

Острый поперечный миелит – редкое осложнение туберкулезного процесса

О.В. Возгомент

ГОУ ВПО «Пермский государственный
медицинский университет
им. акад. Е.А. Вагнера Росздрава», Пермь

На базе экспертной оценки представлено описание клинического наблюдения редкого осложнения туберкулезного процесса (фиброзно-кавернозного туберкулеза обоих легких) – острого поперечного миелита. Клиницистами был установлен диагноз синдром Гийена–Барре (острая воспалительная демиелинизирующая полирадикулоневропатия) в виде восходящего паралича Ландри, который, как показали результаты аутопсии, оказался ошибочным. С учетом повышения регистрируемой смертности среди больных туберкулезом от тяжелых неврологических осложнений представленная работа, возможно, будет дополнять спектр клинических проявлений туберкулезной инфекции и способствовать улучшению диагностических и профилактических задач.

Ключевые слова: туберкулез, миелит, диагностика, экспертиза.

Acute Transverse Myelitis – a Rare Complication of Tuberculosis

O.V. Vozgoment

Perm State Medical University
named after Academician E.A. Wagner, Perm

A description of clinical observation of a rare complication of tuberculosis (fibrous-cavernous tuberculosis of both lungs) – acute transverse myelitis – is presented based on expert evaluation. Clinicians diagnosed the patient with Guillain–Barré syndrome (Acute Inflammatory Demyelinating Polyradiculoneuropathy) in the form of Landry's ascending paralysis, which, as shown by the results of the autopsy, was erroneous. Considering the increase in the recorded mortality among tuberculosis patients caused by severe neurological complications, the presented work will probably add to the spectrum of clinical manifestations of tuberculosis infection and contribute to the improvement of diagnostic and preventive tasks.

Keywords: tuberculosis, myelitis, diagnostics, examination.

Туберкулез — одна из самых распространенных инфекций в мире: по данным ВОЗ, к настоящему времени треть населения планеты инфицирована туберкулезом, общая численность больных превышает 20 млн, ежегодно туберкулезом заболевают 8–9 млн и умирают 3 млн человек [1–3]. 95% больных туберку-

лезом живут в развивающихся странах [2, 4]. Нередко туберкулезу сопутствует патология нервной системы, однако по многим причинам диагностируется она нечасто. По некоторым данным, поражение центральной нервной системы (ЦНС) встречается у 5% взрослых больных и у 30% детей [2, 3]. Поражения нервной системы туберкулезной этиологии возникают при наличии в организме очага туберкулеза и имеют, следовательно, вторичный характер [5, 6]. Туберкулезное поражение нервной системы наблюдается значительно реже туберкулеза других органов. Его основными, лучше всего изученными формами являются туберкулезный менингит, солитарный туберкул и поражение спинного мозга при туберкулезном спондилите [7, 8]. Реже наблюдаются и менее изучены атипичные формы поражения центральной нервной системы туберкулезной этиологии, протекающие с различными неврологическими синдромами. [6, 8]. К таким осложнениям туберкулезного процесса можно отнести острый поперечный миелит. Миелит – воспаление спинного мозга, вызванное бактериями или вирусами. Патология встречается с частотой не более пяти случаев на миллион населения. Причиной его могут быть инфекционные заболевания с первичным (герпес, полиомиелит) или вторичным (туберкулез, сифилис, скарлатина, грипп, тиф, корь) распространением на спинной мозг; инфекция в спинной мозг попадает гематогенным путем, т.е. заносится с током крови [6, 9]. Именно такая патология явилась объектом экспертной оценки клинического случая с неверной постановкой прижизненного диагноза. Ниже приводится описание этого **клинического случая**.

