

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ТУБЕРКУЛЕЗНОГО СПОНДИЛИТА

САФАРГАЛИЕВА ЛИЛИЯ ХАТИМОВНА, начальник терапевтического отделения Клинического госпиталя ФКУЗ МСЧ МВД РФ по РТ, Россия, 420059, Казань, ул. Оренбургский тракт, 132, e-mail: Safargalieva.lilia@mail.ru
ЯГФАРОВА РИТА РАШИТОВНА, врач терапевтического отделения Клинического госпиталя ФКУЗ МСЧ МВД РФ по РТ, Россия, 420059, Казань, ул. Оренбургский тракт, 132

Реферат. Цель. В статье кратко описан клинический случай туберкулезного спондилита. **Материал и методы.** Пациент, поступивший с болями в спине и признаками острого нефрита. **Результаты и их обсуждение.** Был исключен диагноз геморрагической лихорадки с почечным синдромом. Был выставлен следующий диагноз: острый тубулоинтерстициальный нефрит. Пациент был выписан с улучшением. Через неделю после выписки вновь появились сильные боли и повышение температуры тела. Данные симптомы возникали при каждой физической нагрузке. На мультиспиральной компьютерной томограмме грудного отдела позвоночника выявлены признаки перенесенного спондилита на уровне 7—8-го грудных позвонков с наличием паравертебральной инфильтрации. **Заключение.** Заключительный клинический диагноз был выставлен фтизиатром-ортопедом: туберкулезный спондилит грудного отдела позвоночника, спондилитическая фаза, стадия разгара осложненный паравертебральным абсцессом. Было рекомендовано оперативное лечение в условиях хирургического отделения противотуберкулезного диспансера.

Ключевые слова: дифференциальная диагностика, туберкулезный спондилит.

Для ссылки: Сафаргалиева, Л.Х. Клинический случай туберкулезного спондилита / Л.Х. Сафаргалиева, Р.Р. Ягфарова // Вестник современной клинической медицины. — 2015. — Т. 8, вып.6. — С.131—134.

TUBERCULOUS SPONDYLITIS CASE REPORT

SAFARGALIYEVA LILYA KH., Head of the Department of therapeutic of Clinical Hospital of Medical Station of MIA in TR, e-mail: Safargalieva.lilia@mail.ru

YAGFAROVA RITA R., phisician of the Department of therapeutic of Clinical Hospital of Medical Station of MIA in TR

Abstract. Aim. The article briefly describes a clinical case of tuberculous spondylitis. **Material and methods.** The patient hospitalized with pain in back and signs of acute nephritis. **Results and discussion.** the diagnosis of hemorrhagic fever with renal syndrome was excluded. The final diagnosis was acute tubulointerstitial nephritis. The patient was discharged with improvement. One week after discharge, pain appeared again and fever. These symptoms occurred at physical exertion. The multislice CT scan of the spine showed signs of spondylodiscitis of 7—8 thoracic vertebrae with presence of paravertebral infiltration. **Conclusion.** The final clinical diagnosis was made by phthisio orthopeditian: Tuberculous spondylitis of the spine, spondylitis phase, complicated by paravertebral abscess. It was recommended to perform operative treatment in the surgical department of the TB dispensary.

Key words: differential diagnosis, tuberculous spondylitis.

For reference: Safargaliyeva LH, Yagfarova RR. Tuberculous spondylitis case report. The Bulletin of Contemporary Clinical Medicine. 2015; 8 (6): 131—134.

Пациент 1954 г.р. поступил в терапевтическое отделение клинического госпиталя 18 июня в 15.00 с жалобами на боли в правой подреберной области, усиливающимися при глубоком вдохе и поворотах. Боли иррадиировали в подмышечную и подлопаточную области, лечь на правый бок пациент не мог из-за болей. Также пациента беспокоили головные боли и повышение АД до 190/100 мм рт.ст.

