

Нервова патологія при антирабічних щепленнях

М. Б. Маньковський і З. Н. Драчева

У вітчизняній та іноземній літературі до останнього часу раз у раз з'являються повідомлення про ускладнення, що виникають у нервовій системі після антирабічних щеплень. Незважаючи на це, ряд питань, зв'язаних з етіологією, патогенезом, клінічною класифікацією і особливо з профілактикою та лікуванням цих ускладнень, досі лишається неясним і дискусійним. Ці ускладнення трапляються досить рідко. Все ж за останні п'ять років у клініці нервових хвороб Київського медичного інституту були під наглядом 16 хворих з різними формами нервової патології, що виникла після антирабічних щеплень.

Клініка захворювань після антирабічних щеплень характеризується великою різноманітністю. У свій час деякі автори пропонували виділяти форми ураження нервової системи при антирабічних щепленнях залежно від локалізації процесу.

На відміну від класифікацій, що відбивають принцип локалізації патологічного процесу і зовсім не враховують перебігу захворювання, класифікації, запропоновані вітчизняними авторами (В. М. Слонімска, Б. С. Хомінський, М. Б. Маньковський), ґрунтуються на особливостях перебігу патологічного процесу. Так були виділені гостра, підгостра і хронічна форми.

Вивчення клініки захворювання у хворих, що були під нашим наглядом, також дало можливість виділити випадки гострого, підгострого перебігу захворювання і переходу його в хронічну форму.

Нервова патологія здебільшого виникала під час проведення курсу самих антирабічних щеплень, найчастіше в інтервалі між восьмою та п'ятнадцятою ін'єкціями. Проте в частині випадків загальна реакція спостерігалась уже на початку курсу щеплень. В двох випадках нервова симптоматика розвинулась після закінчення курсу щеплень, які під час лікування не викликали загальної реакції. Отже, середня тривалість інкубаційного періоду цього захворювання становить 10—20 днів.

Клінічно захворювання здебільшого характеризується як розсіяний енцефаломієлополірадикулоневрит, іноді з невеликою менінгеальною реакцією. Початок захворювання звичайно супроводжується підвищенням температури, головним болем, болем у кінцівках, блюванням. Рідше доводилось спостерігати психомоторне збудження, затемнення свідомості. До цих явищ іноді приєднується церебральна симптоматика, в інших випадках на перший план виступають спинальні симптоми. Проте найчастіше ми спостерігали полірадикулоневрити, іноді з участю черепномозкових нервів.

У деяких хворих в загальній картині захворювання значне місце займають розлади вищої нервової діяльності. Так, спостерігається розвиток астенично-іпохондричного синдрому з переважанням тону підкірки.

тура до 38,6°. Наступного дня виникла слабкість нижніх кінцівок, яка швидко наростала. Хворий відчував якісь перешкоди при сечовиділенні.

Під час вступу в клініку був констатований глибокий нижній парапарез з а-refлексією, м'язовою атонією. Виражений парез верхніх кінцівок. Сухожильні рефлекси на руках високі, рівномірні. Відзначався парез правого лицьового нерва за центральним типом, глоткового рефлексу не було, голос був тихий, афонічний; хворий з трудом відкашлювався. На очному дні — картина неврити зорових нервів. Всі види чутливості різко знижені за провідниковим типом від D₈ донизу. Гіпестезія поверхневої чутливості за корінцевим типом на руках. Легка менінгеальна симптоматика.

В подальшому перебігу захворювання прогресивно наростали явища асцендуючого мієліту, поглиблювались бульбарні явища, посилювався менінгеальний синдром, з'явилися пролежні в ділянці крижів. При явищах ураження дихального центра хворий помер на 26-й день захворювання.

Клінічний діагноз: висхідний енцефаломієліт після антирабічних щеплень.

Патологоанатомічний діагноз: висхідний некротичний мієлоенцефаліт.

Випадок 3. Хвора Ш., 18 років, після 15-го антирабічного щеплення відчула загальну слабкість, головний біль. Потім виникла слабкість нижніх і згодом верхніх кінцівок, яка поступово наростала. Протягом двох діб розвинувся повний параліч верхніх і нижніх кінцівок, виник бульбарний синдром, і настала смерть.

Клінічний діагноз: висхідний енцефаломієліт після антирабічних щеплень.

Патологоанатомічний діагноз: менінгоенцефаломієліт.

Випадок 4. Хвора Д., 40 років, після 15-го антирабічного щеплення відчула слабкість в ногах, біль, терпкість, оніміння, «повзання мурашок», біль у попереку. На четвертий день захворювання в результаті асцендування процесу виявився в'ялий тетрапарез, більш чітко виражений у нижніх кінцівках. Сухожильні, надкісничні і шкірні рефлекси відсутні. Розлад чутливості за типом «рукавичок», а також за провідниковим типом від D₁₀ із посиленням розладів у дистальних відділах нижніх кінцівок. Ураження ряду черепномозкових нервів і наявність бульбарних явищ.

