

Случай «tetanus» синдрома в неврологии



Гусниев А.М.¹,
Курмалиев М.М.²,
Атаев М.Г.¹,
Магомедова А.Х.³

¹ ФГБОУ ВО «Дагестанский государственный медицинский университет» Минздрава России, Махачкала;
² ГБУ РД «Карабудахкентская центральная районная больница» Минздрава Дагестана, Карабудахкент, Республика Дагестан;
³ Центр гигиены и эпидемиологии в Республике Дагестан, Махачкала

В статье описывается клинический случай конверсионного расстройства с генерализованными мышечными судорогами, протекавшего под видом столбняка. Проблема в диагностике возникла после появления рецидивов столбняка и отсутствия эффекта от противостолбнячного лечения. Пациент был осмотрен инфекционистами, неврологами и психиатрами. После многочисленных исследований они диагностировали конверсионные расстройства по варианту судорожного синдрома.

Для цитирования: Гусниев АМ, Курмалиев ММ, Атаев МГ, Магомедова АХ. Случай «tetanus» синдрома в неврологии. Экологическая медицина. 2018;1(1):40-44

Для корреспонденции: Гусниев Абдурагим Магомедзагирович, кандидат медицинских наук, доцент кафедры инфекционных заболеваний ФГБОУ ВО «Дагестанский государственный медицинский университет» МЗ РФ, e-mail: dgma@list.ru

Ключевые слова:

столбняк, судороги, противостолбнячная терапия, рецидивы, исследования, инфекционист, невролог, психиатр, конверсионное расстройство.

The case of "tetanus" syndrome in neurology

Gusniev A.M.¹,
Kurmaliev M.M.²,
Ataev M.G.¹,
Magomedova A.Kh.³

¹ Dagestan State Medical University, Makhachkala;
² Karabudakhkent central district hospital, Republic of Dagestan, Russia;
³ Center for Hygiene and Epidemiology in the Republic of Dagestan, Makhachkala

The article describes a clinical case of conversion disorder with generalized muscle cramps occurring under the guise of tetanus. The problem in diagnostics arose after the appearance of relapses of tetanus and the absence of the effect of tetanus treatment. Infectious disease specialists, neurologists and psychiatrists examined the patient. After numerous studies, they diagnosed conversion disorders according to the variant of convulsive syndrome.

For citation: Gusniev A.M., Kurmaliev M.M., Ataev M.G., Magomedova A.Kh. The case of "tetanus" syndrome in neurology. Ecological medicine. 2018;1(1):40-44

For correspondence: Abduragim M. Gusniev, Candidate of Medical Sciences, Dagestan State Medical University, Russian Federation, 367000, Makhachkala, e-mail: dgma@list.ru

Keywords: tetanus, tetanus, seizures, tetanus therapy, relapses, studies, infectious diseases, neurologist, psychiatrist, conversion disorder

В нашей практике был уникальный случай с клинической картиной столбняка рецидивирующей формы.

Вступительная часть

26 мая 2015 года в вечернее время в одну из сельских больниц Дагестана бригадой скорой медицинской помощи был до-

ставлен больной С.И., 54 лет. Направительный диагноз острая пневмония, судорожный синдром.

В связи с повышенной температурой (свыше 39 градусов) и периодическими судорогами врач скорой помощи перед госпитализацией ввел больному литическую смесь из анальгина, димедрола и папаверина, а также - сибазон.

Госпитализацию произвели в отделении реанимации. Дежурный врач-реаниматолог выставил предварительный диагноз: судорожный синдром неясного генеза; острая пневмония? Назначена симптоматическая и антибиотикотерапия.

На следующий день больного осмотрели заведующий реанимационным отделением, инфекционист, невролог и терапевт. Возникли подозрения на столбняк. Из города был вызван инфекционист Дагестанского центра медицины катастроф, который подтвердил диагноз столбняка. Назначается специфическая терапия: внутривенно и частью внутримышечно введено до 100 тысяч МЕ противостолбнячной сыворотки (ПСС). Частота и интенсивность судорог постепенно стали уменьшаться.

Когда приступы судорог полностью прекратились, больной был выписан из стационара. Через 1 мес. после этого он приступил к работе. В течение более 3 месяцев состояние больного было хорошим.

Однако спустя 3 месяца после основного заболевания приступы судорог повторились, и пациент был повторно госпитализирован в ту же больницу. Возникли сомнения в диагнозе.

Мы подняли литературу по столбняку, пытаюсь выяснить, описывались ли рецидивы этого заболевания в прошлом. В учебниках по инфекционным болезням [2, 3] отмечено, что рецидивы столбняка бывают крайне редко, – патогенетическая сущность. Г.Н. Цыбуляк в своей монографии [1] 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 Н.Л. Martin, F. McDowell [5], P. Menghi, B. Fantuzzi [6].

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 [1]. Случай столбняка, который мы здесь приводим, сопровождался интервалами между приступами болезни в несколько месяцев (1-3 месяца).

Основная часть

Приводим 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°C и появились судороги. «Скорая» ввела С.И. литическую смесь и сибазон, после чего доставила его в больницу с диагнозом «пневмония, гипертермический и судорожный синдром».

