

*В.М. Шевага, Є.Х. Заремба,
А.В. Паєнок, А.П. Кузмінський,
М.М. Вірна*

*Львівський національний
медичний університет
ім. Данила Галицького*

ВІРУСНИЙ АРАХНОМІЄЛІТ ШИЙНО-ГРУДНОГО ВІДДІЛУ ХРЕБТА (клінічний випадок)

Резюме

Диференціальний діагноз ураження спинного мозку шийно-грудної локалізації включає широкий спектр захворювань. Діагностика потребує ретельного збору анамнезу, урахування особливостей неврологічної симптоматики, соматичного обстеження та аналізу результатів магнітно-резонансної томографії. У статті розглянуто особливості клінічного перебігу вірусного арахномієліту. Комплексна діагностика та аналіз досліджень сприяє вчасно розпочатому, а відтак і ефективному лікуванню.

Ключові слова

Вірусний арахномієліт, сирингомієлія, шийно-грудний відділ, спинний мозок, клінічний випадок.

При виникненні симптомів ураження спинного мозку першим діагностичним завданням стає виключення компресії спинного мозку (пухлина, абсцес, грижа міжхребцевого диска). Для цього використовують магнітно-резонансну томографію (МРТ) відповідного відділу хребта. Якщо при МРТ не виявлено компресію спинного мозку, але є наявні інтрамедулярні осередкові ураження, диференційний діагноз проводиться в межах п'яти категорій захворювань: демієлінізуючі, судинні, інфекційні, запальні, неопластичні.

Клінічний випадок. Хвора Ф., 48 років, звернулася на консультацію зі скаргами на слабкість та затерпання в нижніх кінцівках, неможливість ходити, порушення функції тазових органів, загальну слабкість.

З анамнезу захворювання відомо, що хворіє з квітня 2018 року, коли помітила болі та затерпання в ділянці живота та спини, що прогресували на праву руку та ногу, потім на ліві кінцівки. Хвора була госпіталізована до стаціонару за місцем проживання, де проведено МРТ шийного, грудного відділів хребта: МРТ-картина множинних сирингомієлічних кіст шийного та грудного відділів спинного мозку, дегенеративно-дистрофічні зміни грудного відділу хребта (остеохондроз, дифузні протрузії, грижі Шморля); та попереково-крижового: дегенеративно-дистрофічні зміни поперекового відділу хребта (остеохондроз, деформуючий спондилоартроз, протрузії дисків). Кила диска L₅-S₁. Арахноїдальна кіста на рівні S₂-S₃ справа.

Враховуючи дані проведеної МРТ хворій діагностовано «сирингомієлію шийного та грудного відділів спинного мозку» з несприятливим прогнозом щодо терапевтичних можливостей і відносно відновлення та життя.

Яке отримувала лікування, не пам'ятає, що призвело до наростання слабкості ніг, у зв'язку з чим вона перестала ходити. 02.05.2018 року хвора звернулася на консультацію до спеціаліста вторинної ланки терапевтичного профілю, звідки була скерована на консультацію до невропатолога та нейрохірурга, після чого хвору госпіталізували до неврологічного відділення Клінічної лікарні швидкої медичної допомоги м. Львова.

Під час консультації хворої невропатологом та нейрохірургом звернули увагу на зазначення хворою того факту, що описані вище скарги з'явилися після перенесеного вірусного захворювання (кашель та підвищення температури тіла до 38 °С), яке пацієнтка перенесла «на ногах» без лікування. Саме наявність вірусного захворювання та підвищення температури тіла, що не притаманно сирингомієлії, дали можливість лікарям засумніватися у вірогідності виставленого діагнозу та продовжити диференційно-діагностичне обстеження.

З анамнезу життя: росла та розвивалась у задовільних соціально-побутових умовах. Спадковий анамнез у батька — рак легень. Алергологічний анамнез: не обтяжений. Перенесені захворювання: у січні 2018 р. послизнулася та впала на спину — турбував біль у плечі та лопатці зліва, у лютому 2018 р. — ГРВІ.

