

Методические подходы к изучению особенностей течения синдрома вегетативной дистонии у военнослужащих

Е.В. ТКАЧЕНКО, И.И. ЛИТОВЧЕНКО

Резюме. *Базируюсь на собственном опыте диагностики вегетативных нарушений, а также на использовании данных современной медицинской литературы, нормативных документов, в частности Министерства обороны Украины, адаптировано ряд методических подходов для оптимизации исследования синдрома вегетативной дистонии (СВД) у военнослужащих. Проанализировано некоторые особенности терминологии, клинико-параклинические аспекты усовершенствования диагностики и экспертной оценки.*

Ключевые слова: *синдром вегетативной дистонии, течение, диагностика, экспертная оценка, методические подходы.*

The improvement of technical approaches to examination of peculiarities of the military's vegetative dystonia syndrome

O.V. TKACHENKO, I.I. LYTOVCHENKO

Summary. *Guiding by a certain own experience in diagnostics of autonomic disorders and also by using modern medical literature data of Ministry of Defence of Ukraine in particular a number of technical approaches to the optimization of the research of the military's syndrome was adopted. There were also analyzed some terminology peculiarities, clinical-paraclinical aspects of the improvement of diagnostics and expert judgement.*

Key words: *vegetative dystonia syndrome, course, diagnostics, expert judgement, technical approaches.*

УДК [616.831.9-002+616.914]-08

Випадок успішного лікування важкого менінгоенцефаліту після вітряної віспи у військовослужбовця

В.В. ТРЕТЬЯКОВ, В.І. ТРИХЛІБ, Г.В. ЦВІГУН

Резюме. *В статті надано клінічне описання ускладнення вітряної віспи у особи молодого віку у вигляді важкого менінгоенцефаліту з вираженням неврологічним дефіцитом та описана тактика лікування.*

Ключові слова: *вітряна віспа, ускладнення, менінгоенцефаліт, лікування.*

В доступній літературі останнім часом зустрічаються повідомлення про важкий перебіг «банальних дитячих» інфекцій у дорослих осіб молодого віку [7], а 1 на 50 хворих має важкі ускладнення [12]. Так, ми спостерігаємо поступове зростання рівню захворюваності на вітряну віспу (ВВ) серед особового складу Збройних сил України за останні 10 років більш ніж в 12 разів [8]. На нашу думку, цьому активно сприяє відсутність чіткої

позиції з боку Міністерства охорони здоров'я та Міністерства оборони України, стосовно вакцинації призовників проти «дитячих» інфекцій, а також економічна ситуація в країні, що склалась.

Захворюваність ВВ у США значима – складає 4 000 госпіталізацій в рік, при чому 50–100 випадків на рік (від 2 до 6,7 на 100 тис. населення) завершаються летально у начебто здорових дітей [11–12].

Щорічні витрати на лікування ВВ складають \$400 мільйонів. До моменту обов'язкової вакцинації в США (1988–1994 гг.) дані серопревалентності показали, що 95,5% дорослих віком 20–29 років, а також більше 99,6% дорослих старше 40 років виявились імунними до ВВ [10, 13].

Ускладнення з боку нервової системи при ВВ розвиваються зазвичай на 3–7 день, зустрічаються достатньо рідко, в 1 випадку на 4 000–10 000 захворілих [5, 6]. Існує думка що герпес-віруси, в тому числі і вірус ВВ, викликають менінгоенцефаліти у імуноскомпрометованих пацієнтів [14]. Дане ускладнення характеризується проявами церебелярної атаксії (вестибулярними порушеннями), можуть бути геміпарези і порушення функції черепних нервів, у 18–20% супроводжуються порушеннями свідомості та нападами судом [1]. Судомний синдром рахується негативним предиктором перебігу ВВ та її ускладнень.

Метою роботи було висвітлення особливостей клінічного перебігу ускладнення вітряної віспи з боку центральної нервової системи (ЦНС), діагностики у хворого молодого віку та тактики його лікування.

Матеріал і методи

Матеріалом служила історія хвороби рядового А., 1991 р.н. (призов жовтень 2009 р.), який поступив на стаціонарне обстеження та лікування до Головного військово-медичного клінічного центру (ГВМКЦ) 5.01.10 р.

