА [3]. Например, в Англии при повторном обследовании 3 тыс. 274 лиц с диагнозом корь, только в 1,9 % случаев указанный диагноз был подтвержден (Ковалева, 1998). К тому же неустановленный диагноз кори служит фактором непрофильной госпитализации и распространением инфекции.

28 декабря 2015 года МЗ Украины утвердило приказом № 905 критерии, за которыми определяются случаи инфекционных и паразитарных заболеваний. В частности, клинические критерии включают основные признаки болезни, которые отдельно или в комбинации соответствуют явной или похожей клинической картине заболевания. Они дают общее описание болезни и не обязательно указывают на все признаки, необходимые для индивидуального клинического диагноза. Среди основных критериев диагностики кори — наличие лихорадки и макулопапулезной сыпи у любого человека на фоне по меньшей мере одного из трех симптомов: кашель, насморк, конъюнктивит и одного из лабораторных исследований.

На сегодняшний день актуальность данной темы в нашей стране подтверждается информацией на официальном сайте МЗ Украины о прогнозировании эпидемического подъема заболеваемости корью, что обусловлено недостаточным охватом населения прививками и цикличностью этой патологии.

Приводим вашему вниманию наше наблюдение случая кори в старшем возрасте с нетипичным осложнением со стороны нервной системы.

Клинический случай

Анамнез заболевания

Пациентка В., 50 лет, обратилась за помощью в связи с внезапным перекосом правой половины лица, госпитализирована в неврологическое отделение.

Согласно данным анамнеза, раннее развитие прошло без особенностей. Наличие аллергических реакций отрицает. Болела простудными заболеваниями, в 7 лет была привита АКДС.

За две недели до обращения за помощью состояние ухудшилось. В течение 3 дней отмечались: сильная головная боль; лихорадка 38,8–39 °С; легкие катаральные явления. Была осмотрена врачом дома, предположительный диагноз: ОРВИ. Назначено соответствующее лечение.

На 4-й день появилась макулезно-папулезная сыпь, которая началась с лица и поэтапно распространялась по всему телу в течение 7 дней с лихорадкой 38–38,6 °С. А с 8-го дня сыпь начала отшелушиваться, также поэтапно со снижением температуры тела до 37,5 °С в течение 3 дней.

Клинически был установлен диагноз кори.

Температура тела нормализовалась на 15-й день, после стабилизации состояния пациентке было рекомендовано приступить к труду. В течение последующих двух недель ее беспокоила слабость, умеренная головная боль, а также боль в суставах.

На 3-й недели после перенесенной кори, развился грубый паралич правого лицевого нерва, с последующим параличем левого лицевого нерва, который был менее выраженный.

Данные объективного осмотра

Общее состояние удовлетворительное; температура тела 36,6 °С; АД 120/70 мм рт. ст.; пульс 78 уд./мин.; ритмичный. Дыхание везикулярное.

Неврологический статус

Менингеальных знаков нет, зрачки D = S, реакция живая. Сухожильные и периостальные рефлексы средней живости D = S. Патологических стопных рефлексов нет. Лицо амимично; затруднение при еде; глотание не нарушено. Двустороннее поражение лицевого нерва, менее выражено слева.

Пациентке установлен диагноз: двусторонняя нейропатия лицевого нерва, послекоревое осложнение.

Результаты обследования

При лабораторном обследовании получены данные.

Общий анализ крови: Э — $4,58 \cdot 10^{12}$, НВ — 139 г/л, ЦП — 0,91, Л — $4,4 \cdot 10^9$, п/я — 0 %, с/я — 53 %, лимфоциты — 37 %, моноциты — 10 %, СОЭ — 18 мм/ч.

Биохимический анализ крови: мочеви́на — 3,0 мм/л, креатинин — 67 мкм/л, билирубин — 15,0, АлАТ — 15, АСАТ — 19, тимоловая проба — 5,0 ед.

Общий анализ мочи — удельный вес 1010, белок не обнаружен, лейкоциты — 1–3, эпителий плоский единичный.

Результаты ЭКГ: диффузные изменения миокарда.

Спиральная компьютерная томография (СКТ) головного мозга — обращено внимание на внутреннее слуховое отверстие пирамид височных костей, для исключения аномалий: без патологии.

Стратегии лечения

Этиотропного лечения кори на сегодняшний день не существует [1, 3, 4, 5, 7]. Однако в последнее время появились сведения о применении противовирусных препаратов широкого спектра действия, которые способны подавлять репликацию вируса [3].

Противокоревой иммуноглобулин воздействует только как профилактическое средство, а при появлении клинических симптомов его использование не имеет эффекта. Больным корью в большинстве случаев рекомендован домашний постельный режим, госпитализируют только пациентов с осложненным течением [1, 3, 4].

Медикаментозная терапия при неврологических осложнениях направлена, прежде всего, на коррекцию отека головного мозга, метаболических процессов.

При выраженной интоксикации проводят дезинтоксикационную инфузионную терапию путем внутривенного введения растворов 5–10 % глюкозы, неогемодеза, сорбилакта, а при необходимости — в сочетании с гормональными (преднизолон 1,0–1,5 мг/кг или гидрокортизон 3–5 мг/кг в сутки) и сердечно-сосудистыми препаратами [1, 3, 4, 7].

Лечение осложненной кори осуществляют в зависимости от характера и тяжести состояния больного.

В случае развития пневмонии или среднего отита назначают антибактериальные препараты в соответствии с результатами посева мокроты на чувствительность к антибиотикам. К примеру, в США, согласно литературным данным, в тяжелых осложненных случаях успешно используют витамин А. Целесообразно также может быть и применение витамина С [3].

Пациентке было проведено следующее лечение: преднизолон внутривенно капельно, этилметилгидроксипиридина сукцинат, глюкоза 5 % + витамин С внутривенно капельно, нейробион 3,0 внутримышечно, ипидакрина гидрохлорид 1,5 % 1,0 внутримышечно, физиотерапия. На 21-й день она была выписана с полным восстановлением и рекомендациями приступить к труду.

Особенностями представленного клинического наблюдения являются возраст больной, факт проведения вакцинации по возрасту и редкое осложнение — двустороннее поражение лицевого нерва.


Выводы

Корь относится к так называемым управляемым инфекциям, поскольку проведение профилактических прививок и экстренная вакцинация могут предотвратить возникновение массовых заболеваний.

Вышеизложенные аргументы требуют от врачей практически всех специальностей настороженности, знаний клиники упомянутой патологии, а также особенностей ее течения в зависимости от возраста и возможных осложнений со стороны нервной системы.

Список литературы находится в редакции.





Educational course
EEG & MRI in Epilepsy
 by Sándor Beniczky, Denmark
 Jorg Wellmer, Germany

13-14
 MARCH
2020
KYIV
 UKRAINE

MORE INFO
ulae.org.ua
rimon.in.ua

CME Accreditation*
 *Educational course EEG & Epilepsy, 2019
 was accredited with **12 CME credits**