

УДК: 616.74-009.7

МИОГЕННЫЕ БОЛИ В ПРАКТИКЕ ВРАЧА

Т.А. Захарычева¹, А.С. Широкова², Н.В. Левун², М.В. Лазарева²

¹ФГБОУ ВО «Дальневосточный государственный медицинский университет» Минздрава РФ, Хабаровск, Российская Федерация

²КГБУЗ «Краевая клиническая больница № 2», Хабаровск, Российская Федерация

Представлены два клинических случая спорадической миалгии, подозрительной на энтеровирусную этиологию, у больных пожилого возраста с коморбидными состояниями, возникшими в период эпидсезона энтеровирусных инфекций. В первом случае возможен пищевой, а втором случае водный путь передачи инфекции.

Ключевые слова: энтеровирусная инфекция, эпидемическая миалгия, миалгия, пожилой возраст, коморбидность

MYOGENIC PAIN IN MEDICAL PRACTICE

T.A. Zakharicheva¹, A.S. Shirokova², N.V. Levun², M.V. Lazareva²

¹FSBEI HE Far Eastern medical university of Ministry of health of the Russian Federation, Khabarovsk;

²Krai government-owned publicly funded health care institution «Regional hospital № 2», Khabarovsk, Russian Federation

The article presents two clinical cases of sporadic myalgia suspicious for enterovirus etiology in elderly patients with comorbid conditions occurred during the epidemic season of enterovirus infection. In the first case, food route, and in the second case, the water route of transmission were suspected.

Key Words: enterovirus infection, epidemic myalgia, myalgia, elderly age, comorbidity.

Энтеровирусные инфекции (ЭВИ) имеют важное медико-социальное значение для Дальневосточного федерального округа (ДФО), где они встречаются в виде вспышек или спорадических случаев заболевания. В Хабаровском крае с 1956 года по настоящее время ежегодное количество заболевших лиц достигает сотен и тысяч, в связи с чем, Хабаровский край числен к территориям с высоким уровнем заболеваемости ЭВИ [4]. В эпидемический процесс преимущественно вовлекаются дети. Сезонный подъем заболеваемости продолжается с июня по ноябрь, пик заболеваемости приходится на август [3].

Выделяют множество клинических форм ЭВИ: респираторная, малая болезнь, герпетическая ангина, эпидемическая миалгия, энтеровирусная экзантема, серозный менингит, энтеровирусный энцефалит, паралитические и другие (энцефаломиокардит новорожденных, увеиты, мезаденит, энтеровирусная диарея, гепатиты). Кишечная (6,5%), экзантемная (3,5%), эпидемическая миалгия (3,2%), респираторная (1,1%) формы редко диагностируются как варианты ЭВИ. В то же время герпангина, эпидемическая миалгия и экзантема с синдромом «рука-нога-рот» имеют свои характерные черты [1, 2].

Клинические формы ЭВИ в Хабаровском крае в 2016 году были представлены различными синдромами. Преобладала «герпетическая ангина» с показателем 36,9 на 100 тысяч, серозно-вирусный менингит (СВМ) составил 25,1 на 100 тысяч, «малая болезнь» (энтеровирусная лихорадка) – 9,4 на 100 тысяч; остальные – менее 3,9 на 100 тысяч, в том числе смешанная форма – 0,7 на 100 тысяч [4]. Установлено, что сезонный подъем заболеваемости ЭВИ в регионах ДВФО в 2016 году был вызван разными штаммами энтеровирусов, среди которых в Хабаровском крае преобладал энтеровирус Коксаки В-4 и Коксаки В-5.

Эпидемическая миалгия (плевродиния, болезнь Борнхольма, дьявольский грипп) вызывается преимущественно вирусами Коксаки В (В1, В2, В3, В4 и В5). Заболевание характеризуется острым воспалением мышц (миозит или полимиозит) с интенсивными болями в мышцах грудной клетки и живота, которые нередко имитируют пневмонию или аппендицит, лихорадкой, повышением уровня мышечных ферментов, реже – миоглобинурией; без слабости мышц. Рецидивы редки, возникают через 2-4 недели. Как правило, заболевание заканчивается выздоровлением в течение 5-7 дней, в редких случаях симптомы сохраняются более 1 месяца. У иммунокомпрометированных пациентов энтеровирусы могут запускать аутоиммунное хроническое воспаление мышц с развитием полимиозита или дерматомиозита.

Диагноз заболевания ЭВИ (в том числе эпидемической миалгии) устанавливается на основании клинических признаков, результатов лабораторного исследования (выделение вируса в культуре ткани, обнаружение РНК в ПЦР и при 4-кратном нарастании титра АТ в сыворотке с 2-недельным интервалом), эпидемиологического анамнеза. Однако по степени достоверности диагноза случаи заболевания ЭВИ классифицируются как подозрительные, вероятные или подтвержденные [7, 8].