Протягом тижня стан хворої був надзвичайно тяжким, бульбарні розлади наростали, поглибився парез кінцівок. Часто траплялися приступи асфіксії, які супроводжувалися ціанозом, пульс частішав до 150 в 1 хв. Хвора не могла ковтати, говорити. Тільки в результаті застосування кисневої палатки та інших інтенсивних лікувальних заходів стан її почав повільно кращати. Насамперед зменшились бульбарні розлади, потім стали відновлюватися рухи у верхніх кінцівках і в останню чергу — в нижніх. Через два місяці хвора виписалася практично здоровою.

Випадок 5. Дитина Д., 3 років. Після шостого антирабічного щеплення хлопчик став неспокійним, плакав, температура підвищилася до 37,5°. Протягом кількох годин розвинулася в'яла нижня параплегія. Виділення сечі і калу затримувались. Незабаром виник в'ялий парез обох рук, а потім настали бульбарні явища — тахіпное, тахікардія. Сухожильні рефлекси на верхніх і нижніх кінцівках відсутні, з обох боків — симптом Бабінського.

Через п'ять днів після застосування енергійної терапії (біоміцин, пеніцилін, стрихнін, хлористий кальцій, вітамін В₁, кисень) стан дитини почав кращати: зникли бульбарні симптоми, відновились функції тазових органів і почали відновлюватися рухи в кінцівках, з'явилися сухожильні рефлекси. Через місяць дитина була практично здорова, самостійно ходила і бігала.

В наведених випадках клінічний перебіг захворювання характеризувався синдромом висхідного паралічу. У деяких хворих процес був переважно типу висхідного поліневриту (№ 4), в інших переважали явища висхідного мієліту (№ 1, 2, 3, 5). Проте чіткого розмежування між цими типами перебігу висхідного паралічу провести не вдалося. У клінічну картину захворювання нерідко входили також трофічні розлади. Поряд з грубими пролежнями в ділянці крижів і лопаток (№ 1) ми спостерігали різні дистрофічні явища типу гіперкератозу, сухість і лущення шкірних покривів, м'язові атрофії, зміни характеру волосяного покриву кінцівок, крихкість і ламкість нігтів. Не завжди відзначається відповідність між інтенсивністю трофічних розладів і глибиною деструктивного процесу в нервовій системі.

Перебіг захворювання не завжди був блискавичним, як це властиво паралічам Ландрі. Так, у випадках № 1 і 4 помічався підгострий перебіг (кілька місяців), у випадку № 3 перебіг захворювання був дуже гострий. У випадках № 2 і 5 захворювання тривало близько місяця. В трьох випадках з п'яти хворі померли, причому у двох хворих смерть настала при

явища бульбарного паралічу. У випадку № 1, де переважала картина висхідного мієліту, летальний кінець був зумовлений вторинною септичною інфекцією (цистит, пролежні). В двох випадках спостерігалось повне видужання.

Привертає до себе увагу те, що поступове ослаблення і зникнення симптомів відбувалися в порядку, зворотному клінічному розгортанню патологічного процесу: насамперед зникли бульбарні явища, потім відновилась моторика верхніх кінцівок і лише в кінці спостерігався зворотний розвиток паретичних явищ у нижніх кінцівках.

Слід підкреслити, що в усіх випадках висхідного паралічу клінічна картина не обмежувалась його класичними формами — мієлітичною і поліневритичною, а включала також ряд симптомів, які вказують на більш розлитий характер процесу.

Переходимо до опису синдрому енцефаломієлополірадикулоневриту.

Випадок 6. Хворий С., 28 років, після восьмого антирабічного щеплення відчув ниючий біль у попереку, після дев'ятого — біль і терпкість у нижніх кінцівках, їх слабкість. Щеплення були припинені. Через три дні виникла слабкість верхніх кінцівок.

Під час вступу в клініку відзначались тетрапарез з переважним ураженням дистальних відділів, м'язова гіпотонія, арефлексія, гіпестезія поліневритичного типу, субфебрильна температура. Стан хворого то кращав, то ставав тяжчим. Через місяць після початку захворювання з'явилися фібрилярні посипування в м'язах верхніх і нижніх кінцівок. Загальний стан при цьому був задовільний, і хворий виписався з клініки.

Через два місяці, після переохолодження, хворий знову відчув біль у верхніх кінцівках і їх слабкість. Ці явища наростали. Був виявлений глибший, ніж раніше, тетрапарез, відзначалися атрофія м'язів плечового пояса, кистей і стоп, фібрилярні посипування в м'язах обличчя, язика, спини, стегон, відсутність сухожильних, надкільничних, шкірних рефлексів, двобічний симптом Бабінського, гіпалгезія в ділянці сегментів D₂—D₅, а також за типом «панчіх» і «рукавичок».

Через два місяці у хворого посилювався біль у кінцівках, виникла двоїстість в очах (парез правого відповідного нерва). Згодом стан хворого покращав, больовий синдром зменшився, парез верхніх і нижніх кінцівок став менш вираженим.

Випадок 7. У хворій П., 42 років, після 12-го антирабічного щеплення розвинулась картина стовбурового енцефаліту з грубим пошкодженням трійчастих і лицевих нервів. Хвора лікувалась у клініці протягом трьох місяців і виписалась у значно кращому стані.

