

Острый рассеянный энцефаломиелит

Врач невролог ГУЗ ККБ
Кыстаева Д.А.

Острый рассеянный энцефаломиелит –

**воспалительное заболевание
головного и спинного мозга,
вызванное обычно
нейротропными вирусами и др.
агентами с остро или подостро
возникающими симптомами
поражения нейронов и их
проводников, глии с признаками
иммунопатологических
нарушений.**

Этиология.

- вирусные инфекции (корь, краснуха, ветрянка, грипп, опоясывающий герпес, паротит или прививки от бешенства, гриппа, дифтерии, кори, краснухи, коклюша),
- бактерии,
- риккетсиями,
- спирохетами,
- грибами,
- паразитами,
- токсическими факторами проникающими через гематоэнцефалический барьер

Течение

- монофазное
- в редких случаях отмечено прогрессирующее течение
- в тяжелых случаях возможно молниеносное течение с быстрым летальным исходом.

Патоморфология, патогенез:

- в **острой фазе** выявляется отек головного мозга или отсутствие макроскопических изменений. **Микроскопически** обнаруживается периваскулярная или перивентрикулярная лимфоцитарная инфильтрация.
- **основным признаком** заболевания является распространенная демиелинизация, особенно выраженная вокруг мелких и средних вен. Отмечается также дегенерация олигодендроглии.
- **нейроны** остаются **интактными**.
- как правило, **выделить возбудитель** из пораженных отделов нервной системы **не удастся**.
- большинство параинфекционных неврологических осложнений опосредованы **иммунологически**.

Клиника.

- В клиническая картина основных форм ОРЭМ весьма полиморфна. В 90—96 % случаев доминируют признаки энцефалита.
- Особыми формами ОРЭМ являются острая мозжечковая атаксия, стволовой энцефалит Биккерстафа, острый геморрагический лейкоэнцефалит Харста.
- В 3—4 % случаев наблюдается поперечный миелит. Изредка отмечается сочетание энцефаломиелита с полирадикулоневритом (особенно часто после вакцинарования от бешенства или после перенесенной кори).
- Неврит зрительного нерва (II) может возникнуть в сочетании с другими признаками или как изолированное проявление ОРЭМ. Иногда наблюдается сочетание признаков поражения зрительного нерва и спинного мозга (оптикомиелит).

Продромальный период

1. (за 3—15 сут до появления неврологической симптоматики) появляются
2. лихорадка,
3. недомогание,
4. миалгия,
5. симптомы кишечной
6. или респираторной инфекции.

Острое начало. Лихорадка, на фоне которой возникает психомоторное беспокойство или апатия, сонливость, вялость, спутанность или угнетения сознания вплоть до комы. Могут наблюдаться симптомы ВЧГ - головная боль, рвота, вегетативные кризы, тонико-клонические судороги, различная выраженность менингеального синдрома.

Очаги в коре мозга проявляются парциальными или генерализованными судорогами, моно- и гемипарезами, афазиями, апраксиями. Реже страдают подкорковые ядра. Из черепных нервов чаще поражается зрительный нерв, может поражаться и ствол мозга с вовлечением ядер III, IV, VI, VII

Ведущими симптомами при любом варианте болезни являются парезы и параличи

Расстройства чувствительности могут быть по проводниковому, периферическому и смешанному типу.

НФТО выражаются в задержке, периодическом недержании и истинном недержании мочи и кала

При исследовании крови обычно выявляют умеренный лейкоцитоз, повышение СОЭ. При исследовании ЦСЖ обычно наблюдаются лимфоцитарный плеоцитоз и легкое повышение содержания белка, но в отличие от рассеянного склероза реже отмечается увеличение содержания IgG.

Стволовой энцефалит Биккерстафа

проявляется преимущественно в подростковом и молодом возрасте подросто (на протяжении нескольких дней или недель) развивающейся дисфункцией мозгового ствола, включая офтальмоплегию, слабость мимической мускулатуры, дизартрию, снижение слуха, мозжечковую атаксия, нарушения чувствительности, иногда угнетение сознания. За несколько недель до заболевания у больных часто отмечаются признаки неспецифической вирусной инфекции.

Острая мозжечковая атаксия Вестфалья—Лейдена

возникает преимущественно у детей 2—5 лет, часто через 2 недели после перенесенного неспецифического инфекционного заболевания (обычно ветряной оспы). Симптоматика связана исключительно с поражением мозжечка или его связей. У больного остро или подостро возникает атаксия в конечностях, которая нарастает в течение нескольких дней, присоединяются туловищная атаксия, нистагм, интенционный тремор

Диагноз. При КТ и МРТ выявляют мультифокальные изменения в белом веществе полушарий большого мозга, мозжечка, мосте, значительно реже - очаги кровоизлияний. При МРТ обычно выявляют более обширные и симметричные изменения, чем при рассеянном склерозе. Кроме того, для ОРЭМ более характерны вовлечение подкоркового серого вещества (базальных ядер, таламуса), множественные или сливающиеся, накапливающие контраст корковые очаги, отек мозгового ствола или спинного мозга. Спустя несколько недель отмечается частичное исчезновение очагов и отсутствие новых очагов.