Анамнез. Считает себя больным с марта 2015 г., когда впервые возникли выраженные боли в спине (грудной и поясничной области), повышение температуры тела до 39°C, появление крови в моче. Пациент вызвал бригаду скорой помощи; было дано направление в стационар. В стационаре были сделаны общие анализы. В результатах анализа крови обращает на себя внимание повышение СОЭ, нормохромная анемия, трехкратное повышение верхних границ нормы мочевины, резкое снижение скорости клубочковой фильтрации (данные минутного диуреза в первичной документации отсутствуют) (табл. 1). Пациенту исключили диагноз геморрагической лихорадки с почечным синдромом. Было проведено лечение — гемодиализ четырехкратно.

Таблица 1

Результаты анализов крови и мочи

Дата	Анализ	Результат	Единицы
18.03.15	Анализ крови		
	СОЭ	41	мм/ч
	Лейкоциты	7,4	10 ⁹ / _л
	Эритроциты	2,89	10 ¹² / _л
	Гемоглобин	117	г/л
	Цветовой показатель	1,2	—
	Палочкоядерные нейтрофилы	3	%
	Сегментоядерные нейтрофилы	75	%
	Лимфоциты	12	%
	Мочевина	24,2	ммоль/л
	Креатинин	0,81	ммоль/л
	Глюкоза	5,6	ммоль/л
	Анализ мочи		
	Цвет	Мутный	—
	Удельный вес	1010	г/л

Дата	Анализ	Результат	Единицы
	Белок	0,149	г/л
	Лейкоциты	3—4	в поле зрения
	Эпителий плоский	4—6	в поле зрения
30.03.15	<i>Анализ крови</i>		
	СОЭ	42	мм/ч
	Лейкоциты	8,9	10 ⁹ /л
	Эритроциты	3,01	10 ¹² /л
	Гемоглобин	118	г/л
	Цветной показатель	1,17	—
	Палочкоядерные нейтрофилы	5	%
	Сегментоядерные нейтрофилы	77	%
	Лимфоциты	18	%

Данные инструментальных методов исследования. 18.03.15 при УЗИ плевральных полостей слева обнаружена свободная жидкость в объеме 100 мл, справа жидкости не выявлено. При УЗИ почек особых изменений не обнаружено: правая почка — 125×64 мм, паренхима — 19 мм, левая — 120×59 мм, паренхима — 19 мм; эхогенность умеренно повышена.

Всего находился на стационарном лечении с 17.03.15 по 31.03.15. Пациент был выписан с улучшением. Был выставлен следующий диагноз: острый тубулоинтерстициальный нефрит. Острая почечная недостаточность, тяжелое течение, стадия анурии. Острый гемодиализ № 4. Сахарный диабет II типа, впервые выявленный. ДТЗ в анамнезе. Артериальная гипертензия 2-й степени, риск 2.

Через неделю после выписки пациент сходил на рынок, нес продукты весом около 5 кг и к вечеру вновь появились сильные боли и повышение температуры тела до 37,8°C. Данные симптомы возникали при каждой физической нагрузке. Боли постепенно усиливались (при глубоком вдохе, поворотах), обратился снова за помощью в июне 2015 г. в клинический госпиталь.

При поступлении был осмотрен терапевтом и неврологом. На рентгенограмме грудного отдела позвоночника выявлен «компрессионный перелом 8—9-го грудного позвонка?»; рекомендована РКТ грудного отдела позвоночника. При осмотре было выявлено повышение АД до 190/100 мм рт.ст. и с диагнозом «гипертонический криз» пациент был направлен на стационарное лечение в терапевтическое отделение.

Объективные данные при поступлении. Общее состояние удовлетворительное. Гипертонический тип телосложения. Отмечается локальная болезненность по 6—7—8-му межреберью и ребер справа.

При аускультации дыхание везикулярное, справа в нижних отделах ослабленное, незвучные влажные хрипы. ЧДД = 20 в мин. Тоны сердца ритмичные,

приглушены. ЧСС = 88 в мин. АД = 160/100 мм рт.ст. Живот вздут, болезненный в правом подреберье. Отеков нет. Сатурация при дыхании воздухом — 92—93%.

