

УДК 616.831–002–06:615.372:616.329–007.253

Рідкісний випадок гострого поствакцинального токсико-алергійного енцефалополімієлорадикулонеуриту, ускладненого трахеостравохідною норицею

О. Б. Швецов, С. О. Кравець, Т. І. Фурсова, Н. І. Треліс, М. А. Кенс,
Н. В. Белозьорова, А. С. Шостак

Клінічна лікарня Львівської залізниці, Львів

Ключові слова: поствакцинальний енцефалополімієлорадикулонеурит, трахеостравохідна нориця, антирабічна вакцина, довготривала штучна вентиляція легень.

Поствакцинальні ускладнення — це клінічні прояви стійких патологічних змін в організмі, зумовлених вакцинацією. Великий досвід вивчення поствакцинальної патології у Державному НДІ стандартизації і контролю медичних біологічних препаратів ім. Л. А. Тарасевича (Москва) засвідчив, що вакцинація може стати чинником маніфестації захворювання, яке перебігає приховано, декомпенсації хронічних процесів в організмі. Результати вивчення характеру і причин виникнення поствакцинальної патології дають підставу стверджувати, що діагноз «поствакцинальний енцефаліт», який протягом багатьох років домінує в клінічній практиці, є необґрунтованим, і в названому російському інституті його жодного разу не підтверджено під час патолого-анатомічного розслідування. Винятком була лише антирабічна вакцина «Фермі», що містила залишкову кількість живого фіксованого вірусу сказу і чужорідну мозкову тканину, яка іноді спричиняла інфекційно-алергійний енцефаліт. Однак тепер цю вакцину замінили на культуральну інактивовану вакцину, застосування якої не призводить до таких ускладнень. Але в нашій практиці був клінічний випадок, підтверджений патолого-анатомічним висновком, який доводить, що питання виникнення поствакцинального енцефалополімієлорадикулонеуриту ще є відкритим.

Наведене нижче клінічне спостереження демонструє ще одне рідкісне ятрогенне ускладнення — трахеостравохідну норицю, спричинену довготривалою штучною вентиляцією легень (ШВЛ). Летальність при цьому надзвичайно висока, адже, за даними М. М. Ravitch, тільки в разі ятрогенних перфорацій трахеї вона сягає 58 %.

Наводимо наше спостереження.

Хворого К. віком 37 років, прийнято до неврологічного відділення Клінічної лікарні Львівської залізниці (КЛЛЗ) 29.06.2002 р. з діагнозом «динамічне порушення мозкового кровообігу».

Скарги на час госпіталізації на головний біль, запаморочення, погіршення зору у вигляді двоїння, слабкість. Вважає себе хворим протягом останніх двох днів до госпіталізації, коли з'явилися описані вище скарги. Незадовго до цього (19.06.2002 р.) його покусав кіт. Хворий отримав неповний курс вакцинації проти сказу: антирабічний імуноглобулін 14 мл дом'язово в три різних місця та антирабічну вакцину шість разів по 3 мл навколо білої лінії живота. Доречною є інформація про зловживання алкоголем в минулому з подальшим ефективним лікуванням шляхом кодування. Під час проведення вакцинації проти сказу хворий цю інформацію приховав.

На час госпіталізації: стан середньої тяжкості, температура — нормальна. Хворий має правильну будову тіла, задовільну вгодованість. Шкіра, видимі слизові оболонки — чисті; наявний крововилив у склеру лівого ока. Периферійні лімфовузли — не збільшені. Набряків немає. У легенях вислуховується везикулярне дихання, ЧДР 14 за 1 хвилину. Серцеві тони — ритмічні, звучні. Артеріальний тиск 140/100...120/80 мм рт. ст., ЧСС 80 за 1 хвилину. Язик — вологий, живіт під час пальпації — м'який, не болючий. Печінка — не збільшена. Симптом Пастернацького — негативний. Фізіологічні відправлення — у нормі.