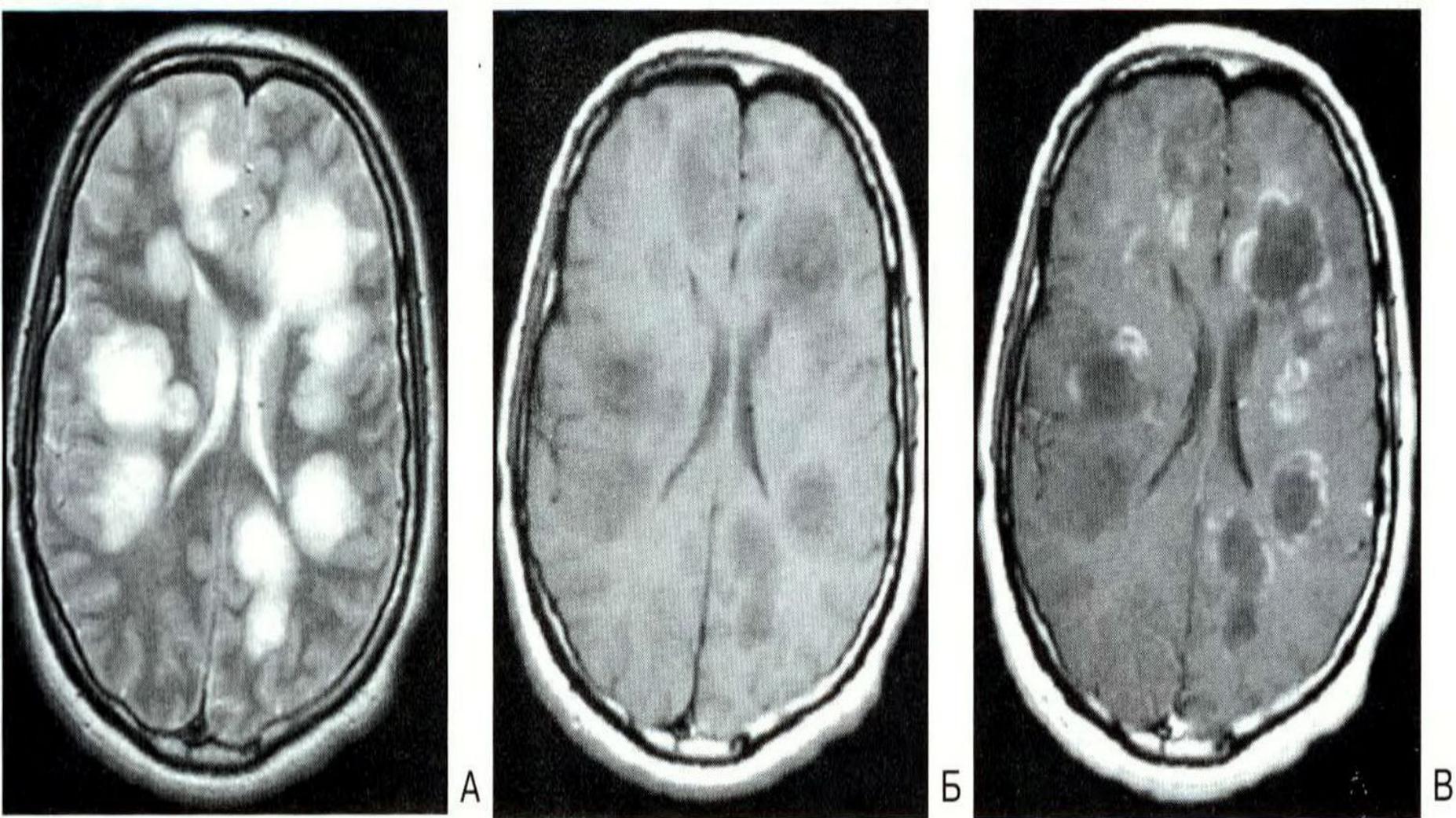


Рис. 5. Острый рассеянный энцефаломиелит. Множественные крупные очаги демиелинизации в белом веществе больших полушарий с двух сторон, имеющие гиперинтенсивный сигнал в режиме T2 (А), гипоинтенсивный сигнал в режиме T1 (Б). При внутривенном контрастировании определяется накопление контрастного препарата по периферической границе очагов по типу «колец» и «полукольца».

Лечение

Основано на применении во всех случаях высоких доз кортикостероидов (**1 г метилпреднизолона**) внутривенно капельно на 200 мл изотонического раствора хлорида натрия в течение 1 ч на протяжении 3—5 дней с последующим быстрым снижением дозы с помощью преднизолона внутрь в дозе 200-120 мг. В отсутствие метилпреднизолона или при его непереносимости можно применить препараты АКС (кортикотропин в дозе 100 ЕД внутримышечно в течение 10 сут) или дексаметазон (40—100 мг/сут внутривенно капельно в течение 5 сут). Последующее снижение дозы следует соотносить с динамикой улучшения.

Плазмаферез,
лечение циклофосфамидом
антибактериальная или
противовирусная терапия,
препараты α -интерферона,
поддерживающая терапия и
адекватная гидратация
осмотические диуретики,
ИВЛ в режиме гипервентиляции

В восстановительном периоде назначают прозерин, дибазол, никотиновую кислоту, алоэ, из физиотерапевтических методов - лечебные ванны (хвойные, йодобромные и др.), парафиновые аппликации, ЛФК, массаж.

В период остаточных явлений рекомендуется санаторно-курортное лечение (Пятигорск, Одесса и др.).

Спасибо за внимание