Был выставлен предварительный диагноз: гипертоническая болезнь 2-й степени. Риск 2. Межреберная невралгия (?). Гидроторакс справа (?). Анемия (?).

Было назначено лечение: эгилон 12,5 мг внутрь 2 раза в день; мелоксикам 15 мг внутрь после ужина; цефотаксим 1,0 г 2 раза в день на физиологическом растворе 200 мл внутривенно капельно.

Лабораторные данные при поступлении характеризовались ускоренной СОЭ, анемией, повышенным выходом креатинина, после лечения без выраженной динамики (табл. 2).

Таблица 2

Лабораторные данные при поступлении

Дата	Анализ	Результат	Единицы
19.06.15	<i>Анализ крови</i>		
	СОЭ	52	мм/час
	Лейкоциты	6,6	10 ⁹ /л
	Эритроциты	3,3	10 ¹² /л
	Гемоглобин	110	г/л
	Тромбоциты	572	10 ⁹ /л
	Палочкоядерные нейтрофилы	2	%
	Сегментоядерные нейтрофилы	58	%
	Эозинофилы	3	%
	Моноциты	5	%
	Лимфоциты	32	%
	Мочевина	8,1	ммоль/л
	Креатинин	125	мкмоль/л
	Мочевая кислота	400	мкмоль/л
	Щелочная фосфатаза	141	МЕ/л
	Глюкоза	4,0	МЕ/л
	АЛТ	9	МЕ/л
	АСТ	10	МЕ/л
	ГГТП	17	МЕ/л
	Холестерин	5,2	ммоль/л
	СРБ	+	...
	Фибриноген А	3,2	г/л
	Фибриноген В	отр.	...
	ПТИ	92	%
	<i>Анализ мочи</i>		
	Цвет	Прозрачный	...
	Удельный вес	1030	г/л
	pH	5,0	...
	Белок	отр.	...
	Глюкоза	отр.	...
	Лейкоциты	0—1	в поле зрения
	Эритроциты	2—3	в поле зрения

Дата	Анализ	Результат	Единицы
30.03.15	Анализ крови		
	СОЭ	30	мм/час
	Лейкоциты	6,6	$10^9/л$
	Эритроциты	2,3	$10^{12}/л$
	Гемоглобин	90	г/л
	Тромбоциты	572	$10^9/л$
	Палочкоядерные нейтрофилы	2	%
	Сегментоядерные нейтрофилы	58	%
	Эозинофилы	3	%
	Моноциты	5	%
	Лимфоциты	32	%

Данные инструментальных методов исследования. При УЗИ плевральных полостей свободная жидкость не визуализируется. При УЗИ органов брюшной полости выявлены признаки увеличения размеров печени, умеренно выраженного гепатоза, хронического холецистита. При УЗИ почек выявлены признаки мочекишечного

диатеза, нефроптоза левой почки, подвижности правой почки.

На рентгенограмме органов грудной клетки не выявлено очаговых и инфильтративных теней, прочих застойных изменений (рис. 1).

Консультации. Был консультирован хирургом, патологии не выявлено. Врачом-неврологом был выставлен диагноз «компрессионный перелом тел 8—9-го грудных позвонков (?). Остеохондроз 4—11-го грудных позвонков». Было рекомендовано пройти РКТ грудного отдела позвоночника.

24.06.15 г. на мультиспиральной компьютерной томограмме (рис. 2) грудного отдела позвоночника выявлены признаки перенесенного спондилодисци-та на уровне 7—8-го грудных позвонков с наличием паравертебральной инфильтрации (рекомендована консультация фтизиатра).

25.06.15 г. фтизиатр-ортопед выставил диагноз «туберкулезный спондилит грудного отдела позвоночника (7—8-го грудных позвонков), спондилитическая фаза, стадия разгара, осложненный паравертебральным абсцессом. Рекомендовано оперативное лечение в условиях хирургического отделения противотуберкулезного диспансера.

