

СЛУЧАЙ НЕЙРОБЛАСТОМЫ У РЕБЕНКА РАННЕГО ВОЗРАСТА, МАНИФЕСТИРОВАВШЕЙ СИНДРОМОМ ОСТРОГО ВЯЛОГО ПАРАЛИЧА

Е.Ю. Горелик¹, Н.В. Скрипченко¹, А.П. Ляпин², А.В. Семенов²

¹ Научно-исследовательский институт детских инфекций ФМБА России, Санкт-Петербург

² Детская городская клиническая больница № 5 им. Н.Ф. Филатова, Санкт-Петербург

Case Report of an Infant with Neuroblastoma Manifested by Acute Flaccid Paralysis

E.Yu. Gorelik¹, N.V. Skripchenko¹, A.P. Lyapin², A.V. Semenov²

¹ Research Institute of Children's Infections, FMBA of Russia, Saint-Petersburg

² City Children's Clinical Hospital № 5 named after N.F. Filatov, Saint-Petersburg

Введение

Острые вялые параличи являются одной из актуальных проблем в педиатрии. В 1988 г. на Ассамблее Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) была принята резолюция о повсеместной ликвидации полиомиелита к 2000 г., что означает полную ликвидацию заболевания, вызванного диким вирусом, и прекращение его циркуляции в природе в течение как минимум 3 лет. Полиомиелит должен стать второй, после натуральной оспы, побежденной инфекцией.

До введения массовой иммунизации против полиомиелита в России в середине 1950-х гг. регистрировалось от 10 до 13,5 тысяч случаев заболеваний этой инфекцией. После начала массовой иммунизации (в 1960–1961 гг. было привито более 100 млн человек, или около 80% населения) заболеваемость полиомиелитом снизилась более чем в 200 раз: 560 случаев в 1963 г. и 61 случай в 1967 г. [5]. В последующие годы заболеваемость полиомиелитом продолжала снижаться. В 1980–1990-е гг. регистрировалась спорадическая заболеваемость, более 80% территорий страны были свободны от этой инфекции. В 1980-е гг. имели место локальные вспышки в Республике Дагестан и Чечено-Ингушской Республике.

В 1995 г. в Чеченской Республике была зарегистрирована вспышка полиомиелита, в результате которой заболело 159 детей. Заболевания имели место преимущественно среди непривитых детей в возрасте до 4 лет, 6 пациентов умерло. Причиной вспышки послужило резкое ухудшение социально-политической обстановки на этой территории и, как следствие, снижение активности проведения профилактических прививок против полиомиелита. С января 2010 г. в республике Таджикистан, сертифицированной как территория,

свободная от полиомиелита, зарегистрировано 705 случаев острого паралитического полиомиелита, из них в 458 случаях выделен дикий полиовирус 1 типа. 26 пациентов, детей и взрослых, умерло. Учитывая интенсивность миграционных потоков, существует риск завоза «дикого» полиовируса на территорию России. По данным Роспотребнадзора (2010 г.), в России диагностировано 17 случаев паралитического полиомиелита (спинальная форма — 14, бульбарная форма — 1, понтинная форма — 1), причем 12 из них вызваны диким полиовирусом 1-го типа и 5 — вакцинным вирусом полиомиелита у контактных [1].

В основе стратегии борьбы с полиомиелитом, наряду с массовой вакцинацией детей, лежит строгий клинико-эпидемиологический надзор за всеми заболеваниями, сопровождающимися синдромом острого вялого паралича (ОВП) у детей до 15 лет, учитывая, что основу клинической картины паралитических форм полиомиелита составляют вялые парезы и параличи [2, 3, 4]. С 1996 г. в нашей стране в целях ликвидации полиомиелита введен эпидемиологический надзор за ОВП среди детей до 15 лет. В соответствии с определением стандартного случая под ОВП понимают любой случай остро возникшего паралича (пареза) в одной или нескольких конечностях у детей до 15 лет. При этом особое внимание уделяется так называемым «горячим случаям» ОВП, к которым относятся заболевшие дети с ОВП до 5 лет, не привитые против полиомиелита или имеющие менее 3 прививок [1, 6].

