



УДК 616 - 002.5 - 021.144

В.П. Свистунова¹, М.А. Шиповалова², В.Н. Ганза², С.В. Хомченко²

СЛУЧАЙ ГЕНЕРАЛИЗОВАННОГО ТУБЕРКУЛЕЗА, ТРУДНОСТИ ДИАГНОСТИКИ

*Дальневосточный государственный медицинский университет¹,
680000, ул. Муравьева-Амурского, 35, тел./факс: 8(4212)-32-63-93;
Противотуберкулезный диспансер²,
680009, ул. Карла Маркса, 109-а, тел.: 8(4212)-27-47-35, г. Хабаровск*

Большинство пациентов обращаются к врачам общей лечебной сети при появлении признаков любого заболевания, как общих, так и симптомов со стороны отдельных органов и систем, в том числе и туберкулеза. Для своевременной диагностики туберкулеза необходим эффективный поиск в виде конструктивного взаимодействия врачей общей лечебной сети, терапевтов, специалистов хирургического профиля, морфологов. Несвоевременный диагноз туберкулеза обусловлен как субъективными факторами, так и объективными, в частности: недостаточной фтизиатрической настороженностью врачей общей практики, особенностью патоморфоза туберкулеза, наличием фоновых заболеваний, сложностями трактовки морфологических исследований [1, 3].

Мы представляем клинический случай успешного разрешения генерализованной туберкулезной инфекции с поражением головного мозга, легких, глаз, костей таза, когда диагноз генерализованного туберкулеза был окончательно установлен через 5 мес. с момента обращения больного в различные по своей специфике лечебные учреждения.

Больной И., 39 лет, образование высшее, служащий, без вредных привычек, из социально благополучного окружения, поступил в отделение внелегочного туберкулеза противотуберкулезного диспансера 11.02.08 с жалобами на общую слабость, похудание, периодические боли в левой половине тазовой области и крестца, повышение температуры тела до фебрильных цифр. В марте 2007 г. получил травму крестцовой области таза (упал на твердый предмет), после чего периодически отмечал боли в крестцовой области. С обезболивающей целью, бессистемно принимал противовоспалительные средства в течение 3 мес., избегал физических нагрузок. В октябре 2007 г. появилась лихорадка до 37,5-38°, боли в эпигастриальной области, по поводу которых больной обратился за медицинской помощью, был госпитализирован в гастроэнтерологическое отделение.

8.10.07 проводилось рентгенографическое обследование органов грудной клетки — без патологии. При

Резюме

Несвоевременный диагноз туберкулеза обусловлен как субъективными факторами, так и объективными, в частности, недостаточной фтизиатрической настороженностью врачей общей практики, особенностью патоморфоза туберкулеза, наличием фоновых заболеваний, сложностями трактовки морфологических исследований. Трудность установления диагноза у данного больного была обусловлена полиморфной, отчасти нетипичной клинической картиной течения туберкулезной инфекции, развившейся на фоне длительного, бесконтрольного приема неспецифических противовоспалительных средств.

Ключевые слова: генерализованный туберкулез, туберкулез центральной нервной системы, милиарный туберкулез легких, туберкулезный сакроилеит.

V.P. Svistunova, M.A. Shipovalova, V.N. Ganzha,
S.V. Homchenko

A CASE OF GENERALIZED TUBERCULOSIS, DIFFICULTIES OF DIAGNOSTICS

Far Eastern State Medical University; Khabarovsk

Summary

The undue diagnosis of tuberculosis is conditioned, both by subjective, and objective factors, in particular: insufficient tuberculosis awareness of general practitioners, particularly concerning pathomorphosis of tuberculosis, presence of the accompanying diseases, complexity of interpretation of morphological studies. The difficulty of the determination of the diagnosis of this patient is explained by polymorphic, somewhat unrepresentative clinical picture of the tuberculosis infection course, developed at the background of long uncontrolled taking nonspecific anti-inflammatory drugs.

Key words: generalized tuberculosis, tuberculosis of the central nervous system, miliary pulmonary tuberculosis, tuberculosis sacroileitis.

гастроскопии выявлена язва 12-перстной кишки. После проведенного лечения, при контроле ФГДС, язва зарубцевалась, температура снизилась до субфебрильных цифр. 29.11.07 у больного вновь поднялась температура до 38-39°, обратился к терапевту по месту жительства и 30.11.07 был госпитализирован в кардиологическое отделение многопрофильной клинической больницы с подозрением на первичный инфекционный эндокардит. Пациент получал антибактериальные препараты (ванкомицин, цефалоспорины третьего поколения). На фоне антибактериального лечения антибиотиками широкого спектра действия сохранялась лихорадка до 39°, нарастали боли в крестце. Проведено рентгенографическое исследование и СКТ данной области — выявлены деструктивные изменения в сакроилеальном отделе слева, больной был переведен в хирургическое отделение. Консультирован фтизиатром, характер деструкции не позволял четко высказаться за туберкулезную этиологию, было рекомендовано проведение биопсии для верификации диагноза.

