

СЛУЧАЙ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА ПОД МАСКОЙ ТУБЕРКУЛЕЗНОГО СПОНДИЛИТА У ПОДРОСТКА

Мальцева И.И.¹, Родионова А.А.¹, Шайнуров М.И.¹, Моисеева О.В.²

¹БУЗ УР «Республиканская клиническая туберкулезная больница» Министерства здравоохранения Удмуртской Республики, г. Ижевск;

²ГБОУ ВПО «Ижевская государственная медицинская академия» Минздрава России, г. Ижевск

CASE OF NONSPECIFIC PROCESS UNDER A MASK OF A TUBERCULAR SPONDYLITIS AT THE TEENAGER

Malceva I.I.¹, Rodionova A.A.¹, Shaynurov M.I.¹, Moiseeva O.V.²

¹Republican clinical tubercular hospital;

²The Izhevsk state medical academy, Izhevsk

Резюме. Локализованный процесс в позвоночнике как специфической, так и неспецифической природы трудно диагностируется и тяжело протекает. Возникновению заболевания способствуют множество факторов риска. Заболевание имеет множество «масок», одной из которых является туберкулезный спондилит, что затрудняет диагностику. Авторы изучили медицинскую документацию больного подростка, страдающего сахарным диабетом, находившегося на лечении в Республиканской клинической туберкулезной больнице, у которого острый остеомиелит позвоночника протекал под «маской» туберкулезного спондилита.

Ключевые слова: острый остеомиелит, туберкулезный спондилит, подросток, сахарный диабет.

Summary. The localized process in a backbone both specific, and nonspecific nature is difficultly diagnosed and hardly proceeds. Occurrence of disease promote set of risk factors. The disease has set "of «masks», one of which is the tubercular spondylitis, that impedes diagnostics. The authors have studied the medical documentation of the patient of the teenager suffering by sugar Diabetum, taking place on treatment in Republican clinical tubercular hospital, at which the acute osteomyelitis of a backbone proceeded under "«mask" of a tubercular spondylitis.

Key words: an acute osteomyelitis, tubercular spondylitis, teenager, sugar Diabetum.

Остеомиелит позвоночника составляет 1,5-2,2% от всех остеомиелитов. Локализованный процесс в позвоночнике трудно диагностируется и тяжело протекает. Возбудителями острого остеомиелита являются грамположительные и грамотрицательные микроорганизмы, а у больных с сахарным диабетом анаэробная и грибковая инфекция. Наличие множественной сопутствующей патологии, перенесенных инфекционных и неинфекционных заболеваний, травматизация также являются факторами риска возникновения неспецифического остеомиелита. В 40,0% случаев причину возникновения заболевания установить не удается [1, 2, 5].

По данным литературы гематогенный остеомиелит чаще встречается у лиц мужского пола, имеет острое течение, превалируя над хроническим. В клинике преобладает болевой синдром в области грудного отдела позвоночника, гипертермический синдром, нередко осложненное течение и резкие гематологические сдвиги. Заболевание имеет множество «масок», одной из которых является туберкулезный спондилит, что затрудняет своевременную диагностику [3, 4].

Больной С., 16 лет, житель города Ижевска.

Поступил на стационарное обследование и лечение в БУЗ УР РКТБ МЗ УР 30.08.2013 г. с подозрением на туберкулезный спондилит. Заболел в начале августа, когда впервые появились острые боли в грудном отделе позвоночника, с каждым днем интенсивность которых увеличивалась, наблюдалось увеличение температуры тела до 38,5-39,5⁰С. Через четыре дня обратился к хирургу в общую лечебную сеть за медицинской помощью. Был

поставлен диагноз: Остеохондроз. Назначены нестероидные противовоспалительные средства внутрь и местно. На фоне проводимого лечения самочувствие не улучшалось. В течение шести дней регистрировалось усиление болевого синдрома. Вызвал бригаду скорой медицинской помощи и доставлен в МСЧ №8, где вышеуказанный диагноз подтвержден, назначены обезболивающие средства, даны рекомендации по долечиванию в общей лечебной сети. 23.08.2013 г. при прохождении процедуры МСЭ по поводу сахарного диабета наступило резкое ухудшение состояния (на фоне выраженного болевого синдрома потерял сознание). Осмотрен неврологом, проведены МРТ, СКТ (рисунок 1), на которых обнаружены признаки острого спондилита. Пациент консультирован торакальным хирургом БУЗ УР РКТБ МЗ УР, по рекомендации которого проведена немедленная госпитализация в дифференциально-диагностическое отделение головного противотуберкулезного учреждения для уточнения диагноза.



