

СЛУЧАИ ИЗ ПРАКТИКИ

УДК: 616.98:579.852.13Clostridium-07

ВОЗМОЖНЫЕ СЛОЖНОСТИ В ДИАГНОСТИКЕ СТОЛБНЯКА

А.М. Гусниев¹, Л.У. Улукханова¹, Н.С. Карнаева¹, С.Г. Агаева¹,
А.Г. Гаджимирзаева¹, А.Х. Магомедова²

¹ГБОУ ВПО «Дагестанский государственный медицинский университет»,
Махачкала.

²ГБУ Республиканская Клиническая Больница.

Приведено описание двух необычных и трудных для диагностики случаев с клинической картиной столбняка.

Ключевые слова: столбняк, противостолбнячная сыворотка

POTENTIAL DIFFICULTIES IN DIAGNOSIS OF TETANUS

A.M. Gusniev¹, L.U. Ulukhanova¹, N.S. Karnayeva¹, S.G. Agaeva¹, A.G. Gadzhimirzayeva¹,
A.H. Magomedova²

¹SFEI PZY "Dagestan state medical university", Makhachkala

²State-financed institution Republican clinical hospital, Makhachkala

The article describes two uncommon and difficult for diagnosis cases of diseases with clinical features of tetanus.

Key words: tetanus, antitetanic serum

В нашей практике врачей-инфекционистов были два необычных и трудных для диагностики случая с клинической картиной столбняка. Одному пациенту мы все же выставили диагноз - столбняк, другому – этот диагноз был снят.

Приводим описание этих случаев.

Случай №1. Здесь пойдет речь о молодом человеке 17 лет – А.Ю., из сельской местности. Он летом 2016 года наступил на дно разбитой бутылки находящейся в луже. В травматологическом пункте ему промыли рану перекисью водорода, ввели столбнячный анатоксин, перебинтовали ногу и надели лангету. Профилактическая доза противостолбнячной сыворотки (ПСС) не вводилась, т.к. из амбулаторной карты было известно, что пациент получил все возрастные прививки. В течение 1 недели он был под наблюдением травматолога. Рана успешно заживала.

Однако через 2 недели на фоне ясного сознания появился легкий тонико-клонический приступ судорог всего тела, причем начался он с больной ноги. Общая продолжительность приступа была меньше 1 минуты. В следующие 2 дня судороги повторились в такой же форме, как и первый раз, причем не более 1 раза за сутки. Всего за 3 дня было 3 приступа судорог. Затем они прекратились. Но через 10 дней молодой человек обнаружил в ране кусочек стекла, который он сам вынул с помощью пинцета. В тот же день произошел уже знакомый ему приступ судорог. Обеспокоенные родители привезли А.Ю. в Махачкалу, в Республиканский центр инфекционных болезней. На руках у них было направление из сельской больницы – столбняк?

На момент осмотра в приемном отделении центра общее состояние пациента было удовлетворительным, отсутствовала клиническая картина столбняка, т.е. судороги, тризм, затрудненное глотание, повышение тонуса мышц и т.д. Возникло сомнение в диагнозе столбняка. Кроме того выяснилось, что мать пациента страдает эпилепсией. Были приглашены невролог и психиатр, проведена ЭЭГ. Однако консультация этих специалистов и проведенная ЭЭГ не внесли ясность в вопрос о происхождении судорог. Приводим заключение ЭЭГ: регистрируются умеренные изменения БЭА по типу дизритмии экзальтированного характера. Гипервентиляция выявляет признаки дисфункции и повышенной активности глубинно-стволовых и дизэнцефальных структур. Консилиум принял решение о введении противостолбнячной сыворотки, поскольку имелся четкий эпиданамнез (загрязненная рана

ноги, а, как известно, столбняк — это раневая инфекция), характерный инкубационный период и тонико-клонические судороги.

Пациенту ввели 50 тыс. МЕ ПСС в/м. Аллергических реакций на пробы и на введение лечебной дозы сыворотки не было. Все стандартные анализы (общеклинические и биохимические) были в норме. После введения ПСС в течение 1 недели наблюдения судороги не повторялись. Было принято решение о выписке больного из стационара.