Больной В., 45 лет, поступил в туберкулезную больницу 15.10.2013 г. с диагнозом: Инфильтративный туберкулез S1–2 правого легкого, фаза распада. МВТ +/- . Лекарственная устойчивость к Н, К, S, E (изониазид (Н), канамицин (К), стрептомицин (S), этамбутол (E)»). После обследования выставлен диагноз: Инфильтративный туберкулез S1–2, S6 правого легкого, S1–2 левого легкого, фаза рассасывания и уплотнения с формированием туберкулем. МВТ +/- . Лекарственная устойчивость к Н, К, S, E. ГДУ IA (группа диспансерного учета). Назначено лечение по ФПЛ IV РХТ (фаза продолжения терапии IV режима химиотерапии туберкулеза). Лечение принимал крайне нерегулярно, оформлен отказ от проведения противотуберкулезной терапии. С 30.01. 2013 г. диагностируется инфильтративный туберкулез верхней доли правого легкого, S1–2 левого легкого, фаза распада справа. МВТ +/- . Лекарственная устойчивость к Н, К, S, E. Инвалид II группы. На фоне отказов от лечения течение туберкулеза развивалась устойчивость к препаратам: изониазид, рифампицин, этамбутол, стрептомицин, капреомицин, циклосерин, фторхинолоны. Рентгенологически с 25.05.2015 г. признаки ограниченного пневмоторакса с ателектазом средней доли правого легкого. 26.06.2015 г. выполнен торакоцентез плевральной полости справа, дренирование правой плевральной полости. 03.08.2015 г. дренаж удален. Рентгенологически слабopоложительная динамика, легкое расправлено. Заключение от 06.08.2015 г.: справа легкое расправлено, в нижних отделах плевральная полость фиброзируется, определяется утолщение плевры ниже шестого ребра. В легком справа в верхней доле сохраняется гигантская полость 6,5×5,0 см, стенки фиброзные утолщены до 0,6 см. За III ребром определяется полость 1,5×1,0 см. Ближе к корню на месте второй полости определяется мелкофокусная тень. В ателектазированных сегментах нижней доли полостные образования сохраняются, размеры немного уменьшились. Слева на уровне верхушки и первого ребра, определяются

компактно расположенные очаги и фиброз. На уровне II–III ребер сохраняется затемнение линейно-очаговой структуры, на фоне которого сохраняются мелкие полостные образования в виде «сот». Корни легких плохо дифференцируются, инфильтрированы. Средостение умеренно смещено вправо.

С 28.08.2015 г. появилась неврологическая симптоматика: слабость в нижних конечностях, трудности при ходьбе. 29.08.2015 г. ходит с помощью костылей, стала нарастать слабость в верхних конечностях. 30.08.2015 г. утратил способность к самопередвижению и самообслуживанию. Неврологический статус: в сознании, ориентирован. Определяется слабовыраженная менингеальная симптоматика – симптом Кернига под углом 160° с обеих сторон, симптом Брудзинского нижний с обеих сторон; ригидности задних мышц шеи нет. ЧМН: зрачки $d=s$, фотореакции вялые; движения глазных яблок в полном объеме; конвергенция сохранена; нистагма нет; сглажена (опущена) левая носогубная складка; выраженный бульбарный синдром – дисфагия, дисфония, близкая к афонии, менее выраженная дизартрия; язык по средней линии, без фасцикуляций в нем. Симптомов орального автоматизма нет. Афазии нет. Выраженный смешанный (преимущественно вялый) тетрапарез, несколько более выраженный слева, в сочетании с выраженной слабостью задних и передних мышц шеи. Тетрапарез преимущественно проксимальный, более выраженный в бедрах, плечах, с периодическими фасцикуляциями в голених (при неудобном положении ног). Сухожильные рефлексы с конечностей угнетены, преимущественно коленные, бицепс-рефлексы. Слабовыраженные патологические кистевые (Россолимо) и стопные (Бабинского) рефлексы с двух сторон. Убедительных чувствительных и тазовых нарушений не выявлено. Пальце-носовая проба с двусторонней интенцией; пяточно-коленную пробу выполнить не может. Не может сесть, встать (28.08.15 г. мог вставать), изменить свое положение в постели; уже не может удерживать кружку, ложку. Нуждается в круглосуточном постоянном постороннем уходе.

Диагностирован синдром Гийена-Барре (острая воспалительная демиелинизирующая полирадикулоневропатия) в виде восходящего паралича Ландри, быстро прогрессирующее злокачественное течение: выраженный смешанный проксимальный (преимущественно вялый) тетрапарез, умеренный (возможно, выраженный) бульбарный синдром, дыхательная недостаточность слабовыраженная.

От неоднократно предложенной диагностической люмбальной пункции больной отказался. С момента поступления в анализы мокроты на МБТ методом микроскопии и посева – постоянное бактериовыделение, лекарственная устойчивость.