К заболеваниям у детей, сопровождающимся развитием ОВП и подлежащих эпидемиологическому расследованию, наряду с инфекционными поражениями центральной и периферической нервной системы (энцефалиты, миелиты, нейро-

патии и др.), относятся травматические и токсические нейропатии, а также относительно редко встречающиеся новообразования периферических нервов и спинного мозга.

Клиническое наблюдение

Ребенок К., 3 мес., находилась в отделении нейротрофических НИИДИ с 13.09.2010 г. по 18.09.2010 г. (история болезни 21371).

Девочка поступила экстренно с жалобами на нарушение движений в правой ноге с диагнозом: острый вялый парез правой нижней конечности.

Анамнез заболевания. В течение последнего месяца девочка стала капризной, немотивированно беспокоилась, плохо ела, не прибавляла в весе. Мама обращалась к участковому педиатру, была направлена в детский гастроэнтерологический центр, где наблюдалась с диагнозом: лактазная недостаточность, дисбиоз кишечника. Был рекомендован перевод на искусственное вскармливание, назначены ферменты, биопрепараты, массаж.

10.09.2010 г. после сеанса массажа мама заметила ограничение подвижности правой ноги. Симптоматика сохранялась, 13.09 в поликлинике ребенок был осмотрен хирургом, данных за хирургическую патологию выявлено не было. После обращения к неврологу ребенок был направлен на экстренную госпитализацию в НИИДИ с диагнозом: острый вялый парез правой ноги.

Анамнез жизни. Девочка от IV беременности (I – ребенок 8 лет, здоров, II и III – медицинские аборт), без осложнений. Роды II, срочные, m 3610, оценка по шкале Апгар 8/9 баллов. До 2 мес. росла, развивалась по возрасту, не болела. Привита в роддоме против туберкулеза и гепатита В.

При поступлении. Состояние средней тяжести. Лихорадит до 37,3°C. В сознании, на осмотр реагирует раздраженным криком. Пониженного питания. Кожные покровы чистые. Со стороны внутренних органов без особенностей, живот подвздут, урчание по ходу кишечника, без локальной болезненности при пальпации. Мочится регулярно, стул полуоформленный.

В неврологическом статусе: голова правильной формы, родничок не напряжен, швы закрыты. Со стороны черепно-мозговых нервов без изменений, зрительное, слуховое сосредоточение отчетливое. Отмечалось грубое снижение объема произвольных движений в правой ноге, в меньшей степени в левой. Выраженная мышечная гипотония в ногах D>S, коленный, подошвенный рефлекс справа не вызывались, слева снижены. Опоры на ноги нет. Пассивные движения в конечностях не ограничены. В руках объем активных движений полный, сухожильные рефлексы живые D=S.

В анализах крови, мочи без патологии. Повторно консультирована хирургом – патологии не выявлено. При электронейромиографическом исследовании 13.09 выявлены признаки угнетения сегментарной возбудимости на уровне поясничного утолщения спинного мозга, больше справа, признаков поражения периферических нервов не выявлено (рис. 1). НСГ 13.09, УЗИ органов брюшной полости и почек 14.09 – без патологии.