З анамнезу стало відомо, що 27.12.09 р. солдат А. захворів на ВВ, звернувся до медичного пункту військової частини та був направлений на стаціонарне лікування в інфекційне відділення військового госпіталю. Виписаний до підрозділу 4.01.10 р., однак ввечері цього ж дня відчув погіршення самопочуття. На наступний день звернувся до медичного пункту військової частини зі скаргами на порушення сечовипуску, виражений головний біль. У приймальному відділенні військового госпіталю, куди був направлений пацієнт, запідозрено менінгоенцефаліт, хворий негайно евакуйований реанімобілем до відділення реанімації та інтенсивної терапії для інфекційних хворих клініки інфекційних захворювань ГВМКЦ «ГВКГ».

На момент поступлення мав скарги на запаморочення, виражену загальну слабкість, порушення сечовипуску.

Об'єктивний статус при поступленні: t 37,5°C, артеріальний тиск 110/70 мм рт. ст., пульс 86 уд/хв., частота дихання 18 у хвилину. На шкірі тулуба, рук поодинокі кірочки та пігментаційні плями після висипки,

віспинки. Збільшені, безболісні задньошийні та кутощелепні лімфовузли. Катаральних явищ з боку ротоглотки немає. Над легеньми ослаблене везикулярне дихання нижче кута лівої лопатки. Над верхівкою та основою серця слабкий систолічний шум. Живіт м'який, болючість в надлобковій ділянці. Симптом Пастернацького негативний. Сечовивідний значно утруднений.

Неврологічний статус: орієнтований правильно, загальмований, на питання відповідає односкладно. Дрібнорозмашистий горизонтальний ністагм. Асиметрія сухожилкових рефлексів (лівобічний акцент), червні та кремастерні рефлекси не визначаються. Слабопозитивна ригідність м'язів потилиці, позитивний симптом Керніга. Чутливість не порушена. Кордinatorні проби задовільні. Хода порушена.

Встановлено діагноз: **Гострий менінгоенцефаломієліт.**

Хворий розміщений до відділення реанімації та інтенсивної терапії для інфекційних хворих та розпочато лікування. В лабораторно-інструментальних дослідженнях виявлено від 5.01.10 р.: аналіз крові – Ер $5,5 \times 10^{12}/л$, Нб 178 г/л, Ле $15,0 \times 10^9/л$; аналіз сечі – без патології; аналіз ліквору – 5 клітин (лімфоцити), білок 0,297 г/л, р-я Панді +, глюкоза 3,3 ммоль/л, росту мікрофлори немає, фібринова плівка через 24 год. не утворилась; МРТ головного мозку від 6.01.10 р. (мал. 1 а, б) – багаточисельні поліформні вогнища гіперінтенсивного МР сигналу (T1 та T2 В3, ІІІ Flair) від 0,75 см до 0,44 см у діаметрі переважно у супратенторіальних відділах головного мозку паравентрикулярно, а також в ніжках мозку та мозочку.

Призначене лікування: протівірусне (ацикловір 1,5 г/д), антибактеріальне (цефтріаксон 4,0 г/д), імунотерапія (імуноглобулін людський нормальний 5 доз/д щодня), дегідратаційне та симптоматичне лікування [1–4], проведена катетеризація сечового міхура.

8.01.10 р. хворий переведений у відділення повітряно-крапельної інфекції для продовження лікування, зберігалась ригідність м'язів потилиці.

10.01.10 р. з'явилися скарги на оніміння в нижніх та верхніх кінцівках (пальці, передпліччя, гомілки), виражений тремор рук, зберігалась підвищеною до 38,5°C температура тіла. Неврологічно: горизонтальний ністагм в крайніх положеннях, нестійкість ходи, порушення сечовивідного, не постійні двобічні симптоми Бабінського, Опенгейма, червні рефлекси торпідні, сухожилкові (S>D) жваві. Мова та ковтання не порушені.

11.01.10 р. температура субфебрильна, в об'єктивному статусі без негативної динаміки, хворому виконано МРТ головного мозку (мал. 2 а, б): багаточисельні поліформні вогнища посиленого МР сигналу від 25×7 мм до 5 мм у діаметрі переважно у білій речовині, підкіркових структурах, блідому шарі, мозолистому тілі з переходом на ніжки мозку, передньо-внутрішніх відділів гемісфер мозочка.