Спустя 1 неделю после выписки родители вновь привезли А.Ю. в РЦИБ. Дело в том, что у него опять однократно в легкой форме повторились судороги. При этом он обнаружил в ране на стопе очередной осколок стекла (младший брат случайно наступил на стопу А.Ю. и у того возникла острая боль, что явилось поводом провести ревизию раны на стопе). Странно, что А.Ю. не чувствовал осколка в ноге. Он спокойно ходил, наступая на больную ногу. После извлечения этого кусочка стекла судороги больше не появлялись. Амбулаторное наблюдение инфекционистов, неврологов и epileptологов в течение 3 месяцев после перенесенной болезни каких либо патологий и рецидивов судорог у пациента не выявило. Было констатировано выздоровление.

Заключение. Сразу возникает вопрос - могли ли бутылочные осколки сами по себе вызвать тонико-клонические судороги у нашего пациента? На этот вопрос травматологи и неврологи дали однозначный ответ – нет! Неврологи и epileptологи отрицали и epileptический генез судорог. В то же время инфекционисты не смогли исключить диагноз столбняка легкой формы, поскольку заболевание протекало у иммунизированного в прошлом молодого человека, причем с соответствующим эпиданамнезом и тонико-клоническими судорогами. В связи с этим был выставлен диагноз: Столбняк Легкая форма.

Случай №2. 26 мая 2015 года в одну из сельских больниц Дагестана был доставлен больной С.И., 54 лет. Направительный диагноз: Острая пневмония, судорожный синдром. В связи с повышенной температурой – выше 39 градусов и периодических судорог, врач скорой помощи перед госпитализацией ввел больному литическую смесь из анальгина, димедрола и папаверина, а также – сибазон. Госпитализацию произвели в отделение реанимации. Дежурный врач-реаниматолог выставил предварительный диагноз: Судорожный синдром неясного генеза. Острая пневмония? Назначена симптоматическая и антибактериальная терапия.

На следующий день больного осматривают: заведующий реанимационным отделением, инфекционист, невролог и терапевт. Заподозрен столбняк. Из Дагестанского центра медицины катастроф (ДЦМК) вызван инфекционист, который подтверждает диагноз столбняка. Назначается специфическая терапия: внутривенно и частью внутримышечно введено до 100 тысяч МЕ противостолбнячной сыворотки (ПСС). Частота и интенсивность судорог постепенно стали уменьшаться. После купирования полностью судорог, больной был выписан из стационара. Спустя 1 мес. после выписки он приступил к работе. В течение более 3 месяцев состояние С.И. было хорошим. Однако спустя 3 месяца после основного заболевания приступы судорог повторились, и пациент был повторно госпитализирован в ту же больницу. Повторное поступление С. вызвало у всех врачей удивление. Возникли сомнения в диагнозе.

Мы, конечно же, подняли литературу по столбняку, пытаюсь выяснить, описывались ли рецидивы этого заболевания в прошлом. Вот, что нам удалось выяснить. В учебнике инфекционных болезней под редакцией Е.П. Шуваловой (2001) сказано – рецидивы столбняка бывают крайне редко, их патогенетическая сущность неясна. Г.Н. Цыбуляк в своей монографии «Столбняк» (1971) пишет, что первые упоминания о рецидивах столбняка он нашел в работах Rose (1897). До 1937 года в мировой литературе сообщалось о 48 таких больных. Рецидивы тетануса описали также Martin, McDowell (1954), Menghi, Fantuzzi (1957). Г.Н. Цыбуляк считает, что о рецидивах столбняка можно говорить лишь тогда, когда интервал между двумя приступами болезни бывает абсолютно бессимптомным и составляет несколько недель или месяцев. Случай столбняка, который мы здесь приводим, сопровождался интервалом между первым и вторым приступами болезни более чем в 3 месяца.