Неврологічний статус на час госпіталізації. Свідомість — збережена, адекватний, доступний контакту. Емоційна сфера: млявий. Очні щілини — рівні, анізокорія: S > D, недостатність конвергенції, нечітка диплопія. Обличчя — симетричне, нормальна чутливість. Слух і нюх не порушені. Системне запаморочення. Утруднене ковтання, сиплий голос. Язичок — відхилений праворуч. Глотковий рефлекс — млявий; повороти голови — повного обсягу в обидва боки. Язик відхиляється праворуч. Мова не порушена. Пальце-носова проба: промахування з обох боків, інтенція спра-

ва, зліва; колінно-п'яткова проба: промахування з обох боків. Хода — атаксично-мозочкова. Активні рухи в кінцівках — повного обсягу. Рефлекси: карпорадіальні, двоголового м'яза, колінні, ахілові — не викликаються. Патологічних знаків немає. Тонус м'язів та сила — у нормі. Біль очних яблук — слабкий (+). Менінгеальні симптоми — негативні. Чутливість: гіпестезія стоп. Паравертебральні точки під час пальпації — не болючі. Напруження м'язів шиї з обох боків. Симптоми натягу — негативні. Гіпергідроз долонь і стоп.

Попередній діагноз: об'ємний процес головного мозку? Диференціювати від поствакцинального енцефаліту і гострого порушення мозкового кровообігу.

Огляд інфекціоніста під час госпіталізації хворого. Ознак гострого інфекційного захворювання немає.

Огляд отоларинголога. Функціональні розлади гортані (парез надгортанника) центрального генезу.

Загальний аналіз крові на час госпіталізації. Еритроцити $4,06 \cdot 10^{12}/л$, Нв 132 г/л, колірний показник 0,9; лейкоцити $10,8 \cdot 10^9/л$; ШОЕ 5 мм/год; паличкоядерні 3%, сегментоядерні 85%, лімфоцити 11%, моноцити 1%.

Аналіз сечі. Лейкоцити 1–2 у полі зору, еритроцити 0–1 у полі зору, епітелій — поодинокі клітини.

Біохімічні показники. Білірубін 24,84 (прямої 12,54) мкмоль/л, сечовина 6 ммоль/л, креатинін 99 ммоль/л, діастаза 14 ммоль/л, АСТ 0,2 ммоль/(л·год), АЛТ 0,3 ммоль/(л·год).

Коагулограма. Протромбіновий індекс 66,7%; фібриноген 4,2 г/л, фібриноген В ++.

Ліквор. Прозорий, безбарвний; загальний білок 0,33 г/л, реакція Панді — негативна, реакція Нонна — Аппельта — негативна, цитоз 6 клітин, глюкоза 3,9 ммоль/л, хлориди 110 ммоль/л.

Окуліст. Диски зорових нервів — ясно-рожеві, з чіткими контурами, судини: співвідношення артерія / вена — 1:2,5. Вени — повнокровні, розширені, сітківка — без змін. Висновок: внутрішня офтальмоплегія (анізокорія); відсутність реакції на світло, відсутність акомодатції.

Магніторезонансна томографія головного мозку від 30.06.02. Інфра- та супратенторіальні відділи головного мозку мають звичайну структуру та розміри, без виразних дифузних та вогнищевих змін. Серединні структури — без зміщення, шлуночкова система не розширена, субарахноїдальні простори — вільні, набряк слизової оболонки правої верхньощелепної пазухи.

30.06.02 консилиум лікарів, беручи до уваги гострий початок захворювання, уведення антирабічної вакцини в анамнезі, наявність вогнищевої стовбурової симптоматики з бульбарними розла-

дами, відсутність застою на очному дні, відсутність патологічних змін на МРТ, встановив діагноз: алергічно-токсичне ураження стовбура головного мозку як наслідок антирабічної вакцинації у вигляді токсико-алергічного енцефаліту стовбура головного мозку (поствакцинального).

Призначено лікування: дексаметазон 24 мг/д, клемастин, пірацетам, «Прозерин», «Маніт», фуросемід, вітамін С, цефтріаксон. Хворого переведено для лікування до анестезіологічного відділення з ліжками інтенсивної терапії КЛЛЗ.

01.07.02 стан хворого погіршується: з'являється парадоксальне дихання, наростають явища дихальної недостатності, насичення крові киснем знижується до 86%. Хворого переведено на штучну вентиляцію легень (ШВЛ) у режимі примусової нормовентиляції. Накладено трахеостому.

01.07.02 консилиум лікарів у складі консультантів з обласної лікарні, кафедр неврології та інфекційних хвороб погодився із встановленим діагнозом. Призначається пульс-терапія «Метипредом» по 250 мг тричі на добу, комбінація антигістамінних препаратів: «Тавегіл», «Піполфен», «Супрастин».