Рисунок 1 – СКТ грудного отдела позвоночника от 24.08.2013 г.

При поступлении предъявлял жалобы на сильные боли в грудном отделе позвоночника, которые распространялись на всю грудную клетку, повышение температуры тела до $39,0^{\circ}\text{C}$, выраженную слабость. Общее состояние тяжелое за счет декомпенсации сахарного диабета, интоксикационного и болевого синдрома. Сознание сохранено, положение вынужденное, питание пониженное, кожные покровы бледные, слизистые не изменены, периферические лимфатические узлы не увеличены. Костно-суставная система: остистые отростки Th9-10 выступают, при пальпации резко болезненны, движения в позвоночнике резко ограничены. Дыхание в легких везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ритмичные. Живот мягкий, безболезненный. Отеков нет.

Status localis: передвигается самостоятельно, оси таза на одном уровне, асимметрия треугольников талии, углы лопаток на одном уровне. Ось позвоночника прямая, поясничный лордоз сглажен. При пальпации и перкуссии остистых отростков умеренная болезненность в проекции Th8-10, там же определяется гипертонус паравerteбральных мышц с резкой болезненностью при пальпации. Движения в позвоночнике сохранены, ограничены, болезненны. Осевая нагрузка болезненная.

Из анамнеза известно, что больной является инвалидом по сахарному диабету с 10 лет. Неряшлив, не соблюдал гигиенических мероприятий. Предыдущая флюорография в 15 лет без особенностей. Туберкулезный контакт не установлен. В 2005 году выявлен выраженный туберкулиновой чувствительности, получил превентивное лечение амбулаторно, а в 2006 году снят с диспансерного учета. Поствакцинальный знак после вакцинации БЦЖ – 5 мм.

В стационаре обследован: результаты анализов на ВИЧ, гепатиты, сифилис отрицательные.

Реакция Манту с 2ТЕ – гиперемия 5 мм, Диаскинтест – отрицательный. В полном анализе крови от 2.09. 2013 г. гемоглобин-140 гр/л, эритроциты - $4,65 \times 10^{12}/л$, лейкоциты - $25,9 \times 10^9/л$, эозинофилы – 2%, палочкоядерные нейтрофилы – 18%, сегментоядерные – 70%, лимфоциты – 8%, моноциты – 2%, СОЭ – 54 мм/ч.

Креатинин крови 109 мкмоль/л, мочевины 6,9 ммоль/л, остаточный азот 21,7 ммоль/л. Общий белок крови 71гр/л, альбумины - 38гр/л, α_1 - -8,09%, α_2 -20,34%, β - 20,34%, γ - 19, 21%, А/Г -0,62.

Полный анализ мочи от 2.09.2013 г. м/м, белок 0,18 гр/л, эритроциты 2-3 в п/зр, лейкоциты 6-7 в п/зр, эпителий плоский 0-1 в п/зр, сахар +, ацетон+, оксалаты. Проба Реберга: доставленном мочи 5350 мл, минутный диурез-3,7 мл/мин, креатинин мочи 53,1 ммоль/л, клубочковая фильтрация 154 мл/мин, канальцевая реабсорбция 98%.

ЭКГ от 02.09.13г. Синусовая тахикардия с ЧСС-130уд в минуту. Отклонение электрической оси сердца вправо. Умеренные диффузные изменения миокарда.

УЗИ плевральной полости в динамике от 17.09.13г. Справа в плевральной полости свободная жидкость, визуально количество жидкости уменьшилось в сравнении с 10.09.13г. Слева в плевральной полости свободная жидкость не определяется. В полости перикарда на момент осмотра свободной жидкости нет.

УЗИ плевральной полости в динамике от 31.10.2013 г. Справа по лопаточной и заднеподмышечной линии определяется образование пониженной эхогенности $7,5 \times 3,4 \times 5,1$ см, неоднородное. При ЦДК без признаков кровотока. Плевральные наложения, спайки, осумкованная жидкость до 50 мл.