Через два роки після інфекційної інфекції виникли загальна слабкість, слабкість нижніх кінцівок, неприємні відчуття в усьому тілі. При клінічному обслідуванні у хворої були виявлені залишкові явища стовбурового енцефаліту у вигляді парезу лицевих нервів за периферичним типом. На перший же план виступав іпохондрично-астеничний синдром. Хвора пред'являла безліч скарг функціонального характеру соматичної природи: у неї, мовляв, «вивалюються кишки», «розгвинтився хребет», через що вона не може ходити, «в голові натягнуто багато ниток, які хтось весь час смикає», тощо.

Після клінічного лікування (був застосований комплекс лікувальних заходів, проведений курс терапії сном тощо) стан хворої значно покращав.

Випадок 8. Хвора С., 48 років, провела два курси антирабічних щеплень з інтервалом в один рік. Після другого курсу поступово розвинулась картина енцефаліту з правобічною геміплегією, афазією і ураженням ококорухових та інших черепномозкових нервів. Протягом півроку симптоматика наростала. Потім, після застосування ряду лікувальних заходів, настало значне покращання: хвора почала самостійно ходити, у неї зменшилися афатичні явища і патологічні прояви з боку черепномозкових нервів.

Випадок 9. Хворий Р., 34 років, дуже погано переносив антирабічні щеплення. Вже після першого щеплення відчував головний біль, біль у кінцівках. Після 21-го щеплення в нього різко посилулись головний біль і біль в ногах, температура підвищилась до 39°, на лобі з'явився геморагічний висип. В наступні дні спостерігався розлад свідомості у формі сплутаності і маячення. В клініці відзначена загальна загальмованість хворого: обличчя маскоподібне, погляд тривало фіксований в одному напрямі, мова тиха, мало модульована, сповільнена; в пальцях рук, особливо правої, дрижання, тремор повік. Рефлекси підвищені праворуч. Непостійний симптом Бабінського праворуч. Різко виражені симптоми натягнення поперекових і крижових корінців.

В результаті лікування с хомим, мова виразною, зникли бінського; симптоми натягнення виписаний у доброму стані.

Випадок 10. Хворий з чим йому було зроблено 25 курсу щеплень відчув якесь н пература підвищилась до 40°.

У клініку був прийнятий нічних реакцій, амімія, парез непритомність. Рефлекси пост весь час наростали. На дев'я Клінічний діагноз: мені щеплень.

Патологоанатомічний ді

В наведених випадках ураження нервової сист ураженням як головного ють на можливість немс ного і головного мозку.

У випадку № 6, де з висхідного паралічу, вир літу в комбінації із стов

У випадку № 7 при ураження з рідкими змі

У випадку № 8 зап півкулі головного мозку.

У випадку № 9 роз мом паркінсонізму в ком никнення паркінсонізму рідкість. В літературі пе німський.

У випадку № 10 на цефаліту з переважним стрий перебіг захворюв форм.

Перші два випадки процесу із схильністю до появою нових симптомів кінчення щеплень. У ви і новий спалах процесу переохолодження. Загос вої реакції з виникненн вості, двобічні пірамідн черепномозкових нервів.

Слід вважати, що я гічної симптоматики тре розглядуваного нами пр

Перебіг захворюван ливим кінцем — захвор чити, що в одного з ци гень і контузія головно служити сенсibilізуюч розвитку патології цент антирабічних щеплень.

Синдром полірадик че випадках.

В результаті лікування стан хворого почав швидко кращати. Обличчя стало рухомих, мова виразною, зникли тремор повік і пальців, анізорефлексія і симптом Бабінського; симптоми натягнення корінців і біль у кінцівках зменшилися. Хворий був виписаний у доброго стані.

Випадок 10. Хворий С., 18 років, був покусаний скаженим собакою, в зв'язку з чим йому було зроблено 25 антирабічних щеплень. На третю добу після закінчення курсу щеплень відчув якесь нездужання, потім виникли головний біль, блювання, температура підвищилась до 40°.

У клініку був прийнятий в тяжкому стані. Тут були виявлені міоз, в'ялість звичних реакцій, амімія, парез відвідних нервів, грубий ністагм, афонія, періодично — непритомність. Рефлекси поступово згасали. Виникла затримка сечі. Бульбарні явища весь час наростали. На дев'яту добу настала смерть.

Клінічний діагноз: менінгоенцефаломієлополірадикулоневрит після антирабічних щеплень.

Патологоанатомічний діагноз: менінгоенцефаломієліт.

В наведених випадках насамперед впадає в око розлитий характер ураження нервової системи. Поліневритичні симптоми комбінуються з ураженням як головного, так і спинного мозку. Ці спостереження вказують на можливість немов би системного ураження сірої речовини спинного і головного мозку.

У випадку № 6, де захворювання почалося як поліневритична форма висхідного паралічу, виразно проявились синдроми переднього поліомієліту в комбінації із стовбуровим поліоенцефалітом.

У випадку № 7 привертає до себе увагу комбінація стовбурового ураження з рідкими змінами кіркової нейродинаміки.