ОАК от 01.09.2015 г.: СОЭ – 55 мм/ч, Нб – 115 г/л, эр. – $3,85 \times 10^{12}$, Л – $31,6 \times 10^9$, э. – 3%, п. – 20%, с. – 68%, л. – 7%, м – 3%.

ОАМ от 05.08.2015 г.: кислая, у.в. – м/м, белок – нет, сахар – нет, лейкоциты – 2–3–5 в п/зр., эр. – ед. в п/зр., эп. – 3–4–5 в п/зр.

Б/х АК от 24.08.2015 г.: билирубин – 8,6 ммоль/л, АСТ – 29 Е/л, АЛТ – 21 Е/л.

ЭКГ от 14.08.2015 г.: Синусовая тахикардия. ЧСС – 111 в минуту.

Проводилось лечение: 1) преднизолон в/в кап. на физрастворе 250–500 мл по схеме; 2) зифиллин 2,4% – 10,0 + физраствор 250,0 в/в кап. до 25 дней; 3) прозерин 0,05% – 1,0 п/к или в/м 2 р/д 20–30 дней; 4) комбилипен 2 мл в/м №10; 5) актовегин 10,0 в/в №10; 6) цераксон 500 мг/4 мл в/в №10; 7) ноохолин 1000 мг/4 мл в/в №10; 8) милдронат 5 мл в/в №10;

9) консультация невролога через 7–10 дней; 10) при развитии бульбарного паралича – интубация трахеи, назогастральный зонд.

На фоне проводимого лечения состояние больного прогрессивно ухудшалось. Нарастали явления острой дыхательной недостаточности и наступила смерть больного.

Реанимационные мероприятия не проводились в связи с тем, что было установлено неизлечимое прогрессирующее заболевание.

Посмертный диагноз. Основной: Синдром Гийена-Барре (острая воспалительная демиеликизирующая полирадикулоневропатия) в виде восходящего паралича Ландри, быстро прогрессирующее злокачественное течение: выраженный смешанный проксимальный (преимущественно вялый) тетрапарез, умеренный (возможно, выраженный) бульбарный синдром.

Конкурирующий: Фиброзно-кавернозный туберкулез правого, S_{1-2} левого легких, фаза инфильтрации. МБТ(+ / +), л/у: Н, R, E, S, Cap, Pt, Cs, Fq (Cap – капреомицин, Pt – протионамид, Cs – циклосерин, Fq – препараты из группы фторхинолонов).

Осложнения: Острая дыхательная и сердечная недостаточность.

Сопутствующий: Клиническое излечение спонтанного ограниченного пневмоторакса справа. Хронический вирусный гепатит «В», «С», латентное течение.

Диагноз патологоанатомический. Основной: Острый поперечный восходящий миелит шейно-грудного отдела.

Конкурирующий: Фиброзно-кавернозный туберкулез верхней и средней долей правого легкого; инфильтративный туберкулез верхней доли левого легкого.

Осложнения: Токсическая селезенка. Дистрофия и венозное полнокровие паренхиматозных органов. Отек легких.

Сопутствующий: Хронический вирусный гепатит «В», «С».

Комментарий. Непосредственной причиной смерти больного явилась дыхательная недостаточность, обусловленная острым поперечным восходящим миелитом шейно-грудного отдела, который в свою очередь, очевидно, явился осложнением туберкулезного процесса. Следовательно, основным диагнозом у больного Б. следует считать фиброзно-кавернозный туберкулез, осложнившийся острым поперечным восходящим миелитом шейно-грудного отдела и острой дыхательной недостаточностью.

В данном случае имеется расхождение клинического и патологоанатомического диагнозов. Синдром Гийена-Барре (острая воспалительная демиелинизирующая полирадикулоневропатия) в виде восходящего паралича Ландри и острый поперечный восходящий миелит – это разные заболевания, хотя весьма схожи по клиническим проявлениям. Миелит – это воспаление спинного мозга, при котором патологический процесс захватывает большую часть его поперечника, поражает белое и серое вещество, а также корешки и оболочки. Различают первичные и вторичные миелиты. Природа первичного миелита до конца не изучена, но предполагается, что возбудителями являются нейротропные вирусы. Вторичный миелит может развиваться на фоне кори, бешенства, скарлатины, брюшного тифа, гриппа, ВИЧ-инфекции, сифилиса, туберкулеза, болезни Лайма, диффузных болезней соединительной ткани и др. Летальность составляет от 30 до 80% [6, 9].