Таким образом, по клинко-инструментальным исследованиям у ребенка диагностирован острый вялый нижний парапарез, больше выраженный справа, обусловленный сегментарной недостаточностью спинного мозга на уровне поясничного утолщения. Проводился дифференциальный

правая

левая

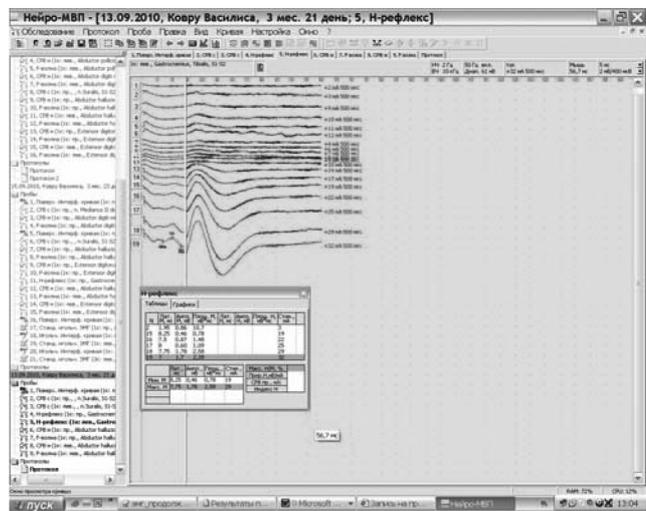
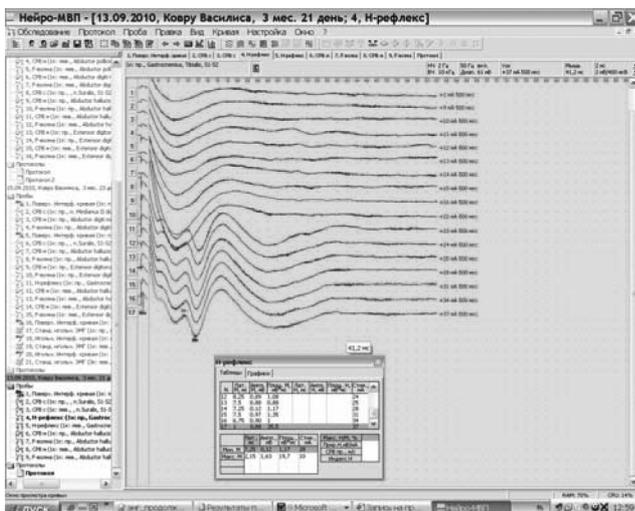


Рис. 1. Больная К., 3 мес. Электронейромиография. Отсутствие Н-рефлекса и снижение амплитуды М-ответа с обеих нижних конечностей, больше справа

диагноз между инфекционным миелитом, миелопатией, объемным образованием на уровне поясничного утолщения спинного мозга, планировалось проведение МРТ. Учитывая возраст ребенка, отсутствие прививок против полиомиелита, были взяты анализы на энтеро- и полиовирусы. До уточнения диагноза была начата инфузионная, противовирусная, симптоматическая терапия. Удалось добиться увеличения объема энтерального кормления, прибавки в весе (+80,0 за 3 суток); но наблюдалась отрицательная динамика в виде усиления выраженности нижнего парапареза. 17.09 (4-й день в стационаре) у ребенка однократно отмечалась рвота с прожилками крови. Повторно экстренно консультирована хирургом, заподозрена кишечная непроходимость на фоне предполагаемого объемного образования брюшной полости, и ребенок был переведен в хирургическое отделение ДГКБ № 5 им. Н.Ф. Филатова.

В ДГКБ № 5 (поступил 18.09.2010 в 1.30, выписан 18.10.2010, история болезни 23104) при поступлении проведена КТ органов брюшной полости. Выявлено объемное образование позвоночного канала, выходящее в забрюшинное пространство, неоднородной структуры (рис. 2). 20.09 ребенку проведена МРТ поясничного отдела позвоночника, которая выявила объемное образование в позвоночном канале по типу песочных часов на уровне Th10 – L3 с неровными, нечеткими контурами размерами 52×16×15 мм. На уровне Th12 – L1 образование через межпозвонковое отверстие распространяется паравертебрально до уровня L2. Образование неравномерно накапливает контрастный препарат (рис. 3).