Регулярно проводились консультации эндокринологом профессором Коваленко Т.В 03.09.13 г., 10.09.13г., 17.09.13г., 10.10.13г., 29.10.13г. Инсулинотерапия скорректирована по следующей схеме: Хумалог-8ед-10ед-8ед (при поступлении бед*3р/день), Лантус-20ед(при поступлении 12ед/сут)

Глюкоза крови 10.09.13г. 8:00-15,0ммоль/л, 22:00-21,7ммоль/л; 06.11.13г. 8:00-9,4ммоль/л, 22:00-7,3ммоль/л

Неоднократно консультирован фтизиоостеологом 29.08.13 г., 04.09.13 г., 19.09.13 г., 03.10.13 г., 30.10.13 г.

Консультация невролога 11.09.13г. Заключение: Грудная дорсопатия (спондилит Th9-10) с умеренным болевым и мышечнотоническим синдромом.

Консультация терапевта от 04.10.13г. Заключение: Хронический панкреатит с ферментативной недостаточностью. Токсический гепатит с минимальной степенью активности.

ТМГ ГОП от 06.09.13г., R-графия ГОП в 2-х проекциях от 28.08.2013 г. и 29.10.2013 г. Сколиоз левосторонний с вершиной на уровне Th9-10. Снижение высоты м/п дисков Th9-10. Разрушение (деструкция) по передней поверхности тела Th9. Разрушение, неровность замыкательных пластинок Th9-10. Определяется тень натёчного абсцесса по передней и правой боковой поверхности на уровне Th8-10. Спинной мозг-б/о (рисунок 2, 3, 4).

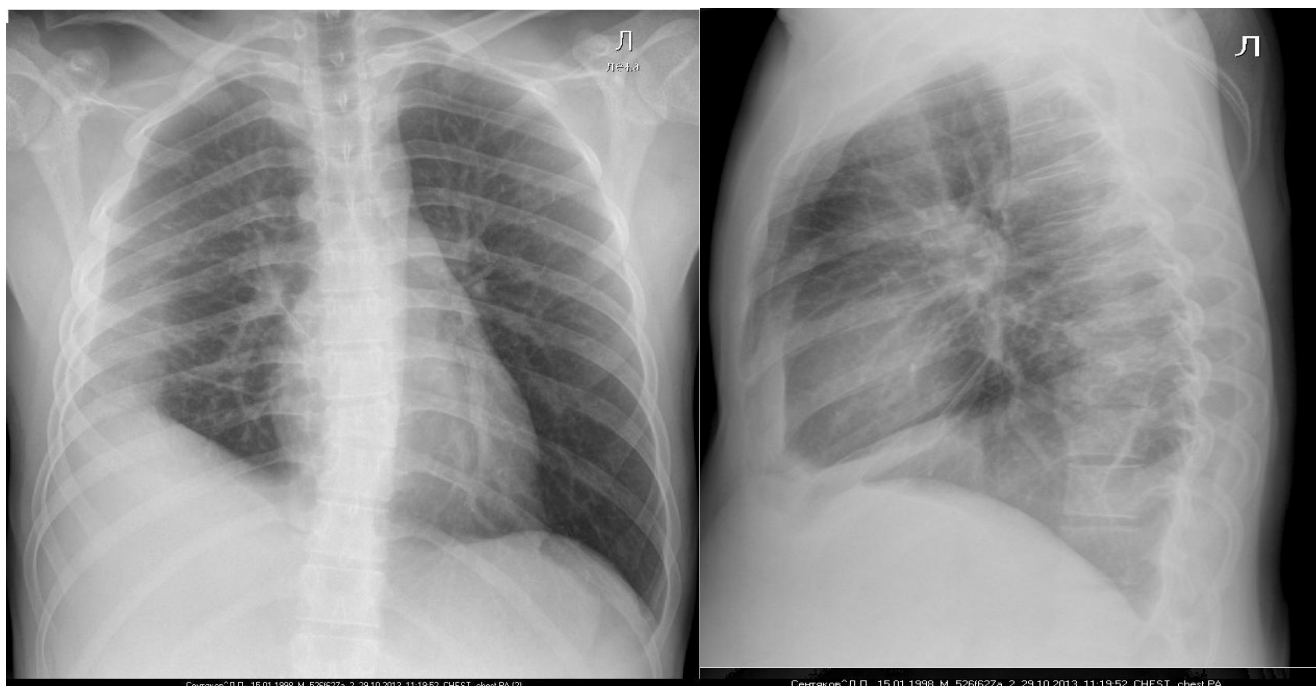


Рисунок 2 – Обзорная рентгенограмма органов грудной клетки от 29.10.2013 г.