У випадку № 8 запальний процес локалізувався у стовбурі і лівій півкулі головного мозку.

У випадку № 9 розвинувся менінгоенцефаліт з вираженим синдромом паркінсонізму в комбінації з попереково-крижовим радикулітом. Виникнення паркінсонізму після антирабічних щеплень становить велику рідкість. В літературі перший опис цього синдрому належить В. М. Слонімській.

У випадку № 10 на перший план виступає картина стовбурового енцефаліту з переважним ураженням сірої речовини. Становить інтерес гострий перебіг захворювання, який є більш характерним для висхідних форм.

Перші два випадки (№ 6 і 7) характеризуються повільним перебігом процесу із схильністю до переходу в хронічну форму і поштовхоподібною появою нових симптомів нервової патології через тривалий час після закінчення щеплень. У випадку № 6 заслуговують уваги погіршення стану і новий спалах процесу під впливом інфекційного фактора у вигляді переохолодження. Загострення захворювання проходило за типом слідової реакції з виникненням нових симптомів (сегментарні розлади чутливості, двобічні пірамідні ознаки, поява патологічних симптомів з боку черепномозкових нервів).

Слід вважати, що як характер рецидиву, так і появу нової неврологічної симптоматики треба поставити в зв'язок з алергічним походженням розглядуваного нами процесу.

Перебіг захворювання у випадках № 8 і 9 був підгострим, із сприятливим кінцем — захворювання завершилось видужанням. Слід відзначити, що в одного з цих хворих (№ 9) в анамнезі були туберкульоз легень і контузія головного мозку. Ці захворювання безумовно могли послужити сенсibiliзуючим фактором і бути сприятливим фоном для розвитку патології центральної нервової системи при проведенні курсу антирабічних щеплень.

Синдром полірадикулоневриту ми спостерігали в двох описаних нижче випадках.

Випадок 11. Хворий Т., 65 років, після 14-го щеплення антирабічної вакцини на фоні загального нездужання відчув біль у попереку, спині, потилиці. Через два дні до цих явищ приєднався параліч обох лицьових нервів.

У клініці були виявлені болісність нервових стовбурів, симптоми натягнення корінців, в'ялі колінні й ахілові рефлексі, грубий парез обох лицьових нервів, особливо лівого, парез лівого відвідного нерва. Протягом тижня стан хворого погіршувався. Больовий синдром наростав. Потім настало покращання. Через півтора місяця у хворого відзначалися лише нерізно виражений больовий синдром і незначний парез лицьових нервів.

Випадок 12. Хворий Ч., 54 років, через три дні після закінчення курсу антирабічних щеплень відчув біль в ногах, особливо сильний у тазостегнових і колінних суглобах.

В клініці був виявлений радикулоневритичний синдром (біль по ходу нервів, симптоми Ласега, Вассермана, підвищення колінних рефлексів). Після лікування хлористим кальцієм, вітаміном В₁, пірамідоном, аналгіном, кофеїном, фізметодами стан хворого покращав, і через 10 днів він був виписаний.

В обох наведених випадках синдром полірадикулоневриту був клінічно чітко виражений. В одному випадку (№ 11) полірадикулоневрит проходив з поширенням на черепномозкові нерви. Розвиткові поліневритичних явищ передував період розлитой поліневралгії, болю в суглобах. Артралгії, що спостерігались у наших хворих, також посередньо дозволяють припустити наявність алергічних механізмів у патогенезі ураження нервової системи при антирабічних щепленнях.

Синдром менінгомієліту може бути проілюстрований такими історіями хвороби.

Випадок 13. Хвора П. у восьмирічному віці прийняла курс антирабічних щеплень. У 24 роки знову почала проводити курс антирабічних щеплень. Після дванадцятої ін'єкції температура підвищилась до 37,5°, виникли біль і свербіж в усьому тілі, слабкість і відчуття терпкості в ногах, а також часті позиви до сечовиділення. На восьму добу захворювання виявились нижній парапарез з високими рефлексами, гіпестезія за провідниковим типом від сегмента D₂, хвора стала дратівлива, плаксива. В анамнезі часті ангіни, поліартрит, порушення менструального циклу, загальне ожиріння.

В результаті лікування пеніциліном, сульфамідами, хлористим кальцієм, пірамідоном з аналгіном, вітаміном В₁ стан хворої швидко кращав, зникли дратівливість і плаксивість, відновились рухи і сила м'язів у нижніх кінцівках, зникли біль і свербіж у тілі, РОЕ сповільнилась з 25 до 3 мм в 1 год. Через 20 днів хвора була виписана в хорошому стані.

Випадок 14. У дитини Б., 7 років, після дев'ятого антирабічного щеплення розвинувся менінгомієліт з глибоким нижнім парапарезом, болем в ногах, провідниковим розладом чутливості, розладом сечовиділення. Незабаром утворились пролежні, приєдналася інфекція у сечовій системі. В клінічній картині переважали септичні явища, перебіг захворювання став хронічним. Хворий і досі перебуває під нашим наглядом.