К этому моменту отмечалось дальнейшее прогрессирование двигательных нарушений с развитием паралича правой ноги и грубого пареза до

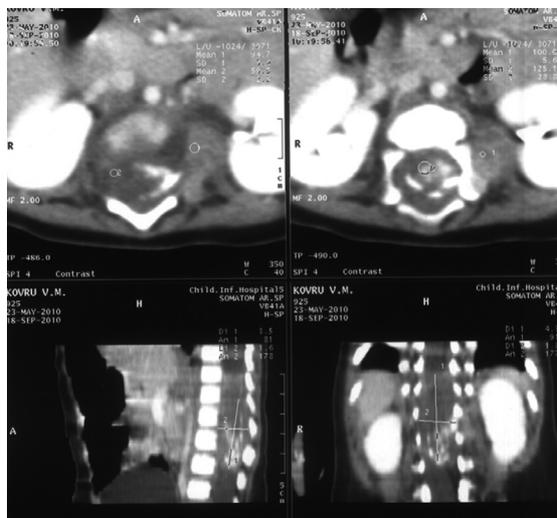


Рис. 2. Больная К., 3 мес. Компьютерная томография

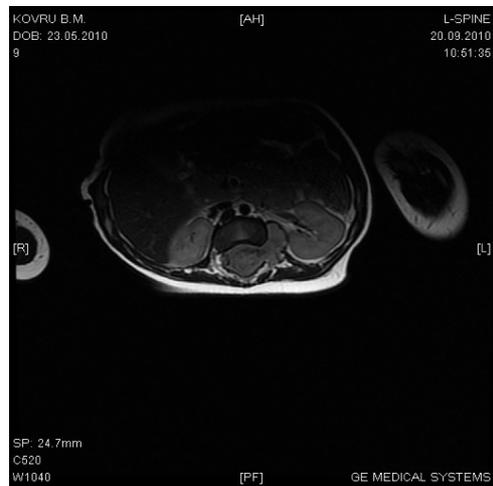


Рис. 3. Больная К., 3 мес. Магнитно-резонансная томография

1–2 баллов в левой ноге, появились симптомы нарушения функции тазовых органов. В связи с тем, что выявленное образование грубо компремировало структуры позвоночного канала, что сопровождалось нарастанием неврологических нарушений, 21.09 больная была экстренно прооперирована. Было выявлено и удалено опухолевое образование неоднородной консистенции экстрадуральной локализации, исходящее из корешка Th 11 справа и распространявшееся через левое межпозвоночное отверстие в забрюшинное пространство. При гистологическом исследовании верифицирована нейробластома.

Послеоперационный период протекал гладко. Отмечался регресс неврологической симптоматики: купировался болевой синдром, ребенок начал есть, прибавлять в весе. Восстановление функции тазовых органов наблюдалось к концу первой недели после операции, к этому же времени восстановились объем движений и мышечная сила в левой ноге. Более длительно сохранялся парез правой ноги, объем движений в ней вырос к началу третьей недели, мышечная сила увеличилась до 3–4 баллов, сохранялась сухожильная арефлексия. Для дальнейшего лечения, проведения химиотерапии ребенок был переведен 18.10.2010 г. в НИИ онкологии.

Заключение. Данное наблюдение подтверждает полиморфизм клинической манифестации острых вялых параличей, под маской которых может протекать и опухоль спинного мозга. В этой связи с 2010 г. в перечень нозологических форм, подлежащих регистрации как ОВП, наряду с полиомиелитом, полиневропатией, миелитом, монопарезом, травматической невропатией, включена опухоль спинного мозга (Роспотребнадзор, 2010). Представленное клиническое наблюдение демонстрирует случай нейробластомы у ребенка раннего возраста, клинические особенности которой были аналогичным при паралитическом полиомиелите. Нейробластома является одной из наиболее часто встречающихся опухолей спинного мозга у детей первых лет жизни. Особенностью наблюдения явились ранний возраст манифестации заболевания и достаточно редкая локализация образования, исходящего из экстрадуральной части спинномозгового корешка с распространением как в полость позвоночного канала, так и в забрюшинное пространство. Это обусловило стертость клинической картины и диагностику заболевания только после развития неврологических нарушений спустя месяц от появления первых симптомов