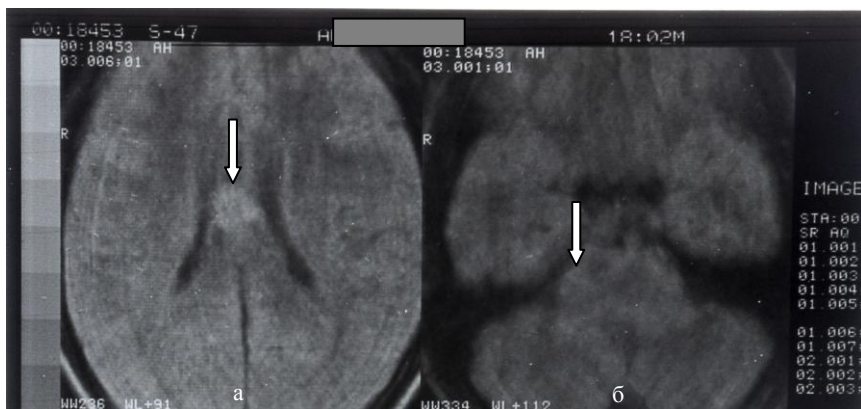


Рис. 1 (а, б). Аксіальна проекція: імпульсна послідовність SE T1B3. Вогнища посиленого МР-сигналу в проекції мозолистого тіла (а), та в правій гемисфері мозочка (б).

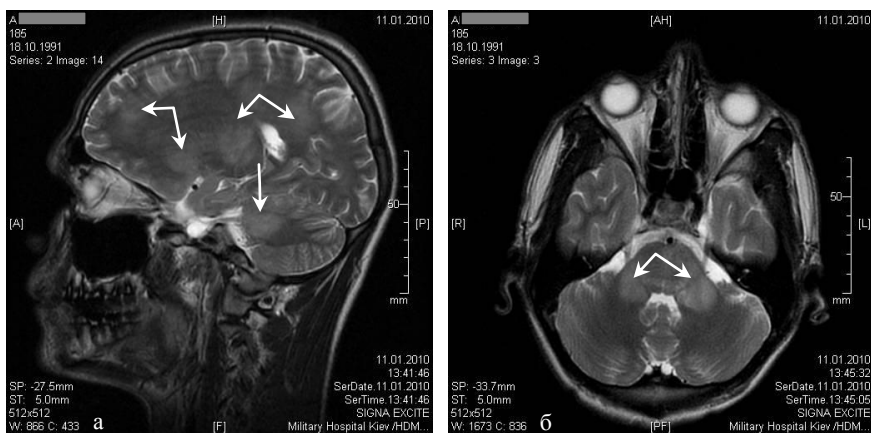


Рис. 2 (а, б). Сагітальна та аксіальна проекція: імпульсна послідовність FRFSE-XL/90 T2 B3. Багаточисельні поліформні вогнища посиленого МР-сигналу в білій речовині півкуль мозку (а), та гемисферах мозочка (б).

В зв'язку з негативною неврологічною динамікою хворому 12.01.10 р. виконано повторну люмбальну пункцію (ЛП): цитоз 58 клітин (29% нейтрофілів, 71% лімфоцитів), білок 0,165 г/л, глюкоза 3,61 ммоль/л; росту мікрофлори немає, фібринова плівка через 24 год. не утворилась. В аналізі

крові зберігається лейкоцитоз – $Le\ 14,5 \times 10^9/l$ (гранулоцити 88,9, лімфоцити 9, моноцити 2,1%).

За отриманими результатами дослідження ліквору хворому модифіковано тактику лікування (додатково призначено):

- Пегасис-180 (180 мг) 1 раз/тиждень підшкірно;
- Біовен 50,0 мл (імуноглобулін для внутрішньовенного введення);
- вітамін B_6 та B_{12} (внутрішньом'язово по черзі);
- пентоксифілін (внутрішньовенно щодня).

Противірусне лікування ацикловіром продовжено в попередньому режимі, обговорювалась доцільність застосування на даному етапі дексаметазону та специфічного протизостерного імуноглобуліну «Зостевір» («Біофарма», Україна), по аналогії з іншими герпес-вірусними ураженнями ЦНС [9].

В лікворі 12–13.01.10 р. при проведенні молекулярно-біологічних (полімеразно-ланцюгова реакція) та серологічних тестів виявилось:

- 1) ДНК HSV1/2, CMV, HHV-6, VZV, EBV, ентеровірусів – не виявлена;
- 2) IgG до HSV1/2 12 МО/мл (норма до 1,0), VZV – в межах норми.

При уточненні анамнезу, у хворого в дитинстві відмічався herpes labialis et nasalis, проте не можна було недооцінити роль вірусу BB у розвитку ускладнення з боку ЦНС при відсутності VZV Ig G в лікворі (титри нарастають протягом тривалого часу). Таким чином, підтверджена клінічна необхідність застосування полівалентного імуноглобуліну «Біовен».