В обох випадках захворювання клінічно проходили як синдром менінгомієліту з нижнім парапарезом, порушенням функцій сфинктерів і за провідниковим типом розладу чутливості. У випадку № 13 чітко окреслений синдром менінгомієліту супроводжувався порушенням вищої нервової діяльності (дратівливість, плаксивість). Інтерес цього випадку полягає в наявності повторно діючих сенсibiliзуючих факторів. В анамнезі хворої відзначалися часті ангіни, явища поліартриту і двічі проведений курс антирабічних щеплень. Повне видужання хворої у порівняно короткий строк (20 днів) свідчить про відсутність деструктивних змін у спинному мозку.

Переходимо до опису останнього синдрому, який ми спостерігали, — переважного ураження черепномозкових нервів.

Випадок 15. Хворому М., 33 років, провадили антирабічні щеплення. Він переносив їх погано, відчував головний біль, загальне нездужання, сонливість. Через вісім днів після закінчення курсу помітив, що обличчя в нього перекошене праворуч, ще через три дні стався параліч правого лицьового нерва. В клініці виявлений повний параліч лицьових нервів.

В результаті двомісяця лівого лицьового нерва.

Випадок 16. Хворий загальне нездужання, гошевіт зорових нервів з парезом лівих нервів і зниженням гостроти парез лівого лицьового нерва.

В результаті тримісяця лікування.

В описаних випадках ураження черепномозкових нервів, особливо ізольованого ураження черепномозкових нервів, формі невритів становлять велику частину клініки нервових ускладнень. Ці випадки є вказівки на можливість ураження черепномозкових нервів дуже рідкі. Лікування з невритом зорових нервів, описаних нами хворих (№ 2 і 16).

Як і при інших формах ураження черепномозкових нервів, симптоми ураження черепномозкових нервів дають оптимістичний прогноз.

Отже, резюмуючи, ураження нервової системи при антирабічних щепленнях розлитий характер і септичний характер. В них найчастіше спостерігається ураження черепномозкових нервів, менінгомієліту, септичний характер ураження нервової системи.

В літературі описано випадки ураження нервової системи при антирабічних щепленнях (дієнцефальний синдром Гійєн-Барре). Слід зазначити, що цей синдром не має. Всі передані випадки призводять до різних форм ураження нервової системи, до розладу головного мозку, до парезу і паралічу.

Питання етіології ураження нервової системи при антирабічних щепленнях в літературі висловлюють різні думки. Більшість дослідників вважає, що причиною ураження нервової системи є наслідок прищеплюваному матеріалу. В дослідженнях цього питання ми не бачимо чіткої відповідності між рідке захворювання і ураження нервової системи.

Петте висловив думку, що ураження нервової системи при антирабічних щепленнях є наслідок невідомий збудник, який згодом він відмовився від цієї думки, ніким не був виявлений.

На думку Й. Кохана, ураження нервової системи при антирабічних щепленнях є наслідок абсолютного необробленого матеріалу. В дослідженнях цього питання ми не бачимо чіткої відповідності між рідке захворювання і ураження нервової системи так само.

В результаті двомісячного лікування стан хворого покращав, відновилась функція лівого лицьового нерва і значно зменшився парез правого.

Випадок 16. Хворий Б., 36 років, після 11-го антирабічного щеплення відчув загальне нездужання, головний біль, погіршення зору. В клініці в нього розвинувся неврит зорових нервів з концентричним звуженням поля зору, гіперемією дисків зорових нервів і зниженням гостроти зору до 0,08. В статусі виявився також центральний парез лівого лицьового нерва.

В результаті тримісячної інтенсивної терапії у хворого повністю відновився зір.

В описаних випадках на перший план виступає симптомокомплекс ураження черепно мозкових нервів. У літературі наводяться випадки ізольованого ураження лицьових нервів, ураження ж зорових нервів у формі невриту становить безсумнівний інтерес і має бути включене в клініку нервових ускладнень після антирабічних щеплень. В деяких працях є вказівки на можливість виникнення застійних сосків зорових нервів після антирабічних щеплень (Деванней і Шеа). Описи ж невритів зорових нервів дуже рідкі. Лише Кенігсфельд у 1945 р. описав випадок енцефаліту з невритом зорових нервів після антирабічних щеплень. В групі описаних нами хворих ми двічі спостерігали прояви невритів зорових нервів (№ 2 і 16).

Як і при інших синдромах, у випадках з переважним ураженням черепно мозкових нервів відзначалася також наявність менш виражених симптомів ураження інших відділів нервової системи. Симптомокомплекс ураження черепно мозкових нервів характеризується порівняно сприятливим прогнозом.

Отже, резюмуючи всі наведені нами дані, можна визнати, що в разі ураження нервової системи після антирабічних щеплень це ураження має розлитий характер і охоплює всю нервову систему. В наших спостереженнях найчастіше спостерігались синдром висхідного паралічу і синдром менингоенцефаломієлополірадикулонеуриту. Слід відзначити, що можуть також бути картини полірадикулонеуриту, невритів черепно мозкових нервів, менингомієліту, стовбурового енцефаліту, переважного ураження сірої речовини головного і спинного мозку.