Дифференциальный диагноз проводят с острой хирургической патологией (острый живот, панкреатит, плеврит, перикардит, аневризма и пр.), инфарктом миокарда, пневмонией.

Лечение симптоматическое - купирование болевого синдрома нестероидными противовоспалительными средствами (НПВС), возможно в домашних условиях. Госпитализации подлежат больные с тяжелыми клиническими формами инфекции [5, 6].

Приводим описание двух спорадических случаев миалгии, подозрительных на ЭВИ, в отсутствие лабораторного обследования на ЭВИ.

Клиническое наблюдение 1. Больная М., 74 лет, пенсионер. Контакт с инфекционными больными отрицает. Заболела остро в конце августа 2016 г. (в период консервации продуктов на зиму) - появились сильные, схваткообразные опоясывающие боли в грудной клетке, в области живота и поясницы с ощущением напряжения («судорог») мышц. Принимала НПВС – без эффекта, температуру не измеряла. В связи с сохраняющимся болевым синдромом 02.09.16 осмотрена бригадой СМП, госпитализирована в неврологическое отделение. Состояние средней тяжести, температура тела нормальная, боли выраженные, купировались введением трамадола. С 07.09.16 – интенсивность болей умеренная. Другие жалобы: умеренные боли в позвоночнике, метеозависимые головные боли, снижение памяти, плохой сон.

Анамнез жизни. Экстирпация матки с придатками (1991). Страдает ревматоидным артритом, ксантоматозным тендинитом, язвенной болезнью желудка. Приверженности к лечению нет. В связи с болями в позвоночнике эпизодически использует «разные болеутоляющие таблетки» и мази.

При осмотре состояние удовлетворительное. Ожирение (рост 164 см, вес 96 кг). Гемодинамические показатели в пределах возрастной нормы. Множественные ксантомы на тыльных поверхностях кистей рук. Передвигается с опорой на трость. Кифосколиотическая деформация позвоночника, сглажен поясничный лордоз, движения в поясничном отделе позвоночника ограничены, умеренно болезненные. Пальпация мышц безболезненная. Боли и ограничение движений при ротации бедер кнаружи. В неврологическом статусе умеренные когнитивные и эмоционально-волевые расстройства; слабость конвергенции с 2-х сторон; грубые рефлекс орального автоматизма; низкие ахилловы рефлекс. Вертеброгенных неврологических симптомов нет.

Результаты лабораторно-инструментального обследования. ЭКГ – диффузные изменения миокарда. В общем анализе крови (ОАК) - лейкоцитоз ($11,9 \times 10^9/\text{л}$), лимфопения (18%), ускоренная СОЭ (37 мм/ч). В биохимическом анализе крови (БАК) повышен уровень трансаминаз (АлТ – 137 МЕ/л, АсТ – 92 МЕ/л) и холестерина ($9,55 \text{ ммоль/л}$); креатинин – $76,9 \text{ мкмоль/л}$, КФК – 65 МЕ/л. Рентгенограммы легких – без патологии. СКТ пояснично-крестцового отдела позвоночника – значительный системный остеопороз, правосторонний С-образный сколиоз, антелистез тела L4 на 4 мм; признаки остеохондроза, субхондрального остеосклероза, спондилеза, деформирующего спондилоартроза; сагиттальный размер позвоночного канала - до 8 мм; грубый атеросклероз аорты. Рентгенограммы тазобедренных суставов – формирующиеся экзостозы на больших вертелах, больше справа. Эзофагогастродуоденоскопия – без патологии. Лабораторное обследование на энтеровирусы не проводилось.

Развитие заболевания в конце августа, ведущий клинический синдромом (миалгия с интенсивными опоясывающими схваткообразными болями в грудной клетке, в области живота и поясницы, которые ни топически, ни клинически не соответствуют уровню дегенеративного поражения позвоночника), результаты общего и биохимического анализов крови позволили диагностировать у больной в качестве **основного заболевания** миалгию (М79.1) и гепатит, подозрительные на смешанную форму ЭВИ. **Сопутствующие заболевания:** 1) Деформирующая спондилопатия с умеренным кифосколиозом грудно-поясничного отдела, тораколюмбалгия с умеренными мышечно-тоническими проявлениями: вторичный остеопороз (при ревматических заболеваниях, после удаления яичников); вторичный сколиоз; спондилолистез; стеноз позвоночного канала приобретенный, без клинических проявлений (без нейрогенной перемежающейся хромоты). 2) Деформирующий остеоартрит тазобедренных суставов. 3) Дисциркуляторная энцефалопатия II стадии на фоне церебрального атеросклероза, умеренные когнитивные и эмоционально-волевые расстройства, рассеянные очаговые микросимптомы, цефалгический, диссомнический.