З 14.01.10 р. хворому розпочата системна протизапальна терапія дексаметазоном, а 15.01.10 р. в неврологічному статусі помічено натяк на позитивну динаміку у вигляді: зменшення тремору рук та відчуття оніміння кінцівок, регресу менингеальних симптомів, однак зберігався горизонтальний ністагм. Прояви менингеальних симптомів остаточно зникли 16.01.10 р.

18.01.10 р. в зв'язку зі значною позитивною динамікою хворому видалено сечовий катетер, відновився фізіологічний сечовипуск з утрудненням початку та відчуттям неповного випорожнення сечовика. Неврологічно спостерігалось прогрідієнтне поліпшення стану хворого – покращилась чутливість на руках, жвавішими стали черевні рефлексі, зникли патологічні рефлексі, менингеальні симптоми – не визначались.

19.01.10 р. виконано контрольну ЛП: 7 клітин (100% лімфоцити), білок 0,033 г/л, глюкоза 3,9 ммоль/л, фібрінова плівка через 24 год. не утворилась.

Хворому відмінено антибактеріальну терапію (цефтріаксон), проте продовжено застосування ацикловіру, біовену та зостевіру (через 1 день), дексаметазону до проведення контрольного МРТ дослідження головного мозку.

22.01.10 р. неврологічного дефіциту практично немає, залишається парестезія в дистальних відділах нижніх кінцівок. Функція тазових органів покращилась – сечовипуск фізіологічний з невеликою затримкою відходження сечі на початку акта (на тлі стимуляції гладенької мускулатури прозерином).

25.01.10 р. МРТ картина ураження ЦНС (мал. 3 а, б) у хворого значно покращилась: вогнища зменшилися в розмірах, деякі невеликі – зникли.

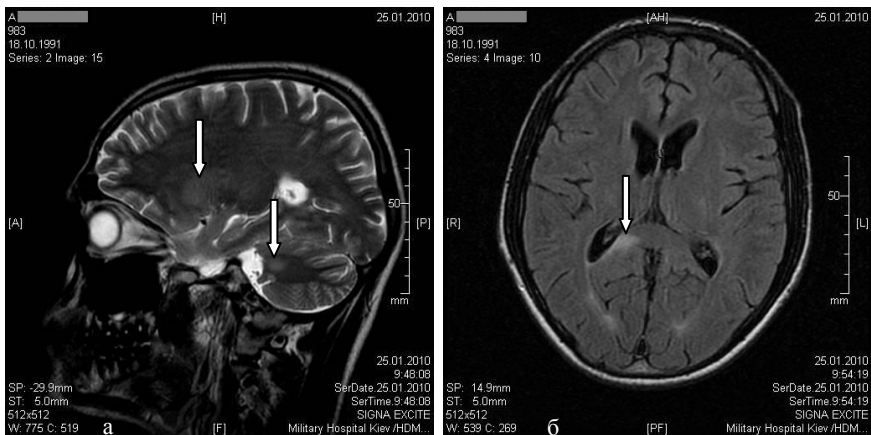


Рис. 3 (а, б). Сагітальна проекція: імпульсна послідовність FRFSE-XL/90 T2 B3, аксіальна проекція: імпульсна послідовність T2 flair. Значне зменшення кількості, розмірів вогнищ та інтенсивності МР-сигналу в білій речовині півкуль мозку (а) та мозочка (б).

Незважаючи на позитивний ефект від лікування, з урахуванням досвіду лікування герпес-вірусних уражень ЦНС, фахівцями Державної установи «Інститут епідеміології та інфекційних хвороб ім. Л.В. Громашевського Академії медичних наук України» вирішено продовжити курс лікування ацикловіром до 1 місяця. Курс імунотерапії (біовен, зостевір) завершено.

Клінічна картина доповнилась закономірною появою остеофолікуліту, минутих болів в колінних суглобах, патологічних відкладань жиру за жіночим типом на тлі тривалої гормонотерапії.

Противірусна терапія медовіром (до 1,5 г/д) тривала 28 діб, була завершена 2.02.10 р., практично разом з гормонотерапією. Відновлювальну терапію (тіоцетам) та лікування побічної дії дексаметазону продовжували до виписки пацієнта з стаціонару.

На тлі проводимого комплексного лікування 8.02.10 р. при МРТ головного мозку (рис. 4 а, б) виявлена виражена позитивна динаміка у вигляді інволюції раніше виявлених вогнищ гіперінтенсивного МР-сигналу у речовині мозку, залишкове посилення МР-сигналу у півкулях мозку та передньовнутрішніх відділах гемісфер мозочка.