17.12.07 проведена рентгенография органов грудной клетки. Заключение: без патологии (при ретроспективном анализе в феврале 2008 г. — мелкоочаговая однотипная диссеминация). 19.12.07 выполнена трепанобиопсия подвздошной кости и крестца. Морфологическое заключение: картина лимфолейкоцитарного остеомиелита. Больной получал антибактериальную терапию: амоксициллин, линкомицин, абактал. На протяжении всего периода лечения сохранялась лихорадка до 38-39° при отсутствии воспалительных изменений в крови. За период болезни (с октября 2007 г.) похудел на 40 кг.

11.01.08 проведена рентгенография костей таза: сохраняется деструкция левой подвздошной кости на фоне выраженного остеосклероза. 15.01.08 у больного появляется хромота. 17.01.08 проводится повторное оперативное пособие: вскрытие внутритазового пространства слева, трепанация тела подвздошной кости, взят материал на гистологическое, цитологическое исследование. Морфологически: пролиферативно-некротический гранулематозный остеомиелит. Цитологически: скопление лимфоцитов, миелоцитов, моноцитов, плазмочитов. В послеоперационном периоде у больного развивается нижний парапарез, больше слева, эпизод нарушения мочеиспускания (задержка мочи). На проведенной МРТ головного мозга (23.01.08) выявлены изменения, интерпретированные как признаки множественного метастатического опухолевого поражения. 04.02.08 проведена сцинтиграфия, которая не выявила патологии.

Больной консультирован онкологом — онкологическая патология исключена. Контрольные рентгенограммы органов грудной клетки от 10.02.08 определили тотальную мелкоочаговую диссеминацию. Проведен консилиум с привлечением фтизиатра, тубостеолога, установлен диагноз генерализованного туберкулеза. Больной 11.02.08. переведен для специфического лечения в противотуберкулезный диспансер.

Изменения в легких на рентгенологических снимках от 17.12.07 уже тогда свидетельствовали о наличии у больного милиарного туберкулеза. Рентгенографическое обследование от 10.02.08 выявило прогрессирование процесса в количественной и размерной характеристиках очагов.

13.02.08 проведен пересмотр морфологических препаратов: в широких костно-мозговых полостях неравномерное распределение ядросодержащих элементов, в подавляющем количестве полостей количество жировых клеток примерно соответствует возрастной норме, в части полостей количество клеточных элементов превышает возрастную норму, в других преобладают жировые клетки и очаги фиброза, определяются элементы трех ростков кроветворения в нормальном соотношении грануло- и эритрокариоцитов. Гранулоциты представлены преимущественно зрелыми формами; мегакариоциты в достаточном количестве; строма очагово-полнокровна. Обнаружено большое количество гранулем, расположенных как паратрабекулярно, так и в центре полостей, состоящих из эпителиоидных клеток с гигантскими клетками Пирогова-Лангханса, в центре единичных гранул — некрозы. По периферии гранулем — очаговая лимфоидно-клеточная инфильтрация из малых лимфоцитов с примесью небольшого количества эозинофильных гранулоцитов в отдельных из них.

Заключение: в препаратах за 2007, 2008 гг. морфологическая картина идентична и соответствует поражению костного мозга при продуктивном гранулематозном воспалении с наличием гигантских клеток Пирогова-Лангханса. Туберкулезная этиология наиболее вероятна. Признаков лимфолейкоцитарного остеомиелита, метастаза злокачественной опухоли, лимфо- или миелолиферативного заболевания в исследуемом материале не определяется.

Исследование мокроты на МБТ многократно микроскопически — отрицательный результат, методом посева — отсутствие роста микобактерий туберкулеза.

Характер ликвора (15.02.08) — бесцветный, прозрачный, под нормальным давлением, р. Панди+, белок 0,9 г/л, цитоз 9 кл. (90% лимфоциты), глюкоза 1,64 ммоль/л, хлориды 103 ммоль/л.

На глазном дне (13.02.08) — диски зрительных нервов розовые, контурированные, легкая отечность перипиллярной сетчатки, в центральных частях сетчатки масса хориоретинальных очагов серо-желтого цвета (по ходу сосудов) с размытыми контурами, на периферии идентичные очаги в меньшем количестве.

Неврологический статус 13.02.08 — жалобы на слабость в ногах, головокружение. Объективно: менингеальный синдром — ригидности мышц затылка нет, (+) синдром Кернига до 110°. ЧМН интактные. СХР - D=S с рук сохранены, зоны расширены, на ногах S>D, резко оживлены, зоны расширены, клонусы стоп. Нижний парапарез, преимущественно в проксимальных отделах, слева до 3 баллов, справа до 4 баллов. Тонус мышц в ногах повышен по спастическому типу. Брюшные рефлексы не вызываются. Чувствительных расстройств нет. Функция тазовых органов не нарушена.