Чтобы понять обоснованность диагноза столбняк мы должны привести ниже подробное описание клинической картины заболевания у пациента С.И. при первой госпитализации. Он поступил в центральную районную больницу 26 мая 2015 года с жалобами на приступы судорог, охватывающих все тело, включая верхние и нижние конечности, повышение температуры и кашель. Больной 3 дня назад был простужен, беспокоили кашель и повышенная до субфебрильного уровня температура. Принимал бисептол, мукалтин и аспирин. 26 мая вечером температура повысилась до 39-40° С и появились судороги. «Скорая» ввела С.И. литическую смесь и сибазон, после чего доставила его в больницу с диагнозом: пневмония, гипертермический и судорожный синдромы.

При осмотре в приемном покое: сознание ясное, контактен, адекватен. Пациент нормостенического телосложения. Кожные покровы и склеры обычной окраски, зев обычной окраски, язык слегка обложен у корня белым налетом, влажный. Тризма и дисфагии вне приступов судорог нет. По другим органам и системам: над легкими единичные преходящие сухие хрипы, ЧДД 18 в 1 мин. Тоны сердца несколько приглушены, ритм правильный, ЧСС 84 в 1 мин., АД 120/70 мм.рт.ст. Живот мягкий, безболезненный, печень и селезенка не увеличены. Стул и диурез в норме. Менингеальных знаков нет.

Очаговая симптоматика не наблюдается. Периферических отеков нет. Лимфатические узлы не увеличены. Мышцы тела не напряжены, тонус обычный. Симптом Пастернацкого отрицательный.

С.И. отрицает перенесенные в прошлом черепно-мозговые травмы. С интервалами от нескольких минут до нескольких часов у больного, при полном сознании появляются приступы мучительных судорог. Лицо искажается маской страдания, на лбу появляется испарина. Из сомкнутых губ выходит приглушенный стон. Мышцы всего тела тонически напряжены и тянут тело то в одну, то в другую сторону, придавая ему причудливые позы, в том числе вид арки - опистотонус. Продолжительность приступа около 1 мин. Затем приступ прекращается и больной успокаивается. Он способен говорить, пить воду, принимать пищу как прежде. Однако страх повторения судорог у С.И. все же присутствует. Количество приступов в первые дни болезни превышало 15 за сутки. Они начинались спонтанно и так же внезапно прерывались. Удивление вызывало отсутствие тризма вне приступов заболевания. Да и во время них сомкнутый и растянутый рот больше напоминал гримасу боли, чем тризм.

В первые же дни больного осмотрели невролог и терапевт. Невролог не нашел очаговой неврологической симптоматики ни по данным ЭЭГ и МРТ-головного мозга, ни по клиническим данным. Предположения об эпилепсии и истерии также были отвергнуты. Терапевт после получения рентгенографии легких исключил пневмонию. УЗИ органов брюшной полости – без патологии. В первых анализах крови отмечался небольшой лейкоцитоз (примерно $11,0 - 15,0 \times 10^9/\text{л}$) при невысоком СОЭ (примерно - 20 – 22 мм/ч). В дальнейшем общий анализ крови был в пределах нормы, общие анализы мочи и кала без отклонений от нормы. Биохимические анализы с определением билирубина, АЛТ, АСТ, креатинина, мочевины, глюкозы, амилазы и общего белка соответствовали диапазону нормы.

Из анамнеза установлено, что С.И. работает садовником в санатории «Чайка». Перед заболеванием стриг садовыми ножницами кусты. В ходе этой работы многократно получал ранения рук и ног колючками, из-за этого у него на конечностях обнаруживались многочисленные ранки и царапины уже покрытые корочками. Пациент сообщил, что на территорию санатория порою заходит скот местных жителей. Выяснилось также, что еще в 2011 году пациент стал отмечать головную боль и головокружения. Обследование его проводилось в неврологическом отделении одного из махачкалинских стационаров. Для выяснения диагноза были сделаны МРТ головы и ЭЭГ, однако кроме повышения внутричерепного давления ничего другого не выявили. Получал кавинтон, мексидол, диакарб, а в последующем циннаризин. Самочувствие от проводимого лечения улучшилось, головные боли и головокружения прошли. До 2015 года чувствовал себя относительно не плохо, пока в мае не произошел первый выше описанный приступ судорог.