В літературі описаний ряд синдромів, які нам не доводилось спостерігати (дієнцефально-вегетативна епілепсія, нарколепсія і ожиріння, синдром Гійєн-Барре). Отже, будь-якої певної локалізації патологічний процес не має. Всі перелічені синдроми можуть комбінуватись один з одним, призводячи до різних симптомокомплексів з ведучою патологією то з боку головного мозку, то з боку спинного мозку або радикулонеуритичного відрізку.

Питання етіології і патогенезу розглядуваних нами явищ з боку нервової системи при антирабічних щепленнях досі є спірними. В свій час у літературі висловлювалась думка, нібито нервова патологія після антирабічних щеплень є наслідком вторинної інфекції в зв'язку з наявністю у прищеплюваному матеріалі сторонніх патогенних мікробів. Неодноразові дослідження цього матеріалу на бактерійну домішку, а також дуже рідке захворювання прищеплених дозволили відкинути це припущення.

Петте висловив припущення, що прищеплюваний матеріал активує невідомий збудник, який до щеплень сапрофітує в організмі людини. Проте згодом він відмовився від цього погляду, оскільки подібний збудник ніким не був виявлений.

На думку Й. Коха, Хмільєвського і Скшивана, йдеться про вірус вугличного сказу, введений при укусі хворою твариною. Це припущення абсолютно не обґрунтоване, оскільки нервова патологія в багатьох випадках виникала після антирабічних щеплень у людей, які не були в контакті із скаженими тваринами. Спроби ж знайти вірус у центральній нервовій системі так само, як і тільки Негрі у хворих, що загинули від ще-

плень, виявились марними. Додамо також, що інкубаційний період при ускладненнях після антирабічних щеплень не залежить від часу укусу, а завжди знаходиться в прямому зв'язку з часом початку щеплень.

Висловлювалась гіпотеза про токсичний генез цих форм захворювання. Токсичну дію приписували вірусу сказу, який при пасажах зберігав свою вірулентність. Проте при щепленнях людині вводять таку незначну кількість токсину, що його дією можна знехтувати.

Аналізуючи гістопатологічні зміни у випадках, описаних в літературі і досліджених нами, слід відзначити, що картина захворювання може бути охарактеризована як запальний процес з ведучою ланкою у вигляді дисциркуляторних явищ в зв'язку з ураженням судинного апарата.

Нам здається, що даний гістопатологічний симптомокомплекс не є характерним для певної нозологічної одиниці і не може дати вказівок про певну етіологію процесу.

Ми вважаємо, що патологоанатомічні зміни, спостережувані при ураженні нервової системи після антирабічних щеплень, урахуваючи клініку захворювання і фактор повторного введення білкових субстанцій, повинні бути віднесені до числа алергічних.

Відмінності в патологічній анатомії сказу й енцефаломієлополірадикулонеуриту після антирабічних щеплень наводять нас на думку, що останній є результатом сенсibiliзації нервової системи людини нервовою тканиною кролика.

Є експериментальні дослідження, які пояснюють нервову патологію при алергічних реакціях, зокрема при анафілактичному шоку (Биховська й Ейдінова, Давидов і Сегал, Маргуліс). Ці дослідження показують, що алергічні реакції нервової системи мають характер енцефаломієлополірадикулонеуриту із залученням в процес також і оболонок. В експерименті спостерігається така сама різноманітність синдромів, як і в клініці.

Клінічна картина і гістопатологічні зміни ускладнень після антирабічних щеплень наближаються до енцефаломієлополірадикулонеуритів, що виникають після застосування інших видів сироваткової і вакцинальної терапії. Водночас вони дуже подібні до енцефаломієлополірадикулонеуриту, що виникає в експерименті в процесі сенсibiliзації і під час анафілактичних станів. Ці дослідження підтверджують, що нервова патологія при антирабічних щепленнях є за своєю природою алергічною. На користь цього положення свідчать також і клінічні дані. В цьому відношенні мають значення виникнення патології у певні строки після початку щеплень, найчастіше на десятій — двадцятій день, а також наявність розв'язуючого фактора у вигляді інсоляції, переохолодження. Становить інтерес і те, що іноді нервова патологія виникає після повторного курсу щеплень. Так, у хворій П. (випадок № 13), яка у восьмирічному віці провела курс антирабічних щеплень, нервова патологія виникла в 24 роки, після повторного курсу. У хворій С. (випадок № 8) нервова патологія також виникла після повторного курсу щеплень.

Два випадки, в яких нервова патологія виникла після повторних щеплень, описали Лапімер, Вебстер і Гурджіан.

З погляду алергічного походження нервової патології при антирабічних щепленнях стає зрозумілою клінічна різноманітність синдромів, що спостерігаються при цьому захворюванні, а також відносна рідкість його при широкому застосуванні щеплень. Звичайно, викрити і довести роль алергічного фактора в походженні захворювання не завжди легко. Для цього потрібні старання збирання і облік даних анамнезу, тривалі спостереження, правильна оцінка результатів лікувальних заходів.

Ми надаємо особливого значення перенесеним інфекційним процесам

і введенням з лікувальними і вакцинами).