Хворий під час лікування в клініці оглядався в динаміці лікарями офтальмологами, невропатологами, дерматологом, отоларингологом, кардіорева-тологом.

Протягом захворювання неодноразово у даного хворого виникала підозра на розвиток гострого розсіяного енцефаломієліту, клінічного підтвердження якому не отримано.

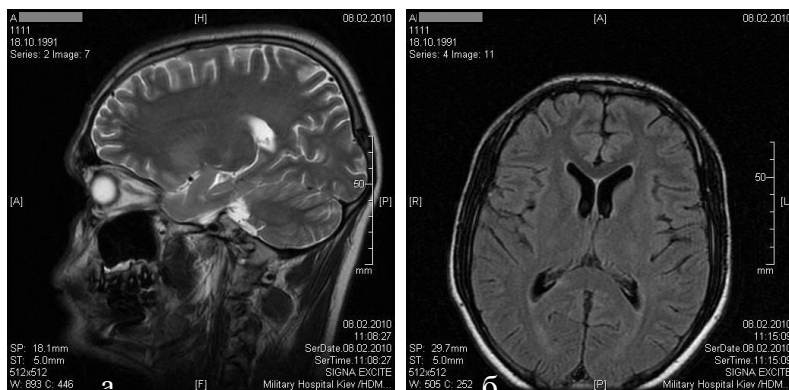


Рис. 4 (а, б). Сакітальна проекція: імпульсна послідовність FRFSE-XL/90 T2 B3, аксіальна проекція: імпульсна послідовність T2 flair. Значне зменшення параметрів вогнищ та залишкове посилення інтенсивності МР-сигналу в білій речовині півкуль мозку (а) та мозочка (б).

З урахуванням клініко-лабораторної, інструментальної картини хворому був встановлений остаточний діагноз: **Гострий менингоенцефаломієліт вірусно-бактеріальної етіології (постзостерний), важкого перебігу з розвитком двобічної пірамідної недостатності та порушенням функцій тазових органів. Розповсюджений остеофолікуліт шкіри обличчя, тулуба, рук.**

В зв'язку з важким перебігом основного захворювання пацієнт представлений на Військово-лікарську комісію, яка прийняла рішення про звільнення військовослужбовця з лав Збройних Сил на підставі ст. 1 «а» графі І наказу Міністра оборони України № 402 від 2008 р.

Виписаний до військової частини 16.02.2010 р., після 42-х днів перебування на лікуванні, для реалізації рішення Військово-лікарської комісії з повним відновленням функції тазових органів, без клінічних проявів пірамідної недостатності.

На теперішній час інформації, щодо об'єктивного, неврологічного статусу, віддалених наслідків захворювання та лікування ми, нажалю, не маємо.

Висновки

1. Практичні лікарі-інфекціоністи та лікарі загальної практики повинні мати насторогу, щодо можливості розвитку тяжких ускладнень (особливо з боку ЦНС) при банальних «дитячих» інфекціях.

2. Застосування комплексного лікування, яке включає препарати ацикловіру, протиозостерного імуноглобуліну, дексаметазону, пегілизованого інтерферону позитивно впливає на вихід лікування та швидкість одужання хворого, а ускладнення ЦНС при ВВ на тлі адекватного лікування носять оборотний характер.

3. Вірогідно системна вакцинація неімунних осіб призовного віку, завчасно до моменту призову на дійсну військову службу, дозволить знизити не тільки рівень захворюваності на ВВ та інші «дитячі» інфекції у Збройних Силах, а й буде позитивно моделювати тяжкість перебігу суто «дитячих» інфекційних хвороб.

4. Призовники, як представники декретованого контингенту, повинні бути обстежені на серопревалентність, щодо основних дитячих інфекцій (в т. ч. ВВ).

5. Магнітно-резонансна томографія є інструментальним методом вибору візуалізації патологічних змін при інфекційних ураженнях тканини мозку, об'єктивного контролю якості лікування.

Література

1. Діагностика та лікування вірусних менингоенцефалітів: методичні рекомендації. – К., РЦНМІ, 1995. – 24 с.

2. Клиническое применение Протефлазида при герпесвирусных инфекциях: рекомендации для врачей. – К., НПК «Экофарм», 2004. – 19 с.

3. Менингококова інфекція та бактерійні менингіти: клініка, діагностика та інтенсивна терапія: методичні рекомендації / В.В. Кононенко, А.О. Руденко, С.О. Крамарев та співав. // К., МОЗ, АМН, УЦНМІПЛР, 2004. – 32 с.