Професійний анамнез: не обтяжений. Вірусний гепатит, венеричні захворювання, туберкульоз, алкоголь, куріння заперечує.

При об'єктивному обстеженні: загальний стан хворої середньої важкості, конституція нормостенічна. Шкіра та видимі слизові оболонки чисті, блідо-рожеві, підшкірно-жирова клітковина розвинута помірно, набряки відсутні, лімфатичні вузли не збільшені, температура тіла — 37 °С. Щитоподібна залоза не збільшена. Кістково-суглобова система без деформацій.

Неврологічний дефіцит: тонус на ногах підвищений за спастичним типом D=S. М'язова сила в ногах знижена, більше зліва. Сухожилкові рефлекс D=S із ніг високі, з розширеними рефлексогенними зонами. Черевні D=S торпідні. КПП не в змозі виконати. Самостійно не стоїть. Хода неможлива. Гіпестезія за сегментарним типом Th₅-Th₁₁ та провідниковим типом Th₁₁ — парестезії за типом «штанів». Затримка сечі та калу.

Дихальна система: дихання через ніс вільне, ЧД — 16 вд/хв, при огляді грудна клітка симетрична, при пальпації неболюча, резистентна, перкуторно над легеньми ясний легеневий звук, аускультативно дихання везикулярне.

Серцево-судинна система: шийні судини без видимої пульсації, ділянка серця без видимих патологічних змін, межі серця не зміщені, аускультативно тони серця ритмічні, дещо ослаблені. ЧСС — 90 уд/хв, АТ — 110/70 мм рт. ст.

Система органів травлення: язик вологий, обкладений білим нальотом. Живіт округлої форми, не збільшений, при пальпації м'який, неболючий. Печінка не виступає з-під краю реберної дуги, селезінка не пальпується.

Сечовидільна система: ділянка нирок без патологічних змін, симптом Пастернацького від'ємний з обох боків, діурез достатній.

Дані додаткових обстежень. Загальний аналіз крові (02.05.2018): гемоглобін — 139 г/л, еритроцити — 4,88 Г/л, лейкоцити — 10,1 Г/л, тромбоцити — 220 Т/л, ШОЕ — 16 мм/год; (07.05.2018): гемоглобін — 129 г/л, лейкоцити — 9,8 Г/л, ШОЕ — 5 мм/год.

Загальний аналіз сечі (03.05.2018): с/ж, мутна, б — 0,132, Ер — поод., Leu — 60-70, епіт. пер. — 2-3, фосфати — значно.

Біохімія крові (03.05.2018): креатинін — 84, сечовина — 6,34, білірубін — 8,11, АЛТ — 1, АСТ — 28, β-ліпопротеїди — 70, тригліцериди — 2,52, холестерин — 5,41, ХС ЛПВЩ — 1,08, ХС ЛПНЩ — 3,18, ЛПДНЩ — 1,15, КА — 4,01. Глікемія (02.05.2018): 4,7 ммоль/л.

Гострофазові показники (02.05.2018): СРБ — до 6, АСЛО — 250, РФ — від'ємна «-», серомукоїди — 0,244.

Ліквор (03.05.2018): с/ж, пр., білок — 0,33, Панді +, цироз — 7, еритроцити — 6-9.

Мікробіологічне дослідження ліквору (14.05.2018): патогенна та умовно-патогенна флора не виявлена.

Мікробіологічне дослідження зіва (08.05.2018): Str. β-гем — 10³, St. aureus — 10⁵, гриби Candida — 10⁵.

Імунологічні дослідження гепатитів (02.05.2018): від'ємні.

Експрес-тест на ВІЛ (14.05.2018): від'ємний.