**Рисунок 3 –
Левая боковая рентгенограмма (лежа) от 29.10.2013 г.**

За время нахождения в стационаре беспокоила периодически возникающая жажда и сухость во рту, незначительная слабость. Назначена неспецифическая антибактериальная терапия на 10 дней, симптоматическая, патогенетическая терапия, далее продолжено лечение *ex juvantibus* 4 противотуберкулезными препаратами 60 доз до выписки (изониазид, рифампицин, авелокс, пиразинамид) после получения, которой через 12 дней было отмечено значительное улучшение (нормализация температуры тела, купирование болевого синдрома, увеличение веса больного на 5 кг, нормализация гемограммы). Состояние было расценено как удовлетворительное. Кожа и видимые слизистые физиологической окраски. Дыхание справа в нижних отделах ослабленное, хрипов нет. Рентгенологическая динамика быстрая: через 2 месяца от начала лечения склерозирование замыкательных пластинок Th9-10.

В гемограмме от 5.11.2013 г. гемоглобин-138 гр/л, эритроциты - $4,66 \times 10^{12}$ /л, лейкоциты - $4,9 \times 10^9$ /л, эозинофилы – 1%, палочкоядерные нейтрофилы – 2%, сегментоядерные – 52%, лимфоциты – 40%, моноциты – 5%, СОЭ – 10 мм/ч.

Креатинин крови 89,2 мкмоль/л, мочевины 4,5 ммоль/л, остаточный азот 16,8 ммоль/л. Общий белок крови 71гр/л, альбумины - 49гр/л, α_1 - 4,21%, α_2 -10,96%, β - 10,41%, γ - 25,16%, А/Г -0,97.

Полный анализ мочи от 5.11.2013 г. в пределах нормы. Посевы мочи на МБТ трехкратно отрицательные. Посевы и люминесцентная микроскопия мокроты неоднократно КУМ (-).

ЭКГ от 07.11.13г. Умеренная синусовая тахикардия с ЧСС-94 ударов в мин. Отклонения ЭОС вправо. Умеренные диффузные изменения миокарда.

СПГ от 06.11.13г. Минимальные нарушения бронхиальной проходимости обструктивного характера с подозрением на рестрикцию. ЖЕЛ значительно снижена. Соответствует ДН Iст. по смешанному типу.

УЗИ ОБП, почек от 10.09.13г. Заключение: УЗИ признаки правостороннего плеврита, незначительная гепатомегалия, умеренные диффузные изменения в обеих почках.

В динамике пересмотр СКТ от 01.11.13г. Слева - легочная ткань без очаговых и инфильтративных изменений. Справа в плевральной полости частично осумкованная

жидкость. В средостении единичные ВГЛУ до 5мм в диаметре. В динамике в позвонках Th9-10 появляется склерозирование замыкательных пластинок. Динамика положительная (рисунок 5, 6).



Рисунок 4 – Томограммы позвоночника 12,5-13 см от 29.10.2013 г.