Вважаємо необхідним звернутися в зв'язку із змінами (Гордієнко, Павленко). нервової патології після алергічна реакція залежить від хворювання, інтоксикаційного стану нервової системи.

Дуже важливим є ускладнення. Насамперед це інтенсивного темпу самостійного болю, слабості, нездатності працювати протягом дня. Відразу ж тремтливості, пірамідон, гіперестезії, слід стаціонарувати, припинити.

Доцільно застосувати такі в ряді випадків давати енергійно боротися з вміщення таких хворих в лікарні. Добре впливають на центральний нервний центр. Необхідно і також справляють сприятливий вплив. Крім наведених лікувальних засобів, прозерин (по 0,5—1,0 г).

Завжди треба пам'ятати про те, що хворі на нервову патологію, пролежнів; в зв'язку з цим слід профілактичною масажуванням спини камфорним спиртом. Термізація треба промишляти в подальшому періоді призначати прозерин, дибазол, процедури: теплі ванни.

Зважаючи на можливість впливу ряду етиологічних факторів, інтеркурентної інфекції, інших впливів. При виникненні патології, що видужали, принаймні протягом найближчого часу.

Слонимская В. М. Киевского психоневрол. ин-та. Маньковский Б. некоторых форм нейроинфекции реактивность организма».

Маньковский Н. антирабических прививках,

Ходос Х. Г., Флоринский И. М. миелиита после антирабических прививок. «Инфекционные и токсические болезни».

Gullermo Garri (Peru). „Complication of rabies infection in the central nervous system”.

Alex J. S. Mc Farlane. „Hypothalamic Syndrome in Rabies Infection”.

і введенням з лікувальною метою чужорідного білка (лікуванню сироватками і вакцинами).

Вважаємо необхідним підкреслити, що механізм алергії нами розуміється в зв'язку із зміною функцій нервової системи (Безредка, Адо, Гордієнко, Павленко). Тому, висуваючи алергічну гіпотезу патогенезу нервової патології після антирабічних щеплень, ми вважаємо, що сама алергічна реакція залежить від організму як цілого (вік, перенесені захворювання, інтоксикації, ендокринно-вегетативний фон) і від функціонального стану нервової системи хворого, насамперед кори головного мозку.

Дуже важливим питанням є терапія і профілактика описаних ускладнень. Насамперед, на нашу думку, необхідний перехід до менш інтенсивного темпу самих щеплень при появі загального нездужання, головного болю, слабості. В цих умовах їх слід провадити не щодня, а через день. Відразу ж треба призначити дезалергізуючу терапію: хлористий кальцій, пірамідон, гіпосульфід. При появі органічної патології хворих слід стаціоналізувати, призначаючи суворий постільний режим.

Доцільно застосувати антибіотики, насамперед пеніцилін, біоміцин, які в ряді випадків дають потрібний ефект. При бульбарному синдромі треба енергійно боротися з явищами кисневого голодування. Періодичне вміщення таких хворих у кисневу палатку іноді дає позитивний результат. Добре впливають ін'єкції стрихніну, що підвищують тонус дихального центра. Необхідно профілактично вводити камфору. Ін'єкції кофеїну також справляють сприятливий вплив, особливо при бульбарних явищах. Крім наведених лікувальних засобів, слід призначити в невеликих дозах прозерин (по 0,5—1,0 0,05%-ного розчину), вітамін В₁.

Завжди треба пам'ятати про можливість розвитку трофічних порушень, пролежнів; в зв'язку з дисфункцією сфінктерів може виникнути цистит. Слід профілактично протирати шкірні покриви крижів, сідниць, спини камфорним спиртом, стежити за станом ліжка і білизни. При катетеризації треба промивати сечовий міхур, призначати стрептоцид. В резидуальному періоді при явищах в'ялих парезів слід одночасно з ін'єкціями прозерину, дибазолу, вітаміну В₁ застосовувати фізіотерапевтичні процедури: теплі ванни, масаж, гальванізацію.

Зважаючи на можливість нового рецидиву процесу, його загострення під впливом ряду екзогенних моментів (охолодження, перегрівання на сонці, інтеркурентної інфекції, слід обережати таких хворих від цих шкідливих діянь. При виписуванні з клініки треба детально інструктувати осіб, що видужали, про необхідність додержувати певного режиму принаймні протягом найближчого року.

ЛІТЕРАТУРА

Слонимская В. М., О роли аллергии в патологии нервной системы, Труды Киевского психоневрол. ин-та, т. XII, 1949.

Маньковский Б. Н. и Слонимская В. М., Рецидивирующее течение некоторых форм нейроинфекций, сб. «Патогенез нейроинфекционных заболеваний и реактивность организма», Киев, 1951.

Маньковский Б. Н. и Хоминский Б. С., О нервной патологии при антирабических прививках, там же.

Ходос Х. Г., Флоренсова В. А., Запесошная Г. Е., Случай менингита после антирабических прививок, изученный клинически и биологически, в кн. «Инфекционные и токсические заболевания нервной системы», Иркутск, 1954.

Guillermo Garrido-Lecca, M. D. a Alfredo Tola, M. D. (Lima, Peru), «Complication of rabies vaccine therapy treated with corticotropin», Archives of Neurology and Psychiatry, v. 68, № 5, 1951.