Клиническая картина и эпидемиологический анамнез в определенной мере соответствовали диагнозу столбняка, смущало только одно: отсутствие тризма. С учетом этих данных была назначена терапия: противосудорожные и обезболивающие средства, противостолбнячная сыворотка, антибиотика. Противостолбнячная сыворотка (ПСС) введена в общей дозе 100 тыс. МЕ в/в капельно на физиологическом растворе, дробно в течение 2-х дней. Ежедневно делались инъекции противосудорожных средств (реланиум, оксibuтират и тиопентал натрия и др.). Положительная динамика отмечалась не сразу. Интенсивность и частота приступов заметно уменьшились только через 10 дней от начала лечения. Спустя 2 недели количество приступов не превышало 5 за сутки, длительностью около 10 секунд. На 17 день госпитализации приступы судорог полностью прекратились. Всего больной провел в стационаре 21 день и был выписан в удовлетворительном состоянии.

Прошло почти 3 месяца. Реконвалесцент чувствовал себя хорошо и поэтому вновь приступил к работе садовника. В один из дней С.И. пригласили на свадьбу, где, как обычно, громко играла музыка. Из-за возникшей от шума головной боли он вышел на улицу. Там, на улице, внезапно начался знакомый ему приступ тонического напряжения всего тела (со слов больного перед началом приступа возникло какое-то острое чувство грусти). Срочно была вызвана «скорая», которая доставила С.И. в ту же больницу, где он ранее лечился 3 месяца тому назад.

При повторном поступлении клиническая картина рецидива заболевания была аналогична той, что имела место в мае с той лишь разницей, что интенсивность приступов судорог была меньше и отсутствовало повышение температуры. На этот раз ПСС мы не вводили, вместо нее был назначен столбнячный анатоксин (СА). Анатоксин был введен трехкратно в дозе 1,0 мл п/к через день. В лечении использовались также противосудорожные средства. С каждым днем количество и интенсивность приступов снижались. Через 1 неделю судороги прекратились и на 9 день стационарного лечения пациент был выписан.

С того времени прошло еще 3 месяца, судорог не было и можно было бы о них забыть. Однако в последующем, с различными интервалами рецидивы болезни возобновились.

Дальнейшая история болезни связана уже с Астраханским лечебно-консультативным центром «Нейромед». С.И. обратился туда в связи с тем, что полного выздоровления от судорог не происходило. Жалобы были прежние: на тонические судороги с вытягиванием всего тела после психотравмирующих моментов, без утраты сознания, на непостоянную тупую головную боль в области затылка, иногда сопровождающуюся головокружением. Неврологический статус был следующий: сознание

ясное, менингеальных знаков нет, зрачки одинаковой величины, фотореакция сохранена, движения глазных яблок в полном объеме. Небольшая асимметрия носогубной складки, язык по средней линии. Двигательных и чувствительных нарушений нет. Сухожильные рефлексы живые, без четкой разницы сторон. Патологических знаков нет. В позе Ромберга устойчив. Точные пробы выполняет.

Проведены МРТ головного мозга и ЭЭГ. Заключение по МРТ: единичные гипоксо-ишемические микроочаги в лобных и правой височной долях. Умеренно выраженная открытая наружная гидроцефалия. Искривление носовой перегородки. Заключение по ЭЭГ: умеренные диффузные изменения биоэлектрической активности мозга. Акцент патологической активности в лобно-височной и затылочной областях. Гипервентиляция выявляет пароксизмальную активность в лобно-височной области. Дисфункция ствола.

Различные общеклинические, биохимические, гормональные анализы были в пределах нормы.

Неврологами был выставлен клинический диагноз: хроническая ишемия головного мозга с головными болями напряжения, умеренными эмоционально-мнестическими нарушениями, невротическим синдромом, изменениями на МРТ. Остеохондроз шейного и поясничного отдела позвоночника с синдромом кранио-цервикалгии и люмбалгии.