На консультацію пред'явлено МРТ шийного, грудного та попереково-крижового відділів хребта, виконані на МРТ 1,5 Т, 23.04.2018 р. Вісь хребта не відхилена. Шийний та поперековий лордоз, грудний кіфоз збережені. Співвідношення хребців не порушено. У спинному мозку на рівні С₂ зліва візуалізується вогнище гіперінтенсивного сигналу в Т2 33 протяжністю до 13 мм. Вогнище в лівих відділах спинного мозку на рівні С₄ протяжністю до 17 мм із невираженим потовщенням спинного мозку. Спинний мозок на рівнях С₆-Th₁₁ із протяжним дифузним підвищенням інтенсивності сигналу в Т2 33 та STIR, із незначним маловираженим потовщенням поперечника. Тіло хребця Th₃ з увігнутою верхньою замикальною пластиною, формуванням вузла Шморля у верхній поверхні. Нерівність замикальних пластин тіл Th₇ та Th₈. Інші тіла хребців звичайної конфігурації, висоти та структури, без змін інтенсивності сигналу. Міжхребцеві отвори збережені. Парасагітальна правобічна протрузія диска Th₇-Th₈, до 2 мм, із компресією дурального мішка, без компресії спинного мозку чи нервових корінців. Інтраспінальна центральна протрузія диска L₅-S₁, до 4 мм, без компресії дурального мішка та нервових корінців. Інші міжхребцеві диски збереженої форми, висоти та інтенсивності сигналу. Дугопаросткові суглоби, реберно-хребцеві зчленування збережені, без кісткових розростань та надмірної кількості рідини. Діаметр хребцевих артерій збережений. Просвіт хребтового каналу збережений. Тарлова кіста на рівні S₂₋₃ розміром до 14 мм. Патологічних змін у паравертебральних м'яких тканинах не виявлено. Висновок: Вогнищеві зміни шийного відділу спинного мозку, мієлопатія на рівнях С₆-Th₁₁. МРТ-картина найбільш характерна для мієліту. Протрузії дисків Th₇-Th₈, L₅-S₁. Імпресія верхньої замикальної пластини із формуванням вузла Шморля в тілі хребця Th₃.

МРТ головного мозку: Патологічних змін головного мозку не виявлено.

На підставі виявлених змін у хворої **діагностовано** вірусний арахномієліт шийно-грудного відділу (від 04.04.2018). Глибокий нижній спастичний парапарез. Провідникові та сегментарні порушення чутливості. Порушення функції нижніх кінцівок та ходи. Порушення функції

тазових органів. Поширений полісегментарний остеохондроз хребта, деформуючий спондилоартроз, множинні протрузії міжхребцевих дисків L₃-L₄, L₄-L₅, кила міжхребцевого диска L₅-S₁, арахноїдальна кіста S₂-S₃ справа, хрящові вузли Шморля Th₂, Th₆. Хронічний декомпенсований тонзиліт. Тонзилогенна кардіоміопатія.

Призначено лікування: дексаметазон 16 мг в/м, зовіракс 800 мг в/в, ампіцилін 1,0 в/м, корвітин 0,5 в/в крап., гепа-мерц 10,0 в/в крап., вітаміни групи В, Е, С аквадетрим, афлубін, магнефар, панангін, реабілітація. Під час лікування хвора відмічає покращення, слабкість у ногах зменшується, самотійно ходить (по палаті), болі зменшилися, утримується ниючий незначний біль. Проте на 13-й день проведеного лікування стан різко погіршився: виникли судоми, відновився біль, слабкість та порушилася чутливість у нижніх кінцівках, що призвело до неможливості самотійного пересування. Неврологічний дефіцит: гіпертонус ніг за спастичним типом D=S. Сила ніг знижена, більше зліва. Сухожилкові рефлекс D=S колінні високі, з розширеними рефлексогенними зонами, ахіллові в'ялі. Черевні D=S торпідні. Хо́да утруднена. Гіпестезія за сегментарним типом Th₅₋₁₁. Крампі н/кінцівок. Часткова затримка сечі та калу.

Для продовження лікування та відновлення скеровується до реабілітаційного відділення Лікарні швидкої медичної допомоги м. Львова.

Рекомендовано: дієта № 15, нормалізація режиму, ЛФК, веноплант 2 р/д, нейромідин 20 мг 3 р/д, магнефар В₆ 2 таб. 3 р/д — 1 міс.; консультація інфекціоніста, контроль лабораторних аналізів — амбулаторно.

