

Редкий клинический случай хронического нейроборрелиоза, имитирующего лептоменингеальное заболевание

Введение. Протяженное поражение лептоменингеальных оболочек имеет преимущественно неопластическую этиологию и трактуется, как лептоменингеальное заболевание (ЛМЗ). Однако ЛМЗ могут имитировать воспалительные заболевания лептоменингеальных оболочек (системные, инфекционные, аутоиммунные), которые встречаются крайне редко, включая нейросаркоидоз, нейроборрелиоза и гигантоклеточный артериит.

Цель. Оценить трудности диагностики хронического нейроборрелиоза, имитирующего лептоменингеальное заболевание в связи с протяженным обширным длительным лептоменингеальным воспалением.

Клинический случай. Пациент А., 49 лет, считает себя больным с августа 2022 года, когда появилось постепенно нарастающее снижение слуха на оба уха, слабость в ногах, пошатывание при ходьбе, задержка мочеиспускания. Укусы клещей отрицает. С февраля 2024 года ухудшилась динамическая атаксия, в связи с чем в июле 2024 года находился на стационарном лечении в неврологическом отделении областной больницы с диагнозом: аутоиммунный энцефалит неуточненный с двусторонним пирамидным синдромом, легким парезом левой ноги, корково-мозжечковой атаксией, умеренными статолокомоторными нарушениями. НФТО. Нейросаркоидоз? Первичный васкулит ЦНС?

На МРТ головного мозга с контрастированием гадолинием определялось диффузное лептоменингеальное накопление контрастного вещества в задней черепной ямке. На рентгеновской компьютерной томографии (РКТ) органов грудной клетки данных за интерстициальный процесс в легких не выявлено, фиброзная тяжистость нижней доли левого легкого, кальцинаты обоих легких. Осмотр фтизиатра – данные за саркоидоз органов дыхания отсутствуют. Выполненный расширенный онкопоиск каких-либо изменений не выявил. В анализе ликвора был обнаружен высокий уровень белка 1,6 г/л, лимфоцитарный цитоз 68 клеток, (лимфоциты 86%, нейтрофилы 14%). Вирусологическое исследование ликвора отрицательно. Выполненная ПЦР ликвора для ДНК микобактерии туберкулеза отрицательна. Анализы крови на ВИЧ и сифилис – отрицательны. С целью исключения ревматологического заболевания и системной красной волчанки выполнено тестирование ANA, ANCA, и LE клеток в сыворотке крови, уровень которых соответствовал нормальному. Проведенное лечение (пульс-терапия метил преднизолоном 1000 мг № 3) оказалось неэффективным.

В октябре 2024 г. в связи с отсутствием положительной динамики и присоединением болей в области поясницы, похуданием на 10 кг пациент госпитализирован в неврологическое отделение РНПЦ неврологии и нейрохирургии. В неврологическом статусе при поступлении определялось снижение мышечной силы в нижних конечностях до 4 баллов, высокие равновеликие сухожильные и периостальные рефлексы с рук и ног, патологические кистевые и стопные знаки с 2 сторон; гиперестезия по типу «носков», умеренная сенситивная атаксия преимущественно в ногах; НФТО по типу задержки мочи. Осмотр отоневролога: нейросенсорная тугоухость 1-й ст. справа, 2-й ст. слева.

На МРТ головного мозга, шейного, грудного и пояснично-крестцового отделов позвоночника с контрастированием выявлена выраженная отрицательная динамика в виде накопление гадолиния III–XII парами черепных нервов, лептоменингеального усиления оболочек стволовых структур, всех отделов спинного мозга, корешками конского хвоста (рис. 1). В связи с наличием у пациента накопления гадолиния III–XII парами черепных нервов, лептоменингеального усиления на уровне всей нейрооси диагностический поиск был направлен на исключение в первую очередь ЛМЗ и саркоидоза. Пациенту было выполнено ПЭТ/КТ всего тела с фтордезоксиглюкозой (^{18}F -ФДГ), на котором данных за наличие метабоически ^{18}F -ФДГ avidного опухолевого процесса не было выявлено; при цитологическом исследовании ликвора на выявление злокачественных клеток, определялось смешанное воспаление (около 20% лейкоцитов) и цитологическом исследовании стернального пунктата костного мозга изменений не выявлено. Данные исследования позволили исключить ЛМЗ, лимфопролиферативное заболевание и нейросаркоидоз.