Было назначено лечение: актовегин, кортексин, винпоцетин, глицин, цераксон, кардиомагнил, ИРТ, магнит на воротниковую зону, массаж воротниковой зоны. Рекомендован контроль АД, МРТ и ЭЭГ в динамике. Больного выписали домой в удовлетворительном состоянии. И все же эффект от лечения, как и раньше, был непродолжительный. По настоящее время у С.И. периодически повторяются приступы судорог, но меньшей интенсивности, чем раньше. Неврологи, в том числе и epileptологи не могут точно определить диагноз, несмотря на многочисленные обследования пациента.

Заключение. С учетом вышеизложенного следует считать, что у данного пациента имеет место скорее конверсионное (диссоциативное) расстройство, неуточненной природы, ранее трактовавшееся как истерический невроз, а не эпилепсия и столбняк. Согласно классификации псевдоэпилептических приступов (A.Kanner, J. Perra, 2000) конвульсивные психогенные псевдоэпилептические приступы подразделяются на 5 типов: а) подобные тоническим, б) клоническим, в) тонико-клоническим припадкам, г) гипер- моторный и д) смешанный типы.

Конверсионное расстройство (истерический невроз) – психогенное заболевание с разнообразной симптоматикой, напоминающее самые различные расстройства, при отсутствии органической причины болезни. Чаще появляется в молодом возрасте, преимущественно у пациентов, для которых характерна эмоциональная неустойчивость, повышенная демонстративность. Считается, что в основе истерического невроза лежит психологический конфликт, связанный с чрезмерно завышенными претензиями личности, сочетающимися с недооценкой или полным игнорированием объективных реальных условий или требований окружающих. Его отличают превышение требовательности к окружающим над требовательностью к себе и отсутствие критического отношения к своему поведению. Кроме того, следует отметить, что в основе конверсионного расстройства возможно имеет место генетическая предрасположенность и неблагоприятный преморбидный фон, обусловленный перенесенной черепно-мозговой травмой.

Таким образом, нам пришлось быть свидетелями рецидивирующего течения заболевания неврологической природы (в данном случае – конверсионное расстройство) с клинической картиной столбняка.

Выводы.

1. Диагноз столбняк должен выставляться коллегиально: инфекционистом и неврологом.
2. Рецидивы столбняка надо признать казуистикой и воспринимать их следует с большой осторожностью, так как возможен иной генез судорог.
3. Поскольку ранняя лабораторная диагностика столбняка по настоящее время весьма затруднительна, то при наличии соответствующего эпиданамнеза и клинической картины, учитывая потенциальную тяжесть болезни в случае позднего начала лечения, рекомендуется все же ввести противостолбнячную сыворотку.

Литература.

1. Дюкова Г.М. Основные принципы диагностики в неврологии. Избранные лекции. Эйдос-Медиа, 2006. - С.316-337.
2. МКБ-10/ICD-10 (10 пересмотр). Классификация психологических и поведенческих расстройств. Клинические описания и указания по диагностике. ВОЗ, Россия., С.Пб., Оверлайд, 1994. - С.303.
3. Цыбуляк Г.Н. Столбняк: Медицина, 1971- 287 с.
4. Ющук Н.Д., Венгеров Ю.Я. Лекции по инфекционным болезням. 4 издание. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. –Т.1.- С.382-392.
5. Cook T.M., Protheroe R.T., Handel J.M. Tetanus: a review of the literature / T.M. Cook, R.T. Protheroe, J.M.Handel // British Journal of Anaesthesia. - 2001. – Vol.87, №3. – P.477-487.

6. Marulappa V.G., Manjunath R., Babu N.M., Maligegowda L. A ten year retrospective study on adult tetanus at the epidemic disease (ED) hospital, Mysore in Southern India: a review of 512 Cases // Journal of Clinical and Diagnostic Research. - 2012. Vol. 6, №8. – P. 1377-1380.

7. Thiago Lisboa, Yehli Ho, Filho G.T.H. et al. Guidelines for the management of accidental tetanus in adult patients // Revista Brasileira de Terapia Intensiva. – 2011. – Vol. 23, №4. –P. 394-409.

Сведения об авторах:

Гусниев Абдурагим Магомедзагирович –к.м.н., доцент кафедры инфекционных болезней ГБОУ ВПО «Дагестанский государственный медицинский университет», г. Махачкала Тел. 8-903-480-66-24