Після реабілітаційного лікування у хворі утримуються виражені нападаподібні спазмуючі болі в м'язах спини та ніг, судоми, слабкість ніг, важко ходити, відчуття затерпання живота, закрепи, при сильних болях підпускає сечу. 27.06.2018 р. хвора повторно госпіталізована до неврологічного відділу.

При надходженні неврологічний дефіцит, сила з ніг знижена D=S. Сухожилкові рефлекс D=S колінні високі, з розширеними рефлексогенними зонами, ахіллові в'ялі. Черевні D=S торпідні. Хо́да утруднена. Мікроамплітудний позиційний тремор. Гіпестезія за сегментарним типом Th₅₋₁₀ справа, Th₇₋₁₀ — зліва. Крампі н/кінцівок. Пастозність стоп. Закрепи.

Дані додаткових обстежень. Загальний аналіз крові (29.06.2018): гемоглобін — 109 г/л, еритроцити — 4,2 Г/л, ШОЕ — 5 мм/год. Біохімія крові (29.06.2018): креатинін — 86, сечовина — 3,13, білірубін — 13, АлАТ — 15, АсАТ — 6. Глікемія (29.06.2018): 3,5 ммоль/л.

Консультація: проф. Паєнок А.В., терапевт — див. діагноз.

Проведено лікування: L-лізин, вітаміни групи В, тизанідин, прегабалін, карбамазепін. Стан хворої з незначним покращенням — утримується порушення чутливості, функції нижніх кінцівок та ходи.

Рекомендовано: неогабін 150 мг 2 р/д, карбамазепін-ФС 200 мг 2 р/д, сирдалуд 2 мг 2 р/д — 1 міс.

Контроль лабораторних аналізів, гормони ЩЗ та ПЩЗ, електроліти, консультація ендокринолога, гематолога, реабілітолога — амбулаторно.

Обговорення

Точних даних про поширеність тих чи інших етіологічних варіантів мієлопатії в літературі немає. За даними С. Marsel і співавт. (Франція), які вивчили 33 випадки некомпресійної мієлопатії, у 27% виявлено розсіяний склероз (РС), 18% — інфаркт спинного мозку, 9% — інфекційний мієліт, 6% — гострий дисемінуючий енцефаломієліт, 3% — системний червоний вовчак (СЧВ), 3% — оптикомієліт Девіка, 15% — етіологію мієлопатії встановити не вдалося.

Найчастіше ізольоване ураження спинного мозку спостерігається при розсіяному склерозі, поширеність якого в європейських країнах досягає 30 випадків на 100 000 дорослого населення, вогнища в спинному мозку виявляються в 60-90% випадків. Решта причин мієлітів/мієлопатій трапляються в десятки разів рідше, для деяких форм (туберкульозі спинного мозку, нейробореліозі, синдромі Шегрена) описані лише поодинокі випадки.

Синдром ізольованого ураження спинного мозку, особливо коли у хворих середнього віку спостерігаються симптоми прогресуючого спастичного парапарезу, є складним клініко-діагностичним завданням. У цьому випадку першим кроком у алгоритмі діагностичного пошуку є виключення компресійних процесів. Стиснення спинного мозку сусідніми тканинами, як правило, розвивається поступово. Болі при таких ураженнях поширюються по ходу корінців та вздовж хребта, під час кашлю. Розлади тазових органів виявляються на пізніх стадіях (за винятком ситуацій, коли залучаються крижові, поперекові та нижні грудні сегменти), рання недостатність сфінктерів свідчить, що вогнище, імовірно, локалізується інтрамедулярно.

Шийний спондиліоз розвивається переважно у віці понад 50 років, тоді як на РС в основному страждають молоді люди. Крім того, при ньому сегментарно знижуються сухожилкові рефлексі, що є результатом стиснення корінців. Останнє, за невеликими винятками, нетипове для РС.