Alex J. S. Mc Fadzean, M. B. Ch. B. (Glas), M. R. C. P. (London), Hong Kong, «Hypothalamic Syndromes complicating antirabies vaccination», Archives of Neurology and Psychiatry, v. 67, № 4, 1952.

Howard D. McIntyre, M. D., Iowa City, „Guillain-Barré Syndrome complicating antirabies inoculation“, Archives of Neurology and Psychiatry, v. 62, № 6, 1949.

F. R. Latimer, M. D.; J. E. Webster, M. D. a. E. S. Gurdjian, M. D., Detroit, „Neurological complications of rabies vaccina“, Report of two cases, Archives of Neurology and Psychiatry, v. 64, № 1, 1951.

J. W. Devanneu a. J. H. Shea, „Аллергический энцефалит с отеком дисков“, Archives of Neurology and Psychiatry“, v. 68, № 6, 1952.

Інститут фізіології ім. О. О. Богомольця
Академії наук УРСР, відділ клінічної
та експериментальної патології нервової системи.

Нервная патология при антирабических прививках

Н. Б. Маньковский и З. Н. Драчева

Резюме

Ряд вопросов, связанных с патогенезом, клинической классификацией, профилактикой и лечением осложнений со стороны нервной системы, возникающих после антирабических прививок, до сих пор остается неясным и дискуссионным.

Настоящая работа посвящена исследованию 16 больных с нервной патологией после антирабических прививок.

Изучение клиники заболевания у этих больных дало возможность выделить случаи острого, подострого течения заболевания и перехода его в хроническую форму. Нервная патология в большинстве случаев возникает во время курса антирабических прививок, в интервале между 8-й и 15-й инъекциями.

Клинически заболевание чаще всего характеризуется как рассеянный энцефаломиелополирадикулоневрит, в некоторых случаях с небольшой менингеальной реакцией. Начало заболевания обычно сопровождается повышением температуры, головными болями, рвотами. Иногда наблюдаются психомоторное возбуждение, затемнение сознания и другие расстройства высшей нервной деятельности (ипохондрически-астенический синдром). К этим явлениям присоединяется церебральная симптоматика. В других случаях на первый план выступают спинальные симптомы или полирадикулоневриты с участием черепно-мозговых нервов. На фоне разлитого поражения нервной системы были выделены следующие синдромы: 1) синдром восходящего паралича; 2) синдром менингоэнцефаломиелополирадикулоневрита; 3) синдром полирадикулоневрита; 4) синдром менингомиелита; 5) случаи изолированного поражения некоторых черепно-мозговых нервов.

Гистопатологические изменения при этом заболевании характеризуются как воспалительный процесс с ведущим звеном в виде дисциркуляторных явлений в связи с поражением сосудистого аппарата. Воспалительные изменения бывают разлитыми, диссеминированными.

Клиническая картина и гистопатологические изменения при осложнениях после антирабических прививок приближаются к энцефаломиелополирадикулоневритам, возникающим после других видов сывороточной и вакцинальной терапии; с другой стороны, они очень сходны с энцефаломиелополирадикулоневритами, возникающими в эксперименте в процессе сенсибилизации и при анафилактических состояниях. Эти исследования подтверждают, что нервная патология при антирабических прививках является по своей природе аллергической. Выдвигая аллергическую гипотезу патогенеза нервной патологии после антирабических

прививок, мы считаем, что низма как целого (возрастативный фон) и от фундамента — коры.

Исходя из этого, темп приятий, направленных на симптоматическим лечением.

С целью профилактики необходимо оберегать от переохлаждения, перегрева и т. д. При появлении головных болей, разбитости темпу прививок.

прививок, мы считаем, что сама аллергическая реакция зависит от организма как целого (возраст, перенесенные заболевания, эндокринно-вегетативный фон) и от функционального состояния его нервной системы, в первую очередь — коры головного мозга.

Исходя из этого, терапия заболевания должна слагаться из мероприятий, направленных на десенсибилизацию организма в сочетании с симптоматическим лечением.

С целью профилактики осложнений при антирабических прививках необходимо оберегать прививаемых от возможных вредностей в виде переохлаждения, перегревания на солнце, интеркуррентных инфекций и т. д. При появлении же во время курса прививок общего недомогания, головных болей, разбитости следует переходить к менее интенсивному темпу прививок.

Syndrome com-
n. 62, № 6, 1949.
rdjian, M. D.,
ases, Archives of

с отеком дис-

вивках

классифика-
нервной систе-
пор остается

ных с нервной

о возможность
и перехода
нстве случаев
тервале между

как рассеян-
ная с неболь-
сопровождат-
тами. Иногда
знания и дру-
рически-астени-
ральная симп-
от спинальные
мозговых нер-
выделены сле-
2) синдром
полирадикуло-
анного пораже-

и характеризу-
де дисциркуля-
рата. Воспали-
ыми.

ия при ослож-
к энцефало-
видов сыворо-
очень сходны с
эксперименте
яниях. Эти ис-
антирабических
двигаая аллерги-
антирабических