Синдром Гийена-Барре (СГБ, острый полирадикулоневрит) – острая аутоиммунная воспалительная полирадикулоневропатия, проявляющаяся вялыми парезами, нарушениями чувствительности, вегета-

тивными расстройствами, т.е. речь идет о патологии периферической нервной системы [3, 9, 10, 11]. Отличается он от миелита отсутствием проводниковых нарушений чувствительности, спастических явлений и тазовых расстройств [9].

Различают следующие клинические варианты СГБ:

- острая воспалительная демиелинизирующая полиневропатия – наиболее частая, классическая форма;
- острая моторная аксональная невропатия;
- острая моторно-сенсорная аксональная невропатия;
- синдром Миллера–Фишера – сочетание арефлексии, мозжечковой атаксии, офтальмоплегии при слабовыраженных парезах.

Заболевание имеет множество синонимов: синдром Гийена–Барре, синдром Гийена–Барре–Штроля, синдром Ландри–Гийена–Барре, синдром Ландри–Гийена–Барре–Штроля, острый полирадикулоневрит, острая постинфекционная полинейропатия, острая воспалительная демиелинизирующая полинейропатия и все это синонимы одного и того же заболевания. Летальность при этом составляет 2–3%. Примерно у 25% больных с этой патологией требуется проведение ИВЛ. Погибают они от ОДН и пневмонии [9, 10, 12].

Дифференцировать эти заболевания по клинической картине очень сложно вследствие во многом общности симптоматики. Дифференциальную диагностику можно было бы осуществить с помощью МРТ или КТ с контрастированием, методов недоступных в конкретных условиях.

Недостатки оказания медицинской помощи в данном случае очевидны. Это не полнота обследования больного. Не проведено как указывалось МРТ или КТ с контрастированием, исследование ликвора. В результате установлен ошибочный диагноз. Не проводилось мониторирование жизненно важных функций. Больного своевременно следовало перевести в реанимационное отделение, применить ИВЛ. Естественно, это вряд ли повлияло бы на исход, который был предопределен отказом больного от лечения основного заболевания, что, видимо, обусловлено асоциальным статусом пациента. Впрочем, целью настоящей работы был не анализ качества оказанной медицинской помощи при конкретном осложнении туберкулезного процесса, а описание возможного редкого осложнения, которое обычно связывают с поражением спинного мозга при туберкулезном спондилите. Можно полагать, острый поперечный миелит в данном случае явился следствием гематогенного заноса инфекции из основного очага, т.е. из легких, но не исключено, что это результат воздействия туберкулезной интоксикации [2]. Следует отметить, что проблема поражения нервной системы актуализируется в связи с новой и как указывается в литературе очень опасной эпидемией туберкулеза во всем мире, что в свою очередь увеличивает вероятность возникновения неврологических проявлений этого заболевания [7, 8, 13]. Высокий уровень заболеваемости связан со снижением эффективности лечения больных туберкулезом, вызванным ростом числа больных с лекарственно-резистентным туберкулезом, ограниченным числом противотуберкулезных препаратов и недостаточным соблюдением правил их применения [7, 14]. В этой связи, значительно изменилось клиническое течение туберкулеза, увеличилось число остро прогрессирующих и генерализованных форм, а также случаев поражения нервной системы. В настоящее время, кроме специфических видов поражения нервной системы

при туберкулезе, отмечено учащение развития различных неспецифических поражений нервной системы [7]. Повышение смертности среди больных туберкулезом от тяжелых неврологических осложнений, отмеченное в патолого-анатомических материалах клинических больниц г. Москвы, делает весьма значимым изучение характера неврологических нарушений при туберкулезе [14, 15]. В русле этого изучения представленная работа, возможно, будет дополнять спектр клинических проявлений туберкулезной инфекции и способствовать улучшению диагностических и профилактических задач.