05.07.02 прогресує негативна неврологічна динаміка: з'явився тетрапарез, парез м'язів шиї, язика. Доповнення до діагнозу: токсико-алергічний енцефаломієлополірадикулоневрит. Консультація завідувача відділу інтенсивної терапії Інституту епідеміології та інфекційних хвороб АМНУ. Призначено «Зовіракс» по 500 мг двічі на добу протягом 10 днів, імуноглобулін 1,25 г протягом 5 днів. Результат вірусологічного дослідження ліквору від 09.07.02: наявні ДНК вірусів герпесу, *Herpes Zoster*, ентеровірусів.

Результати додаткових лабораторних обстежень.

02.07.02. Вірусологічне дослідження мазка з глотки: цитопатичні ентеровіруси не виділено.

05.07.02. Вірусологічне дослідження фекалій: цитопатичні ентеровіруси не виділено.

16.07.02. Вірусологічне дослідження парних сироваток крові на антитіла до поліовірусів: приросту антитіл немає.

10.07.02. Протеїнограма. Білок 62,1 г/л; альбумін 61,5 г/л; глобуліни: α_1 4,5; α_2 10,5; β 12,0; γ 11,5 г/л.

10.07.02. Імунограма. IgG 21,86 г/л (норма 10,6–16,3); IgA 2,14 г/л (N 1,11–1,70); IgM 4,24 г/л (N 1,6–3,2).

Довідка з держветлікарні від 05.07.02. Кішку б/п визнано клінічно здоровою — після 10-денного ветнагляду з приводу укусу 19.06.2002 р., про який ішлося вище.

15.07.02. Протягом тижня стан погіршується: тотальна арефлексія, гіпертермія до 38 °С. Правобічний ексудативний плеврит. Проведено пун-

кцію правої плевральної порожнини, евакуйовано до 250 мл вмісту. До лікування додано: «Імпінем» по 1 г тричі на добу, флуконазол, «Фраксипарин», «Берлітрон», «Лінекс», «Хілак». Крім цього, хворий отримує адекватну інфузійну терапію: колоїдні, кристалоїдні розчини, альбумін, суміш амінокислот, енергетичні середники під контролем центрального венозного тиску. Проводиться санаційна бронхоскопія. Загальний аналіз крові: еритроцити $2,3 \cdot 10^{12}/л$, Hb 76 г/л, колірний показник 1,0; лейкоцити $11 \cdot 10^9/л$, ШОЕ 24 мм/год; юні лейкоцити 1%, паличкоядерні 12%, сегментоядерні 77%, лімфоцити 9%, моноцити 1%; анізоцитоз, пойкилоцитоз.

З 26.07.02 спостерігається позитивна динаміка. Хворий розуміє звернену до нього мову, стежить за предметами, виконує команди (показує зуби, язик). 28.07.02. Хворий «говорить» губами, злегка киває головою, усміхається. Відновлюється чутливість на нижніх кінцівках. Перебуває на ШВЛ у допоміжному режимі (2–3 примусових вдихи).

З 04.08.02 стан поступово поліпшується, рухає плечима. Хворого переведено на спонтанне дихання, кисень надходить крізь трахеостомічну трубку.

13.08.02 у хворого на тлі трофічних розладів унаслідок тривалої ШВЛ утворилася трахеостраховідна нориця. Подано запит до НДІ фтизіатрії і пульмонології імені академіка Яновського МОЗУ щодо можливості проведення оперативного лікування нориці. У відповіді на запит оперативне втручання визнано неможливим з огляду на тяжкий загальний стан хворого. Налагоджено харчування крізь назогастральний зонд.

З 29.08.02 прогресує негативна динаміка: атонія, арефлексія, гіпотрофія м'язів. ШВЛ здійснюється у режимі примусової нормовентиляції. Хворому проведено гастростомию за Вітцелем.

14.09.02 у хворого раптово сталася зупинка серцевої діяльності. Завдяки реанімаційним заходам вдалося відновити серцеву діяльність, хоча гемодинаміка підтримувалася за рахунок вазопресорів та адреноміметиків, але стійкої стабілізації гемодинаміки досягти не вдалося.

22.09.02 на тлі наростання серцево-судинної недостатності, незважаючи на інтенсивну терапію, виникла асистолія. Реанімаційні заходи не дають ефекту. Констатовано смерть.