Клиническое наблюдение 2. Больная Б., 67 лет, пенсионер, имеет дачный участок на берегу Амура. Страдает артериальной гипертензией (АД максимальное = 200/100 мм рт.ст., на фоне регулярного приема гипотензивных средств - стабильное, не превышает 130/90 мм рт.ст.); персистирующей герпетической инфекцией (herpes labialis); нарушением толерантности к глюкозе. Холецистэктомия (1989).

Анамнез настоящего заболевания. Контакт с инфекционными больными отрицает. 31.08.16, после возвращения с дачного участка - углубленный контрольный осмотр у участкового терапевта; в

этот же день введена вакцина от гриппа. Вечером - недомогание, лихорадка 38,0°C; с 01.09.16 – гиперемия в месте инъекции. В дальнейшем сохранялась фебрильная лихорадка (38,5-40,0°C), отмечались подъемы АД, в связи с чем, больная была осмотрена бригадой СМП, рекомендован прием гипотензивных средства и парацетамола; 03.09.16 дважды был жидкий стул; с 04.09.16 – герпетические высыпания на губах. Осмотрена терапевтом, диагностирована «вирусная инфекция», назначен инга-вирин. Самочувствие не улучшалось, сохранялась лихорадка, появились выраженные боли и «спазмы» в мышцах. Повторно осмотрена бригадой СМП 08.09.16, консультирована инфекционистом (температура тела 37,2°C, острая инфекционная патология исключена, диагностирован «миозит неясного генеза»), в госпитализации отказано. В связи с выраженным болевым синдромом в состоянии средней тяжести госпитализирована в неврологическое отделение, где в течение четырех суток сохранялись лихорадка (38,3°C - 37,2°C) и выраженный болевой синдром в мышцах, который купировался введением трамадола. Пневмония исключена. Лечение симптоматическими, антибактериальными, противовирусными средствами. Динамика положительная. С 12.09.16 – нормализация температуры тела, боли в мышцах умеренные.

При осмотре состояние пациентки удовлетворительное. Правильного телосложения, удовлетворительного питания. Пульс 72 уд/мин., АД=130/90 мм рт.ст. На губах (в местах герпетических везикул) - корочки. Движения в позвоночнике в полном объеме, безболезненные, симптомы натяжения отрицательные. Пальпация мышц безболезненная. В неврологическом статусе: легкие когнитивные и эмоционально-волевые расстройства; слабость конвергенции с 2-х сторон; рефлексы орального автоматизма; резко снижены ахилловы рефлексы.

Результаты лабораторно-инструментального обследования. ЭКГ – гипертрофия левого желудочка. Рентгенограммы легких – баз патологии. В ОАК - эритропения (3,6x10¹²/л), лейкоцитоз (15,9x10⁹/л), лимфопения (13%), СОЭ – 51 мм/ч. В ОАМ – белок (0,15 г/л), глюкоза (++) . В БАК - глюкоза – 6,9 ммоль/л, креатинин - 118,8 мкмоль/л. Гликемический профиль – 8,6 – 7,0 – 8,2 – 7,9 ммоль/л. СКТ ГМ – легкие атрофические изменения. От диагностической люмбальной пункции отказалась. Лабораторное обследование на энтеровирусы не проводилось.

Развитие заболевания в сентябре, после пребывания на даче, расположенной на берегу Амура; ведущий клинический синдром (миалгия - выраженные боли и «спазмы» в мышцах), диарея, герпетические высыпания на губах; результаты общего и биохимического анализов крови позволяют диагностировать у больной в качестве **основного заболевания микст-инфекцию** – миалгию (M79.1) и диарею, подозрительные на смешанную форму ЭВИ, в сочетании с герпетической (herpes labialis) инфекцией. **Сопутствующие заболевания:** 1) Артериальная гипертензия III ст., 3 ст., риск IV. 2) Сахарный диабет II типа, диабетическая полиневропатия. 3) Дисциркуляторная энцефалопатия I ст., на фоне АГ III ст., сахарного диабета, с легкими когнитивными, эмоционально-волевыми и глазодвигательными расстройствами.

Имеется ли связь развития основного заболевания с прививкой от гриппа? Чтобы ответить на этот вопрос, вспомним противопоказания к вакцинации: аллергические реакции на введение гриппозных вакцин; возраст младше 6 месяцев; острые лихорадочные состояния или обострение хронического заболевания. Относительными противопоказаниями являются астма, сердечная недостаточность, гипертоническая болезнь II и III стадий с кризовым течением, болезни почек и надпочечников, болезни нервной системы, хронические болезни легких и верхних дыхательных путей, болезни эндокринной системы, болезни крови. Исходя из выше изложенного, у пациентки Б., 67 лет, на момент проведения углубленного медицинского контрольного осмотра 31.08.16 противопоказания к проведению вакцинации отсутствовали.