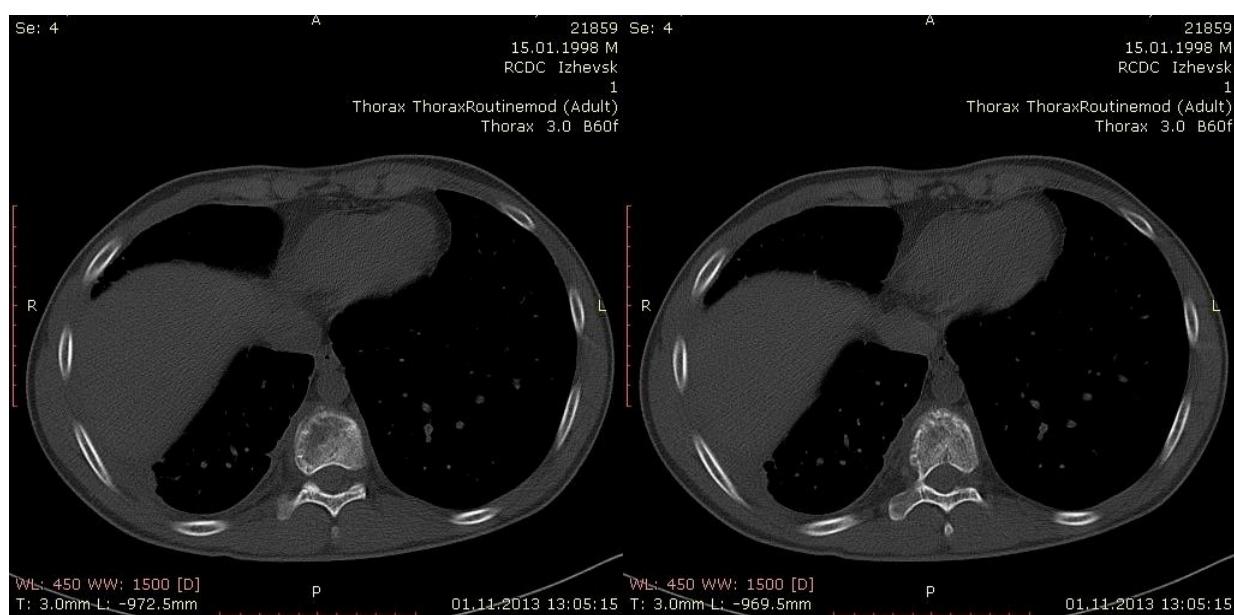


Рисунок 5 – Спиральная компьютерная томограмма органов грудной клетки от 1.11.2013г.

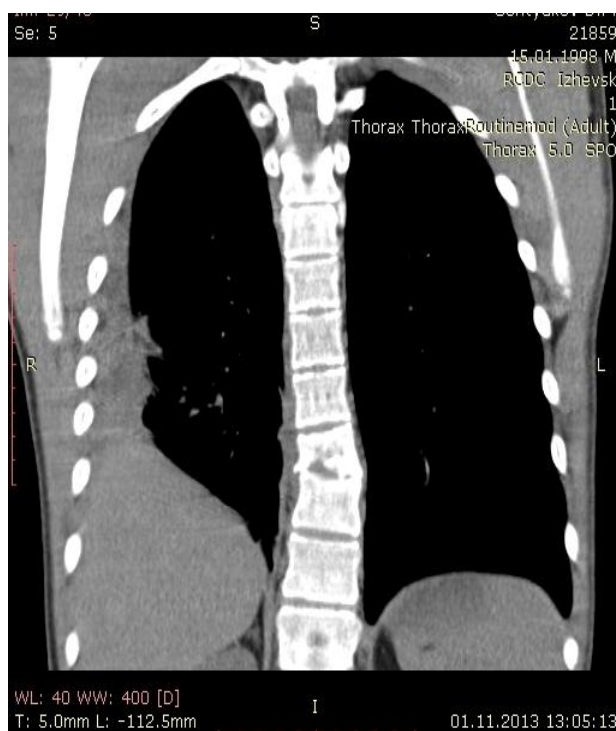


Рисунок 6 - Компьютерная томограмма грудного отдела позвоночника от 1.11.2013 г.

Повторно консультирован фтизиоостеологом, данных за туберкулезный процесс в позвоночнике нет, представлен на ЦВКК: тубучету не подлежит, даны подробные рекомендации по дальнейшему наблюдению и лечению по месту медицинского обслуживания, в РКТБ, профилактический курс противотуберкулезными препаратами в связи с нахождением ранее в туберкулезной больнице. Выписан из стационара 7.11.2013 г. с окончательным клиническим диагнозом: Острый остеомиелит Th9-10 в фазе затихания, НФП 0-I степени. Сопутствующие заболевания: Сахарный диабет I типа, фаза субкомпенсации. Диабетическая нефропатия. Осложнения: контактный плеврит справа, стадия осумкования и фибрирования, ДН I степени.

Литература

1. Вишневский А.А. Неспецифический остеомиелит позвоночника у взрослых (клиника, диагностика и лечение): автореф. дис. ... д-ра. мед. наук. СПб.; 2008: 1-48.
2. Полковникова С.А. Ультразвуковая семиотика острого остеомиелита у детей : автореф. дис. ... канд. мед. наук. Томск; 2009: 1-23.
3. Акжитов Г.Н. Гематогенный остеомиелит. М.: Медицина. 1998: 1-288.
4. Малышев Е.С., Малышев Е.Е. Острый гематогенный остеомиелит: методические рекомендации. Нижний Новгород, НГМА; 2001: 1-28..
5. Петров С.В. Общая хирургия. М.: ГЭОТАР - Медиа. 2006: 1-768.

Автор, ответственный за переписку:

Моисеева Ольга Валерьевна, доктор медицинских наук,
426063, Удмуртская Республика, Ижевск, ул. Воровского, 156-104,
ovm@e-izhevsk.ru