Заключний клінічний діагноз

I. Гострий токсико-алергійний поствакцинальний енцефаломієлополірадикулоневрит.

II. Бульбарний синдром із вітальними розладами дихання та ковтання. ШВЛ з 30.06.02. Трахеостома з 01.07.02. Офтальмоплегія. Тетраплегія. Атонія та атрофія м'язів (скелетних та гладкої

мускулатури). Розлади функцій тазових органів, постійний сечовий катетер від 30.06.02. Двобічна госпітальна рецидивна пневмонія з реактивним випітним плевритом. ДН III. Множинні трофічні розлади шкіри. Піодермія. Висхідний цистопієло-нефрит, уретрально-зовнішня нориця. Назогастральний зонд з 30.06.02. Гастростома за Вітцелем з 16.09.02. Езофаготрахеальна нориця з періодичною аспірацією секрету у верхні дихальні шляхи. Клінічна смерть від 14.09.02 з подальшим відновленням серцевої діяльності. Білково-клітинна дистрофія міокарда, печінки, нирок, м'язів. Сепсис. Вторинний імунний дефіцит. Септицемія. Інтоксикаційний синдром. СН IIa. Кахексія. Поліорганна недостатність. Набряк мозку.

Витяг із клініко-анатомічного епікризису

У чоловіка 37 років розвинувся негнійний, переважно геморагічний, енцефаломієлополірадикулоневрит, морфологічним субстратом якого були множинні дрібні некрози і крововиливи в головному та спинному мозку й корінцях. Ураження головного мозку локалізувалися в білій та сірій речовині обох півкуль та в підкіркових вузлах, у тому числі в дні четвертого шлуночка. Під час гістологічного дослідження виявлено мікрогліально-мононуклеарну проліферацію мозку, місцями (у мозочку) з утворенням дрібних скупчень типу робітничих вузликів, але специфічних для сказу внутрішньоклітинних тілець Негрі не виявлено, що дає підставу розцінювати поствакцинальне ураження мозку як токсико-алергійне.

Висновки

Наведений клінічний випадок демонструє відразу два надзвичайно рідкісних ускладнення: поствакцинальний енцефалополірадикулоневрит низхідного типу (після антиробічної вакцинації) та утворення трахеостраховідної нориці внаслідок довготривалої ШВЛ. Наше спостереження дає підставу наголосити, що під час лікування таких тяжких пацієнтів потрібно передбачати всі ймовірні та неймовірні ускладнення самого лікування. Тому пацієнтам, яким планується довготривала ШВЛ, слід використовувати трахеостомічні трубки з двома манжетами низького тиску. Адже комплексна терапія зумовила сталу позитивну динаміку основного захворювання — поствакцинального полірадикулоневрити (відновлення свідомості, чутливості та рухової активності), яка нівелювалася приєднанням ускладнення у вигляді трахеостраховідної нориці внаслідок довготривалої (2,5 місяця) ШВЛ у пацієнта з порушеною трофікою тканин, що зрештою спричинило смерть. Цього ускладнення, можливо, вдалося б уникнути за наявності відповідних (двоманжетних) трахеостомічних трубок.

Редкий случай острого поствакцинального токсико-аллергического энцефалополимиелорадикулоневрита, осложненного трахеопищеводным свищом

А. Б. Швецов, С. А. Кравец, Т. И. Фурсова, Н. И. Трелис, М. А. Кенс, Н. В. Белозерова, А. С. Шостак

Представлено клиническое наблюдение крайне редкой патологии: острого поствакцинального токсико-аллергического энцефалополимиелорадикулоневрита и трахеопищеводного свища, образовавшегося вследствие длительного проведения искусственной вентиляции легких (ИВЛ). Комплексная терапия основного заболевания привела к регрессированию неврологической симптоматики, однако возникшее ятрогенное осложнение в виде трахеопищеводного свища стало причиной летального исхода.

The rare case of acute postvaccinal toxicoallergic encephalomyeloradiculopolyneuritis and tracheoesophageal fistula

O. B. Shvetsov, S. O. Kravets', T. I. Fursova, N. I. Trelis, M. A. Kens, N. V. Bielozirova, A. S. Shostak

The clinical observation of an exceptionally rare case of acute postvaccinal toxicoallergic encephalomyelopolyradiculoneuritis and tracheoesophageal fistula as a result of prolonged artificial pulmonary ventilation (APV) is presented in the article.

Complex therapy of the underlying disease resulted in regression of neurological symptomatology. However iatrogenic complication in a form of tracheoesophageal fistula brought to lethal outcome.