

Сабитов А.У., Илларионова И.В., Бацкалевич Н.А.

Дифференциальная диагностика полиомиелита и редкой очаговой формы клещевого энцефалита (клинический случай)

Кафедра инфекционных болезней и клинической иммунологии ГБОУ ВПО УГМУ Минздрава России, г. Екатеринбург; МАУ ГКБ № 40, г. Екатеринбург

Sabitov A.U., Illarionova I.V., Batskalevich N.A.

Differential diagnosis of poliomyelitis and rare focal forms of tick-borne encephalitis (clinical case)

Резюме

В данной статье представлено описание редкого клинического случая очаговой полиомиелитической формы клещевого энцефалита, протекающего с поражением поясничного отдела спинного мозга, потребовавшего дифференциальной диагностики с полиомиелитом, а также с нейросифилисом.

Ключевые слова: клещевой энцефалит, полиомиелит, нижний парапарез

Summary

This article describes a rare clinical case of focal poliomyelitis forms of encephalitis occurring not typical, with a lesion of the lumbar spinal cord, requiring differential diagnosis with polio, and neurosyphilis.

Key words: tick-borne encephalitis, poliomyelitis, lower paraparesis

Введение

Свердловская область является одной из наиболее эндемичных территорий Российской Федерации по клещевому энцефалиту (КЭ) и клещевому боррелиозу [1,2,3,4]. Ежегодно растёт число пострадавших лиц от укусов клещей и регистрируется повышение заболеваемости по этим нозологическим формам. Ежегодно среди населения проводится плановая иммунизация против клещевого энцефалита, посредством которой достигается снижение летальности и развития тяжелых форм болезни. Однако врачам-клиницистам по-прежнему приходится сталкиваться с различными формами клещевого энцефалита у не привитых лиц. Среди данного контингента регистрируются самые тяжелые очаговые формы данного заболевания [3,4].

Как известно, при полиомиелитической форме заболевания классическим является поражение шейных сегментов спинного мозга с характерной клинической картиной параличей и парезов мышц шеи и плечевого пояса. [4,5] В данном случае представлено описание очаговой формы клещевого энцефалита, при которой произошло поражение поясничного отдела спинного мозга.

История болезни

Пациент, мужчина 29 лет, 09.06.2014 года поступил в клинику инфекционных болезней МАУ ГКБ № 40 из

неврологического отделения Полевской ЦГБ с жалобами на общую слабость, головную боль, тошноту, повышение температуры, слабость и боли в нижних конечностях, больше справа.

В анамнезе болезни: острое начало (2.06.2014) с появления слабости и болей (в основном в области бедра) в правой нижней конечности. 3.06.2014 присоединилась слабость в левой нижней конечности. В последующие дни слабость в нижних конечностях нарастала, сохранялась боль в правом бедре. С 5.06 – отсутствие движений в правой нижней конечности. На пятый день от начала заболевания (с 6.06) стала беспокоить сильная головная боль, с 7.06 – отсутствие движений в ногах (перестал вставать). Самостоятельно больной температуру не измерял, но при поступлении 8.06.2014 в Полевскую ЦГБ впервые выявлена фебрильная лихорадка (38,0), была выполнена лумбальная пункция (в цереброспинальной жидкости был выявлен цитоз 378 клеток), и с подозрением на полиомиелит, нижний вялый парапарез, направлен в ГКБ №40.

Из эпидемиологического анамнеза: пациент – гражданин Узбекистана. 10.03.2014 – приехал в Екатеринбург, проживал в съемной квартире, 1.04.14 – переехал в г. Полевской, где проживал со своей семьей (ребёнок и жена здоровы), отмечал пребывание в лесной зоне (она находилась недалеко от дома). Контакт с инфекционными

больными отрицает. Прививки в Узбекистане в детстве (со слов) получал, о ревакцинации не знает.

В мае 2014 года больной как эмигрант был обследован в ОЦ СПИД на ВИЧ (результат отрицателен), сифилис. При серологическом обследовании сифилис был обнаружен антитела, что послужило основанием для постановки диагноза – поздний скрытый сифилис и проведения лечения цефтриаксоном.