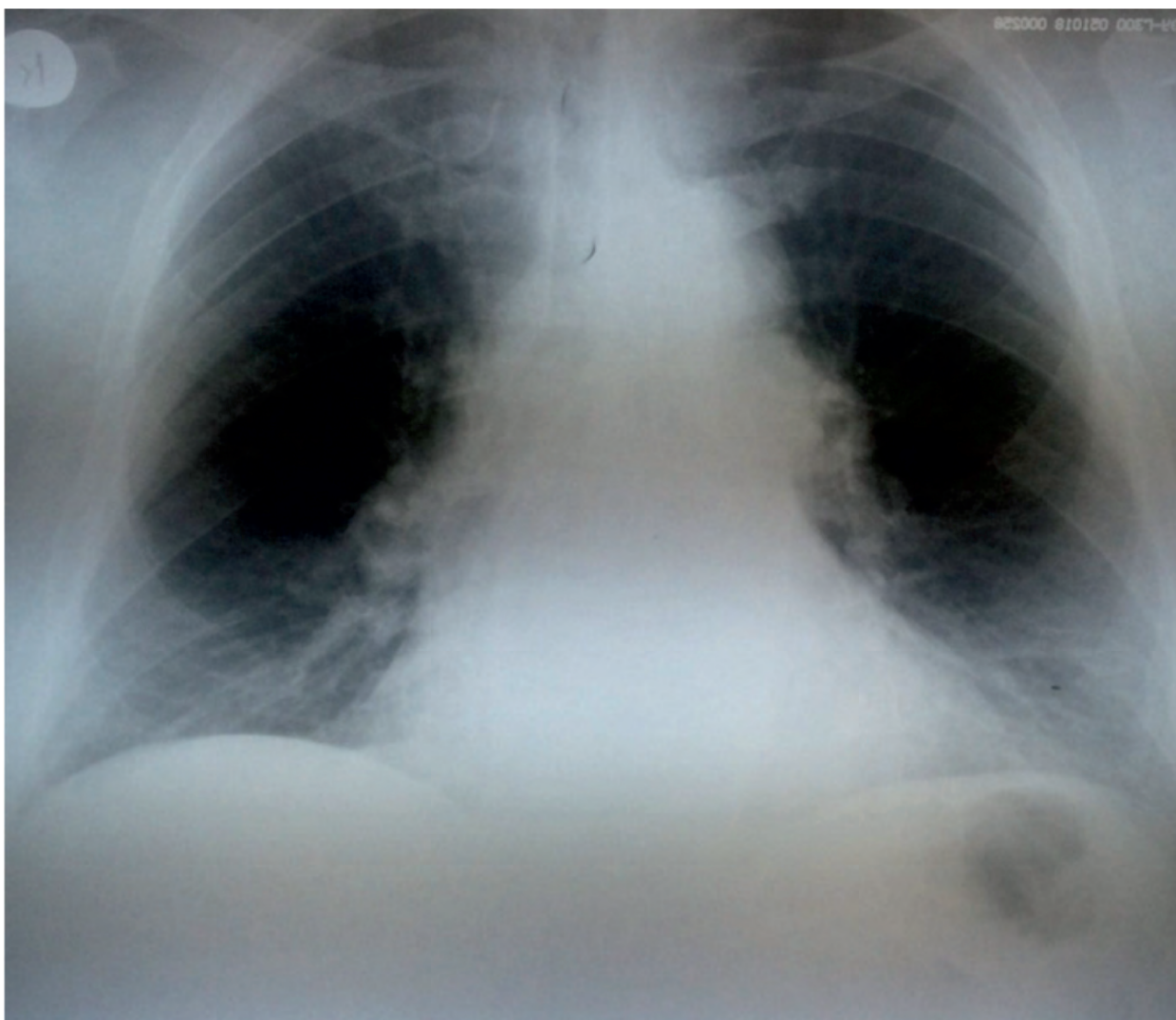


Рис. 1. Рентгенограмма органов грудной клетки

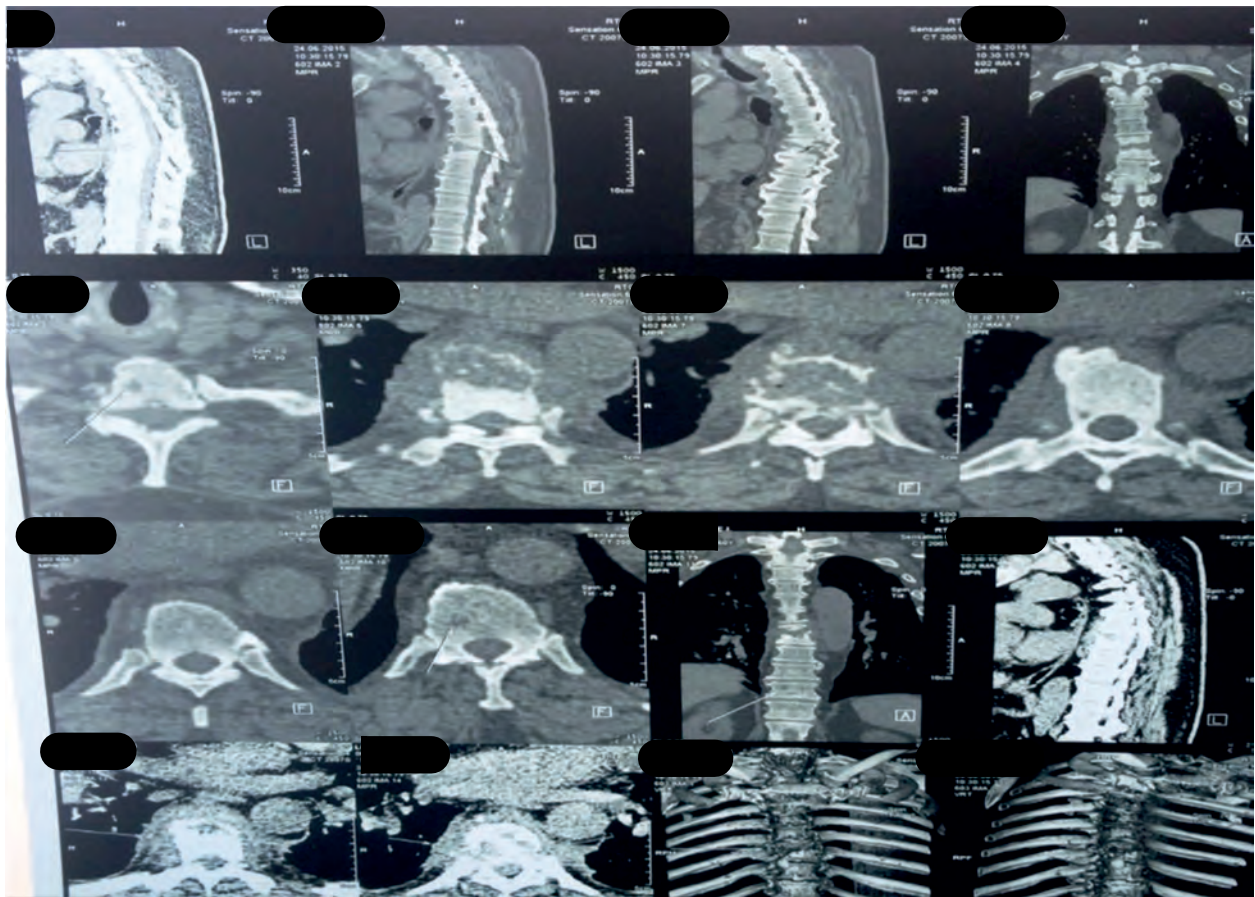


Рис. 2. Мультиспиральная компьютерная томограмма

Прозрачность исследования. Исследование не имело спонсорской поддержки. Авторы несут полную ответственность за предоставление окончательной версии рукописи в печать.

Декларация о финансовых и других взаимоотношениях. Все авторы принимали участие в написании рукописи. Окончательная версия рукописи была одобрена всеми авторами.