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, Частота дыхательных движений 18 в 1 минуту. Тоны сердца несколько приглушены, ритм правильный, Пульс 84 в 1 минуту, Артериальное давление 120/70 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный, печень и селезенка не увеличены. Стул и диурез в норме. Менингеальных знаков нет. Очаговой симптоматики со стороны центральной нервной системы нет. Периферических отеков нет. Лимфатические узлы не увеличены. Мышцы тела не напряжены, тонус обычный. Симптом Пастернацкого отрицательный. Больной 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 минуты. Затем приступ прекращается и больной успокаивается. Он способен говорить, пить воду, принимать пищу как прежде. Однако страх повторения судорог у больного 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 приступов 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 электроэнцефалограммы (ЭЭГ) и магнитно-резонансной томографии (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 невысокой скорости оседания эритроцитов (20-22 мм/час). В дальнейшем картина общего анализа крови была в пределах нормы. Все анализы мочи и кала без отклонений от нормы. Биохимические анализы с определением билирубина, аланин- и аспартаттрансаминаз, креатинина, мочевины, глюкозы, амилазы и общего белка соответствовали диапазону нормы.

Из анамнеза установлено, что пациент 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 вышеописанный 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 дней. Многократно в течение каждых суток делались инъекции противосудорожных средств (реланиум, оксидутират и тиопентал натрия и др.). Лечение помогло не сразу. Интенсивность и частота приступов заметно уменьшились только через 10 дней от начала лечения.

Через 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 подкожно 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 наступало.

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 рефлексy 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 гипоксические 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, массаж воротниковой зоны.

Рекомендован контроль артериального давления, МРТ и ЭЭГ в динамике. Больного выписали домой в удовлетворительном состоянии. И все же эффект от лечения, как и раньше, был непродолжительным. По настоящее время у С.И. периодически повторяются приступы судорог, но меньшей интенсивности, чем раньше. Неврологи,

психиатры в том числе и эпилептологи, не могут точно определить диагноз, несмотря на многочисленные обследования пациента.

Заключение

Диагноз «столбняк, рецидивирующая форма» был окончательно снят. С учетом вышеизложенного следует считать, что у данного пациента имеет место конверсионное (диссоциативное) расстройство, неутонченной природы, ранее трактовавшееся как истерический невроз. Согласно классификации псевдоэпилептических приступов А. Капнер и J. Parra [4], конвульсивные психогенные псевдоэпилептические приступы подразделяются на 5 типов: а) подобны тоническим, б) клоническим, в) тонико-клоническим припадкам, г) гипермоторные и д) смешанные 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 с клинической картиной столбняка.

Выводы

Диагноз «столбняк» должен выставляться коллегиально: инфекционистом, неврологом и в некоторых случаях психиатром. Рецидивы столбняка надо признать казуистикой и воспринимать их следует с большой осторожностью, так как возможен иной генез судорог. Поскольку ранняя лабораторная диагностика этого заболевания по настоящее

время весьма затруднительна, то при наличии соответствующего эпиданамнеза и клинической картины столбняка, учитывая по-

тенциальную тяжесть болезни в случае позднего применения специфической терапии, рекомендуется все же ввести противостолбнячную сыворотку.

Литература / References

1. Цыбуляк ГН. Столбняк, М.: Медицина, 1971. 287 с. [Zybulyak GN. Stolbnyak, Medicina, 1971. 287 s. (In Russ.)]
2. Шувалова ЕП. Инфекционные болезни. М., 2005. - 696 с. [Shuvalova EP. Infekcionnye bolezni. Moscow, 2005. - 696 s. (In Russ.)]
3. Ющук НД, Венгеров ЮЯ. Лекции по инфекционным болезням. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016;1:382-392. [Yushhuk ND, Vengerov YuYa. Lekcii po infekcionnym boleznyam. Moscow: GEOTAR-Media, 2016;1:382-392. (In Russ.)]
4. Kanner A.M., Parra J., Frey M, Stebbins G., Pierre-Louis S, Iriarte J. Psychiatric and neurologic predictors of psychogenic pseudo-seizure outcome // Neurology. - 1999. - Vol. 53. №5. -P.933-998.
5. Martin HL, Mcdowell F. Recurrent tetanus: report of a case. Ann Intern Med. 1954 Jul;41(1):159-63.
6. Menghi P, Fantuzzi B. [The so-called anorexic infant and its ponderal growth]. [Article in Italian]. Minerva Nipiol. 1957 May-Aug;7(3-4):59-62.

Сведения об авторах:

Гусниев Абдурагим Магомедзагирович – кандидат медицинских наук, доцент кафедры инфекционных заболеваний ФГБОУ ВО «Дагестанский Государственный Медицинский Университет» МЗ РФ, e-mail: dgma@list.ru;

Курмалиев Марат Мугарамович – заведующий отделением инфекционных заболеваний Карабудахкентской центральной районной больницы, e-mail: tofk-0335@mail.ru;

Атаев Магомедрасул Гаджиевич – кандидат медицинских наук, директор Научно-исследовательского института экологической медицины, доцент кафедры клинической фармакологии ФГБОУ ВО «Дагестанский Государственный Медицинский Университет» МЗ РФ, e-mail: amrg56@mail.ru;

Магомедова Аминат Хисбулаевна – руководитель Республиканского эпидемиологического центра.