При поступлении в ходе объективного обследования состояние больного было средней тяжести. Со стороны соматического статуса отклонения были выявлены только со стороны желудочно-кишечного тракта в виде задержки стула (отсутствует в течение трех дней), болезненности при глубокой пальпации живота, обложенности языка густым белым налетом.

Неврологический статус: сознание ясное, ориентирован, адекватен. Имелась грубая ригидность затылочных мышц, при этом симптомы Кернига, Брудзинского были отрицательны. Зрачки $d=s$, 3 мм, с удовлетворительной фотореакцией. Чувствительная сфера без изменения, $d=s$. Ведущим отклонением в неврологическом статусе был асимметричный вялый нижний парализ: паралич правой четырехглавой мышцы бедра – 1 балл, слева парез четырехглавой мышцы – 4 балла; парез правой ягодичной мышцы – 3 балла, гипотония этих мышц. Сила икроножных мышц, предбедренных мышц удовлетворительна. Сухожильные рефлексы с верхних конечностей $d=s$, умеренны. С правой нижней конечности коленный и ахиллов рефлексы не вызываются, с левой нижней конечности коленный рефлекс удовлетворительный, ахиллов – снижен. Кремастерный рефлекс справа вялый. Брюшные рефлексы сохранены. Функцию тазовых органов контролирует (тазовых расстройств нет).

С учетом клинической картины заболевания: лихорадка, болевой синдром, двигательные нарушения в виде вялого, асимметричного, мозаичного нижнего парализа с преимущественным поражением проксимальных отделов при сохраненной чувствительности, выставлен предварительный диагноз: Острый полиомиелит, спинальная форма. Однако, с учетом указания в анамнезе на наличие серологических маркеров позднего скрытого сифилиса было принято решение о необходимости проведения дифференциального диагноза с нейросифилисом.

С поступления в стационар была начата инфузионная, дегидратационная, антибактериальная терапия.

Результаты дополнительных методов обследования оказались следующими:

Электронейромиография: в мм. rectus femoris, tibialis anterior, abductor hallucis, gastrocnemius, extensor digitorum brevis регистрировались изменения, характерные для поражения мотонейронов передних рогов спинного мозга.

МРТ поясничного отдела позвоночника: обнаружены признаки миелопатии на нижне-грудном уровне
Из лабораторных данных:

В общем анализе крови: лейкоциты – $6,19 \cdot 10^9/\text{л}$, эритроциты – $5,24 \cdot 10^{12}/\text{л}$, гемоглобин 147 г/л , гематокрит 43,5%, тромбоциты $391 \cdot 10^9/\text{л}$, СОЭ 7 мм/ч, палочкоядер-

ные нейтрофилы 2%, сегментоядерные нейтрофилы 63%, эозинофилы 2%, лимфоциты 29%, моноциты 4%.

11.06 была проведена лумбальная пункция: в цереброспинальной жидкости выявлен цитоз 189 клеток, лимфоциты 79%, нейтрофилы 21%, белок 1000,0 мг/л. Взяты пробы ликвора на индикацию энтеровирусов, клещевых инфекций, сифилиса.

ПЦР ликвора, кала на энтеровирусы – отрицательные результаты.

Вирусологические исследования ликвора и смывных вод на энтеровирусы (11.06) – отрицательный результат (ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии в Свердловской области»).

Ликворологическое исследование на сифилис: РМП – отрицательный результат, ИФА – отрицательный результат, РПГА ++, РИФц – отрицательный результат. После консультации с врачом-дерматовенерологом диагноз нейросифилиса был снят.

11.06 получены результаты ИФА крови на вирус клещевого энцефалита (КЭ) из двух лабораторий:

– ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии в Свердловской области: IgM – положительный результат, коэффициент позитивности – 9,75; IgG – отрицательный результат.

– МБУ Клинико-диагностический центр: IgM – положительный результат, коэффициент позитивности – 8,1; IgG – отрицательный результат.