В общем анализе ликвора определялось значительное повышение общего белка до 3,4 г/л, значительное снижение глюкозы до 1,82 ммоль/л по сравнению

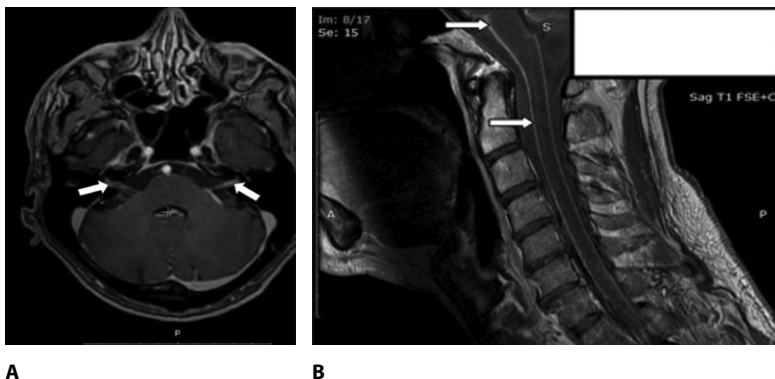


Рис. 1. А – аксиальный срез головного мозга в режиме Ax FSPGR 3D W\IR +C. Стрелками указано накопление гадолиния VII и VIII парами ЧН. В – сагиттальный срез шейного отдела позвоночника в режиме T1 FSE+C. Стрелками указано накопление гадолиния оболочками ствольных структур и шейного отдела спинного мозга

с предыдущим анализом, сохранялся лимфоцитарный плейоцитоз 67. Вирусологическое исследование ликвора на ВПГ 1, 2 и 6-го типа, цитомегаловирус, ВЭБ, ПЦР ликвора для выявления ДНК микобактерии туберкулеза отрицательны. Иммуноблот на интратекальные АТ и ПЦР ликвора на ДНК боррелий – положительны Ig M и Ig G. В анализе крови на Лайм-боррелиоз положительны Ig G (коэффициент позитивности 7,4) и Ig M (коэффициент позитивности 1,4). Анализ крови на АТ к двуспиральной ДНК и антинуклеарные АТ отрицательны. Иммуноблот anti SSA, anti SSB; ANCA скрининг отрицательны.

Результаты. На основании данных анамнеза заболевания, инструментальных и лабораторных методов исследования был установлен диагноз: Хронический нейроборрелиоз 3-й клинической стадии с менингоэнцефалитом и менингомиелитом, протяженным лептоменингеальным воспалением на уровне всей нейрооси, с нейросенсорной тугоухостью 1-й ст. справа и 2-й ст. слева, пирамидной недостаточностью в руках, легким нижним парапарезом, чувствительными нарушениями по полиневритическому типу, умеренной сенситивной атаксией преимущественно в ногах, НФТО по типу задержки мочи.

Проведено лечение: цефтриаксон 2,0 мл внутривенно капельно 2 раза в день, 21 день; пульстерапия метилпреднизолоном 1000 мг внутривенно капельно № 5 с последующим приемом внутрь метилпреднизолона по схеме с постепенным снижением в течение 1 месяца.

При повторной госпитализации через 3 месяца у пациента восстановился слух на оба уха, исчезла боль в области поясницы, слабость в ногах, увеличился

вес на 4 кг, в неврологическом статусе сохранились только двусторонняя пирамидная недостаточность и легкая сенситивная атаксия. На МРТ головного мозга, шейного, грудного и поясничного отделов позвоночника с контрастным усилением в динамике: патологическое накопление гадолиния черепными нервами, оболочками стволовых структур и спинного мозга, корешками конского хвоста исчезло. Нормализовался анализ ликвора.

Заключение. Особенностью данного клинического случая является трудность диагностики хронического нейроборрелиоза в связи с наличием у пациента характерных визуализационных признаков протяженного лептоменингеального накопления гадолиния на уровне всей нейрооси, имитирующие ЛМЗ, для исключения которого пациенту было выполнено ПЭТ/КТ всего тела с ^{18}F -ФДГ, цитологическое исследование ликвора на выявление злокачественных клеток, и цитологическое исследование стернального пунктата костного мозга, которые позволили исключить ЛМЗ и саркоидоз. Результаты тщательного диагностического поиска на нейроборрелиоз позволили выявить положительные иммуноблот на интратекальные АТ и ПЦР ликвора и крови на ДНК боррелий, высокая эффективность проведенной антибактериальной и противовоспалительной терапии могут рассматриваться как подтверждение наличия у пациента необычного редкого клинического проявления хронического нейроборрелиоза 3-й клинической стадии.

Международный научно-практический журнал

НЕВРОЛОГИЯ и нейрохирургия

Восточная
Европа

2025, том 15, № 1. Приложение

Neurology and Neurosurgery Eastern Europe
International Scientific Journal

2025 Volume 15 Number 1 Supplement



Филипа де Кастро и Карлос Пинильос в балете *Passo Continuo*.
Хореография Мауро Бигонцетти, музыка Антонджулио Галеандро.
Ballet Icons Gala 2021, сцена London Coliseum, ноябрь 2021 года.

Тезисы XXIV Республиканской научно-практической
конференции с международным участием
молодых специалистов

«СОВРЕМЕННЫЕ ДОСТИЖЕНИЯ НЕВРОЛОГИИ И НЕЙРОХИРУРГИИ»

Барановичи, 22 мая 2025 года

ISSN 2226-0838 (Print)

ISSN 2414-3588 (Online)



9 772226 083006



ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЕ
ИЗДАНИЯ