Литература

1. Левашев Ю.Н., Репин Ю.М. Руководство по легочному и внелегочному туберкулезу. СПб.: ЭЛБИ-СПб, 2006. / Levashov Yu.N., Repin Yu.M. *Rukovodstvo po legochnomu i vnelegochnomu tuberkulezu*. SPb.: ELBI-SPb, 2006. [in Russian]
2. Лихачев С.А., Ивашинко А.В. Медицинские новости. – 2008. – № 9. – С. 37–44. / Likhachev S.A., Ivashinko A.V. *Meditsinskie novosti*. 2008; 9: 37–44. [in Russian]
3. Цинзерлинг В.А., Чухловина М.Л. Инфекционные поражения нервной системы: вопросы патологии, патогенеза и диагностики: руководство для врачей. СПб.: Эл-Би-СПб. 2005. / Tsinzerling V.A., Chukhlovina M.L. *Infektsionnye porazheniya nervnoj sistemy: voprosy patologii, patogeneza i diagnostiki: rukovodstvo dlya vrachej*. SPb.: EL-BI-SPb. 2005. [in Russian]
4. Pszolla N., Strecker W., Hartwig E., Kinzl L. *Unfallchirurg*. 2000; 103 (4): 322–325.
5. Перельман М.И., Корякин В.А. Фтизиатрия. М.: Медицина, 1996. – 505 с. / Perel'man M.I., Koryakin V.A. *Ftiziatriya*. M.: Meditsina, 1996; 505. [in Russian]
6. Пономарев В.В. Редкие неврологические синдромы и болезни. СПб. Фолиант, 2005. – 214 с. / Ponomarev V.V. *Redkie neurologicheskie sindromy i bolezni*. SPb. Foliant, 2005; 214. [in Russian]
7. Хохлов Ю.К. Особенности поражения нервной системы при туберкулезе на современном этапе. Автореф. дис. докт. М.: 2002. – 42 с. Khokhlov Yu.K. *Osobennosti porazheniya nervnoj sistemy pri tuberkuleze na sovremennom etape*. Avtoref. dis. dokt. M.: 2002; 42. [in Russian]
8. Чичановская, Л. В. Клинические особенности и патогенетические механизмы поражения периферической нервной системы при впервые выявленном туберкулезе : Автореф. дис. канд.. Саратов, 2002. – 26 с. / Chichanovskaya, L. V. *Klinicheskie osobennosti i patogeneticheskie mekhanizmy porazheniya perifericheskoy nervnoj sistemy pri vpervye vyyavlennom tuberkuleze* : Avtoref. dis. kand.. Saratov, 2002; 26. [in Russian]
9. Неврология. Национальное руководство. ГЭОТАР-Медиа, 2010. – С. 746–754. / *Nevrologiya. Natsional'noe rukovodstvo*. GEOTAR-Media, 2010; 746–754. [in Russian]
10. Дамулин. И.В. Синдром Гийена–Барре: клинические особенности, диагностика, прогноз. Неврологический журнал. – 2013. – № 6. – С. 4–8. / Damulin. I.V. *Sindrom Gijena–Barre: klinicheskie osobennosti, diagnostika, prognoz*. *Nevrologicheskij zhurnal*. 2013; 6: 4–8. [in Russian]
11. Штульман Д.Р., Левин О.С. Неврология. Справочник практического врача. — МЕДпресс-информ, 2007. — С. 398–404. — 960 с. / Shtul'man D.R., Levin O.S. *Nevrologiya. Spravochnik prakticheskogo vracha*. — MEDpress-inform, 2007. — S. 398–404. — 960 s. [in Russian]
12. Пирадов М.А. Синдром Гийена–Барре. 2003. – 214 с. / Piradov M.A. *Sindrom Gijena–Barre*. 2003; 214. [in Russian]
13. Васильев А.В. Проблемы туберкулеза. – 1999. – № 3. – С. 5–7. Vasil'ev A.V. *Problemy tuberkuleza*. 1999; 3: 5–7. [in Russian]
14. Чуканов В.И. Основные принципы лечения больных туберкулезом. Русский медицинский журнал. – 1998. – Т. 6. – №17. – С. 1138–1142. / Chukanov V.I. *Osnovnye printsipy lecheniya bol'nykh tuberkulezom*. *Russkij meditsinskij zhurnal*. 1998; 6: 17: 1138–1142. [in Russian]
15. Ерохин В.В., Земскова З.С. Патологическая анатомия туберкулеза. М.: 1998. – 112 с. / Erokhin V.V., Zemskova Z.S. *Patologicheskaya anatomiya tuberkuleza*. M.: 1998; 112. [in Russian]

Сведения об авторе:

Возгомент Олег Васильевич – к.м.н., доцент кафедры Анестезиологии-реаниматологии СМП ФДПО ГОУ ВПО, Пермь