За наявності спінальних пухлин визначальну роль у диференціальній діагностиці відіграє МРТ, згідно з даними якої більшість хворих

з ізольованими некомпресійними ураженнями спинного мозку та множинними вогнищами в головному мозку мають РС.

Поширеність сирингомієлії в середньому становить 7-9 випадків на 100 тис. населення, чоловіки хворіють частіше (співвідношення чоловіків і жінок становить 2:1). Клінічну маніфестацію хвороби частіше відзначають у молодому віці, у середньому — у 30 років. Неоднозначною є думка про місце самостійного діагнозу сирингомієлії, гідромієлії, її диференціацію із сирингомієлічним синдромом.

Нерідко сирингомієлічний синдром є наслідком перенесених черепно-мозкових травм, травм хребта, поперечного мієліту, хвороби Педжета, спінального мієліту й арахноїдиту, пухлин спинного мозку. Останніми роками до причин виникнення сирингомієлічного синдрому віднесені стеноз хребтового каналу дискогенної природи на шийному рівні та великі вогнища демієлінізації в спинному мозку при РС.

Початок захворювання, як правило, поступовий. Іноді маніфестацію перших симптомів про-

вокують кашель, чхання, фізичне навантаження. До найбільш ранніх змін відносяться схуднення, слабкість дрібних м'язів кисті та втрата чутливості в ній. Рідше першим симптомом є біль або порушення трофіки.

Мієліт — запалення спинного мозку, що спричинено вірусами чи бактеріями. Найчастішою причиною є вірусна інфекція: ентеровіруси (Коксакі А та В, ЕСНО, поліо-, ентеровіруси типу 70 та 71), віруси герпесу (HSV, VZV, CMV, ВЕБ [EBV]), ВІЛ.

Висновок

Для діагностики вогнищового ураження спинного мозку необхідний комплексний підхід, який включає ретельний збір анамнезу (особливо наявності запального процесу з підвищенням температури тіла перед захворюванням), врахування особливостей неврологічної симптоматики, соматичне обстеження, аналізи крові та спинномозкової рідини, МРТ (на апараті від 1,5 Тесла і вище), що сприяє вчасно розпочатому, а відтак і ефективному лікуванню.

Список використаної літератури

1. Горбач И.Н. Дифференциация в неврологии. Болезни: справочное пособие / И.Н. Горбач. — Мн.: Новое знание, 2002. — 478 с.
2. Иванова М.Ф., Симонян В.А., Мурадян И.Э., Зиновьева Н.Н., Евтушенко С.К., Евтушенко И.С., Нестеренко А.Ф. Сирингомиелия и ее маски // Международный неврологический журнал. — 2012. — № 5 (51).
3. Мачерет Є.Л., Панікарський В.Г., Мурашко Н.К. Сирингомієлія на циклах спеціалізації за фахом «загальна практика — сімейна медицина» // Сімейна медицина. — 2007. — № 1. — С. 116-117.
4. Мироненко Т.В., Мироненко М.О., Читаладзе М.Г., Василенко В.Н. Сирингомиелия (Аналитический обзор и клинические наблюдения) // Украинский неврологический журнал. — 2013. — № 2. — С. 70-77.
5. Яхно Н.Н. Болезни нервной системы / Д.Р. Штульман, Н.Н. Яхно. — М.: Медицина, 2001. — Том 1. — 743 с.

Надійшла до редакції 18.02.2020 р.

VIRAL ARACHNOMYELITIS OF THE CERVICAL SPINE (CLINICAL CASE) V.M. Shevaga, Ye.H. Zaremba, A.V. Paenok, A.P. Kuzminsky, M.M. Virna

Abstract

Differential diagnosis of cervical spinal cord localization involves a wide range of diseases. Diagnosis requires careful collection of anamnesis, taking into account the features of neurological symptoms, somatic examination and analysis of the results of magnetic resonance imaging. The features of clinical course of viral arachnomyelitis are considered in the article. Comprehensive diagnosis and analysis of research contributes to the timely initiation and, therefore, effective treatment.

Keywords: viral arachnomyelitis, syringomyelia, cervical and thoracic, spinal cord, clinical case.