Известно, что послепрививочные реакции развиваются в 1-3 дни после введения инактивированной вакцины. Они рассматриваются как нормальное явление, а не осложнение или побочное действие; проявляются общими (недомогание, повышение температуры тела) и / или местными (болезненность, уплотнение и / или покраснение в месте укола) симптомами; слабо выражены и проходят самостоятельно. В случае высокой температуры (более 38,0°C) рекомендуют использовать антипиретики (парацетамол, ибупрофен), а сильной болезненности или уплотнения в месте укола - местно НПВС. Системные осложнения прививок чрезвычайно редки; проявляются зудом, крапивницей, анафилактическим шоком, головной болью, парестезиями, судорогами; убедительного подтверждения их связи с вакцинацией не получено.

У пациентки Б., 67 лет, развилась послепрививочная реакция с общими (недомогание, лихорадка 38,0°C вечером 31.08.16) и местными (гиперемия в месте инъекции от 01.09.16) симптомами; системных осложнений не было.

Особенности данного клинического наблюдения следующие: пациентка пожилого возраста, иммунокомпрометированная (персистирующая герпетическая инфекция, сахарный диабет), в момент проведения вакцинации от гриппа внешне была здоровой, но находилась в инкубационном периоде инфекционного заболевания, вероятно, энтеровирусной этиологии. У нее наблюдались послепрививочные реакции (31.08.16 и 01.09.16); 01.09.16 - манифестация инфекции лихорадкой, затем – диареей и миалгией, и активизация герпетической инфекции.

Представленные клинические наблюдения объединяет ряд особенностей. Спорадические случаи миалгии, развившиеся в период эпидсезона ЭВИ (август-сентябрь 2016 г.), с возможным пищевым (первый случай) и водным (второй случай) путями передачи вируса; гендерные (женский пол) и возрастные (пожилой возраст - 74 года и 67 лет, соответственно) особенности пациентов; диагноз при поступлении (дорсалгия вертеброгенная) и клинический диагноз (миалгия); сочетание миалгии с гепатитом (повышение уровня трансаминаз в первом случае) и диареей (во втором случае); относительно длительное сохранение симптомов миалгии (более 10 дней); наконец, коморбидность миалгии с патологией опорно-двигательного аппарата, заболеваниями сердечно-сосудистой и нервной систем (первый случай), и миалгии с персистирующей герпетической инфекцией, сахарным диабетом II типа, заболеваниями сердечно-сосудистой и нервной систем (второй случай).

Литература

1. Протасеня И.И. Энтеровирусная инфекция у детей. – LAP Lambert Academic Publishing / Германия, 2015. – 274 с.
2. Протасеня И.И., Молочный В.П., Троценко О.Е., Резник В.И. Энтеровирусная инфекция у детей: от прошлого к настоящему. – Хабаровск, 2010. – 292 с.
3. Протасеня И.И., Сапега Е.Ю., Константинов С.В. Динамика заболеваемости энтеровирусной инфекцией в Хабаровском крае за последние 10 лет // Дальневосточный медицинский журнал, 2017. - №1. – С.52-54.
4. Сапега Е.Ю., Бутакова Л.В., Троценко О.Е. и др. Прогнозирование проявлений эпидемического процесса энтеровирусной инфекции в ряде территорий Дальневосточного и Сибирского федеральных округов Российской Федерации на 2017 год // Дальневосточный журнал инфекционной патологии, 2017. - №32. – С.24-31.
5. Энтеровирусная инфекция: этиология, эпидемиология, клиника, диагностика, терапия, профилактика. Пособие для врачей. - Хабаровск: ФГУН Хабаровский НИИ ЭМ Роспотребнадзора, 2008. – 106 с.
6. Энтеровирусные инфекции. Руководство для врачей. / Ю.В. Лобзин, Н.В. Скрипченко, Е.А. Мурина. – СПб. НИИДИ, 2012. – 432 с.
7. МУ 3.1.1.2363-08 «Эпидемиологический надзор и профилактика энтеровирусной (неполио) инфекции».
8. СП 3.1.2950-11 «Профилактика энтеровирусной (неполио) инфекции».

Сведения об авторах:

Ответственный автор: *Захарычева Татьяна Адольфовна* – профессор кафедры неврологии и нейрохирургии с курсом ФПК и ППС ФГБОУ ВО «Дальневосточный государственный медицинский университет» Минздрава России, доктор медицинских наук, профессор, тел.: 8-962-501-82-19, e-mail: dolika@inbox.ru