С учетом клинической картины заболевания (лихорадка, наличие серозного менингита, неврологическую симптоматику), данных дополнительного собранного эпидемиологического анамнеза (пребывание в лесной зоне г. Полевской, отсутствие вакцинации против КЭ), положительные серологические результаты на КЭ, выставлен диагноз: Клещевой энцефалит, полиомиелитическая форма, нижний парализ, средне-тяжелая форма. Сопутствующее заболевание: скрытый поздний сифилис.

Тактика дальнейшего лечения согласована с неврологом:

- 3-кратное введение п/клещевого гамма-глобулина 1:320 10,0 мл в/м.

- Циклоферон 2,0 в/м по стандартной схеме на 21 день.

- Преднизолон 150 мг в/в 2 р/сут на 3 дня.

- Клексан 40 мг/сут п/к.

В дальнейшем на фоне проводимой терапии отмечается положительная клиническая динамика в виде купирования лихорадки, головной боли, улучшения общего самочувствия, но нижний парализ сохраняется.

Взяты парные сыворотки для ИФА на КЭ в лаборатории ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии в Свердловской области»:

17.06: IgM – положительный результат, коэффициент позитивности – 9,6; IgG – отрицательный результат.

27.06: IgM – положительный результат, коэффициент позитивности – 11,2; IgG – 1/200.

Проведена контрольная лумбальная пункция (26.06): цитоз 37 клеток, лимфоциты 93%, нейтрофилы 7%, белок 1330 мг/л.

Получены окончательные результаты исследования (ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии в Свердловской области»): в реакции нейтрализации в парных сыворотках антител к полиомиелиту всех трёх типов не обнаружено. С учётом полученных лабораторных данных диагноз полиомиелита снят.

К моменту выписки состояние пациента удовлетворительное. Жалобы на слабость в нижних конечностях. Общее самочувствие хорошее (полный регресс общей мозговой симптоматики, купирование лихорадки), но сохраняется нижний парализ (справа до 2 б, слева до 4 б), сухожильные рефлексы с нижних конечностей: справа не вызываются, слева – ахиллов снижен. Выписан для дальнейшего лечения у невролога, дерматовенеролога по месту жительства.

Выводы

1. Исходом очаговой (полиомиелитической) формы КЭ у данного пациента станет его инвалидность.
2. В Свердловской области существует настороженность врачей-клиницистов по отношению к полиомиелиту.
3. Данный клинический случай доказывает необходимость проведения активной иммунизации против клещевого энцефалита мигрантов, находящихся на территории Свердловской области.■

*Сабитов А.У., Илларионова И.В., Бацкалевич Н.А.
Кафедра инфекционных болезней и клинической иммунологии ГБОУ ВПО УГМУ Минздрава России, г. Екатеринбург; МАУ ГКБ № 40, г. Екатеринбург*

Литература:

1. Е.С. Шелкова, О.Л. Ковтуз, В.В. Романенко. Клинико-эпидемиологические особенности клещевого энцефалита в Свердловской области в периоде массовой иммунизации. Неврологический вестник -2007-Т. XXXIX, вып.1- С. 75-79
2. <http://www.regnum.ru/news/medicine/1920417.html>
3. Н.М. Колясникова, Л.С. Каравь, Т.А. Шопенская и соавт. «Структура современных популяций вируса клещевого энцефалита на среднем Урале и в западной Сибири» ГУ Институт полиомиелита и вирусных энцефалитов им. М.П.Чумакова РАМН, ФГУН Центральный институт эпидемиологии Роспотребнадзора, Москва. (<http://encephalitis.ru/index.php?newsid=1924>)
4. Позднякова Л.Л., Спиридонова Э.А., Бурмистрова Т.Г. и соавт. «Клещевой вирусный энцефалит у взрослых» Клинические рекомендации, 2014; гл. 4.2-4.3, с.15 - с.26
5. Н.Д. Ющук, Ю.А. Венгеров. Инфекционные болезни: национальное руководство. –М.: ГЭОТАР – Медиа, 2010 - С. 896 - с.906