болезни. Остро развившийся парез конечности у ребенка раннего возраста потребовал экстренной госпитализации в отделение нейроинфекций НИИДИ с диагнозом острый вялый паралич. Данный диагноз у непривитого ребенка относится к «горячим случаям» и требует комплексного (клинико-неврологического, вирусологического, инструментального) обследования. Проводился дифференциальный диагноз между инфекционной (миелит, в том числе возможно энтеро- или полиовирусной этиологии) и хирургической патологией, что и позволило своевременно перевести ребенка в нейрохирургический стационар, где был установлен окончательный диагноз и проведено оперативное лечение. Следует отметить, что при подозрении на острый вялый парез, развившийся у детей до 15 лет, следует обязательная госпитализация в стационар с обязательным осмотром невролога, проведение ЭНМГ-обследования и вирусологического обследования фекалий на полиовирусы двукратно в региональной референс-лаборатории. Острое начало заболевания, лихорадка, наличие дисфункции кишечника, катаральных симптомов, быстрое, в течение от 24 часов до 3 суток развитие вялых параличей, особенно у непривитых, позволяет заподозрить полиомиелит. При отсутствии подобных симптомов следует проводить дифференциальный диагноз, в том числе с опухолью спинного мозга, особенно при медленном нарастании парезов и отсутствии инфекционного анамнеза.

Литература

1. Информационное письмо ФГУЗ «Федеральный центр гигиены и эпидемиологии» Роспотребнадзора от 31.03.2011 г. № 09/ФЦ/1365 «О работе Комиссии по диагностике полиомиелита и острых вялых параличей в 2010 г.».
2. Лобзин, Ю.В. Детские инфекции на современном этапе: проблемы и пути решения / Ю.В. Лобзин [и соавт.] // Журнал инфектологии. – 2009. – Т. 1, № 1. – С. 23–30.
3. Скрипченко, Н.В. Инфекционные заболевания периферической нервной системы у детей: руководство для врачей / Н.В. Скрипченко, В.Н. Комацев. – М.: Медицина, 2006. – 560 с.
4. Лещинская, Е.В. Клиника, диагностика и лечение острого полиомиелита: методические рекомендации / Е.В. Лещинская, И.Н. Латышева. – М., 1998. – 47 с.
5. Скрипченко, Н.В. Острые вялые параличи у детей в современных условиях / Н.В. Скрипченко [и др.] // Российский вестник перинатологии и педиатрии – 1999. – № 3. – С. 31–35.
6. Методические указания МУ 3.1.1.2360-08 «Эпидемиологический контроль за полиомиелитом и острыми вялыми параличами в постсертификационный период». – Утверждены Руководителем Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека 6 мая 2008 г.

Авторский коллектив:

Горелик Евгений Юрьевич — научный сотрудник отдела нейроинфекций и органической патологии нервной системы Научно-исследовательского института детских инфекций ФМБА России, к.м.н., тел.: 8(812)234-19-01, e-mail: rmtc@mail.ru.

Скрипченко Наталья Викторовна — заместитель директора по научной работе Научно-исследовательского института детских инфекций ФМБА России, д.м.н., профессор, тел.: 8(812)234-10-38, e-mail: rmtc@mail.ru.

Ляпин Андрей Петрович — заведующий отделения нейрохирургии ДГКБ № 5 им. Н.Ф. Филатова, тел.: 8(812)778-85-26.

Семенов Александр Владимирович — врач-нейрохирург отделения нейрохирургии ДГКБ № 5 им. Н.Ф. Филатова, тел.: 8(812)778-85-26.