4. Цитомегаловірусний енцефаліт у дорослих імунокомпетентних хворих (клініка, діагностика та інтенсивна терапія): методичні рекомендації / В.В. Кононенко Л.П. Чепкий, О.О. Ярош та співав. // МОЗ, АМН, УЦНМІПЛР. – К., 2002. – 24 с.

5. Корниенко В.Н. Диагностическая нейрорадиология / В. Корниенко, И. Пронин. – М., 2009. – Т. 3 – С. 264–265.

6. Сучасний перебіг вітряної віспи у дітей та можливості лікування за допомогою ліпосомальної форми рекомбінантного інтерферону альфа-2b (Ліпоферон) [Електронний ресурс] / С.О. Крамарев, Л.О. Палатна, О.В. Виговська [та ін.] // Новости медицины и фармации. – 2008. – 19 (261). – Режим доступу: <http://novosti.mif-ua.com/archive/issue-6694/article-6703/>.

7. Пивень В.И. Тяжелое течение ветряной оспы, осложнившейся менингоенцефаломиелорадикулопатией / В.И. Пивень, А.Е. Артемов, И.А. Василенко // Сучасні інфекції. – № 1. – 2008. – С. 74–77.

8. Півник В.М. Епідеміологічний нагляд за крапельними інфекціями (кір та епідемічний паротит) в Збройних Силах України: автореферат дис. ... канд. на здоб. наук. ступ. д-ра мед. наук: 14.02.02 «Епідеміологія» / Півник Володимир Миколайович. – К., 2008. – 34 с.

9. Схемы лечения и профилактики герпесвирусных инфекций и токсоплазмоза иммуноглобулинами человека против TORCH-инфекций. – К., 2005. – 22 с.

10. Kaneshiro N.K. Chickenpox [Електронний ресурс] / N.K. Kaneshiro (2009) // Режим доступу: <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/ency/article/001592.htm>.

11. Lichenstein R. Pediatrics, Chicken Pox or Varicella [Електронний ресурс] / R. Lichenstein (2009) // Режим доступу: <http://emedicine.medscape.com/article/800546-overview>.

12. Mehta P.N. Varicella [Електронний ресурс] / P. Mehta, A.Chatterjee (2010) // Режим доступу: <http://emedicine.medscape.com/article/969773-overview>.

13. Papadopoulos A.J. Chickenpox [Електронний ресурс] / A. Papadopoulos, R. Schwartz, C. Janniger (2010) // Режим доступу: <http://emedicine.medscape.com/article/1131785-overview>.

14. Ramachandran T.S. Aseptic Meningitis [Електронний ресурс] / T. Ramachandran (2010) // Режим доступу: <http://emedicine.medscape.com/article/1169489-overview>.

Случай успешного лечения тяжелого менингоэнцефалита после ветряной оспы у военнослужащего

V.V. ТРЕТЬЯКОВ, В.И. ТРИХЛИБ, Г.В. ЦВИГУН

Резюме. В статье дано клиническое описание осложнения ветряной оспы у человека молодого возраста в виде тяжелого менингоэнцефалита с выраженным неврологическим дефицитом и описана тактика лечения.

Ключевые слова: ветряная оспа, осложнения, менингоэнцефалит, лечение.

Successful treatment of severe meningoencephalitis after chickenpox in the military

V.V. TRETYAKOV, V.I. TRYKHLIB, G.V. TSVIGUN

Summary. The article provided a clinical description of the complications of chicken pox in a young adult in a severe meningoencephalitis with severe neurological deficits and described the tactics of treatment.

Key words: chickenpox, complications, meningoencephalitis, treatment.

УДК: 616.8-009.618

Профілактика когнітивної дисфункції у геріатричних пацієнтів з супутньою серцево-судинною патологією

І.В. ТХОРЕВСЬКИЙ, А.В. ПАСТУШЕНКО, В.М. КРИВОПИШИН

Резюме. В статі розглянута проблема післяопераційної когнітивної дисфункції у хворих з супутньою серцево-судинною патологією та проаналізована попереджуюча нейропротекторна терапія.

Ключові слова: когнітивна дисфункція, серцево-судина патологія.

Відомо, що операційна травма та наркоз являються універсальним стрес – фактором що діє на організм людини. Стрес-реакція реалізується внаслідок активації симпат-адреналової системи та супроводжується збільшенням секреції гормонів стресу [1].