

ІНТЕНСИВНА ТЕРАПІЯ ГОСТРИХ ВІРУСНИХ ЕНЦЕФАЛИТІВ У ДІТЕЙ

О.І. Хоменко

Сумська міська дитяча клінічна лікарня

Вірусні енцефаліти (ВЕ) займають важливе місце у структурі нейроінфекцій у дітей. Одними з найтяжчих різновидів є герпетичні енцефаліти. До застосування специфічного лікування летальність при них складала 55-76 %, при проведенні терапії ацикловіром – 28 %.

Маємо досвід лікування 72 дітей, віком від 5 міс. до 15 років, хворих на енцефаліти різної етіології. Вони знаходилися у відділенні анестезіології та інтенсивної терапії Сумської міської дитячої клінічної лікарні за період із 1995 по 2008 рік; з них дітей старше 3 років – 26 (36,1 %). За етіологічною структурою енцефаліти розподілились наступним чином: спричинених вірусом вітряної віспи - 4 (5,6 %), вірусом простого герпесу (ВЗГ-1, 2) - 6 (8,3 %), ЦМВ - 4 (5,6 %), неуточненої етіології – 58 (8,6 %).

Неврологічне дослідження включало клінічну оцінку стану і визначення ступеня порушення свідомості за педіатричною шкалою Глазго і за шкалою Глазго-Пітсбург. Хворі оглядалися неврологом, окулістом, проводилися ехоенцефалоскопія з оцінкою внутрішньочерепного тиску (ВЧТ) і амплітуди пульсації судин мозку, спинномозкова пункція з лікворологічним дослідженням. Здійснювався моніторинг показників центральної гемодинаміки методом ехокардіоскопії, ЦВТ, діурезу, температури тіла. Проводився розрахунок церебрального перфузійного тиску (ЦПТ). Виявлено значну роль порушень гемодинаміки в перебігу патологічного процесу. 11 хворим проводили ЯМРТ головного мозку. У 6 випадках за допомогою ІФА в сироватці визначали антитіла до ВЗГ-1, 2, у 3-х - антиген ВЗГ-1, 2, у 4-х – ЦМВ.

При надходженні хворих у стаціонар мінімальна оцінка за шкалою Глазго у них склала 3, максимальна - 15, середня - 7,6 бали; за шкалою Глазго-Пітсбург - мінімальна - 16, максимальна - 32, середня - 21,4 бали. Підвищений ВЧТ виявлено в 17, зміни в лікворі - у 32 хворих. У 13 дітей визначалося розширення вен сітківки. Вогнищеві зміни при ЯМРТ виявлено в 28 хворих. Інтенсивна терапія полягала в корекції гемодинамічних порушень шляхом інфузії гіпертонічно-гіперонкотичних розчинів (реополіглюкін або гідроксиетилкрохмаль) дозою 4-8 мл/кг маси тіла. Метою інфузійної терапії була також підтримка нормоглікемії й осмолярності сироватки в межах 300-320 мосмоль, підтримка ЦПТ не нижче 50-60 мм рт. ст. Застосовувалася інотропна підтримка. Манітол призначався 10 дітям при загрозі дислокації мозку. Своєчасна корекція гемодинаміки, відмова від рутинного застосування діуретиків дозволяє забезпечити оптимальні умови перфузії головного мозку.

Респіраторна підтримка (ШВЛ) проводилася 15 хворим, середня тривалість її склала $8 \pm 1,8$ днів. Терапія включала застосування антиконвульсантів, ноотропів, препаратів, що покращують метаболізм і церебральну гемодинаміку, усувають гіпертермію. Кортикостероїди застосовували всім хворим коротким курсом у гострому періоді. Терапія ацикловіром дозою 30 мг/кг маси тіла на добу внутрішньовенно тривала від 5 до 21 дня, проводилася 16 хворим у комбінації з лафероном у вікових дозах. Комплексна терапія зумовила одужання 71 (98,6 %) дитини, залишкові явища відзначено в 1 хворого.

Таким чином, хворі з тяжким перебігом енцефаліту, гострим розвитком порушень свідомості й епіdstатуса повинні розглядатися як пацієнти з високою ймовірністю герпетичного енцефаліту й у ранні строки отримувати противірусну терапію ацикловіром. Своєчасна респіраторна підтримка й усунення гемодинамічних порушень попереджують ішемічно-гіпоксичне ураження ЦНС.