На основании проведенных обследований установлен клинический диагноз “генерализованный туберкулез”: туберкулезный менингоэнцефалит, диссеминированный туберкулез легких, диссеминированный туберкулезный хориоретинит, туберкулезный сакроилеит слева. МБТ (-).

С момента поступления в противотуберкулезный диспансер больному проводилось комплексное лечение, включающее специфические противотуберкулезные препараты (изониазид, рифампицин, пиразинамид,

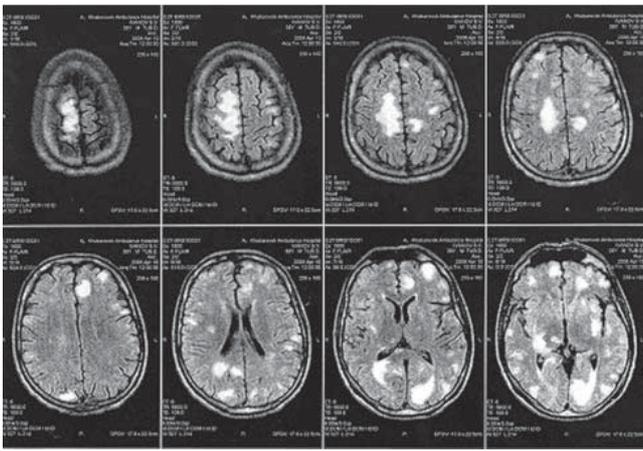


Рис. 1. МРТ: множественные, различных размеров, очаговые образования головного мозга

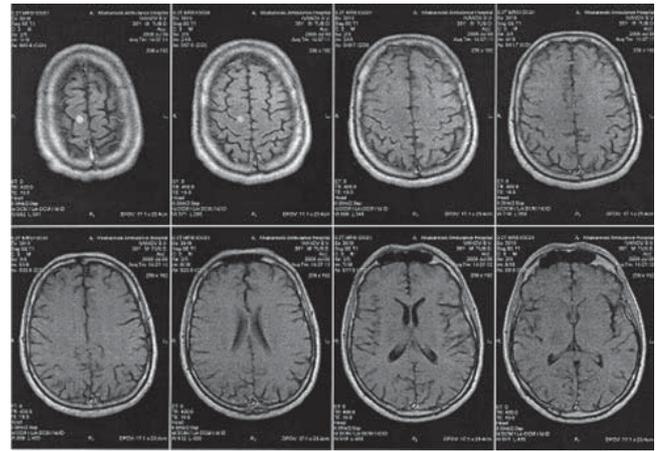


Рис. 2. МРТ: значительное уменьшение количества и размеров патологических очагов в головном мозге

этамбутол), дезинтоксикационную, дегидратационную терапию, получал также антиоксидантные, десенсибилизирующие нейротрофические препараты, ангиопротекторы, гепатопротекторы, гастропротекторы.

Длительная комплексная терапия определила улучшение общего состояния, восстановление веса, регресс клинической симптоматики. Картина МРТ головного мозга после 8-месячного специфического лечения выявила положительную динамику в виде уменьшения количества и размеров разлитых очагово-фокусных теней (рис. 1, 2).

В результате перенесенного специфического хориоретинита в области очагового воспалительного фокуса сформировался грубый витреоретинальный тяж. По ортопедическому статусу больной клинически здоров. Объективное обследование костей таза патологии не выявило. На контрольных рентгенограммах через 6 мес. лечения левого крестцово-повздошного сочленения отмечен анкилоз сочленяющихся поверхностей на фоне склероза, деструкции нет.

На рентгенограммах органов грудной клетки за период специфического лечения констатировано полное рассасывание очаговой диссеминации и замещение последней мелкосетчатым пневмосклерозом.

Пациент выписан из диспансера через 10 мес. лечения в удовлетворительном состоянии, приступил к работе. Трудность установления диагноза у данного больного была обусловлена полиморфной, отчасти нетипичной клинической картиной течения туберкулезной инфекции, развившейся на фоне длительного бесконтрольного приема неспецифических противовоспалительных средств. Сложность в трактовке диагноза была обусловлена также и тем, что деструктивный специфический сакроилеит встречается крайне редко среди всех специфических поражений костно-суставного аппарата [2].

Л и т е р а т у р а

1. Поражение центральной нервной системы при туберкулезе: учебно-метод. пос. - Хабаровск: Изд-во ДВГМУ, 2007.
2. Рук-во по легочному и внелегочному туберкулезу [под ред. член-корр. РАМН, проф. Ю.Н. Левашова, проф. Ю.М. Репина]. - СПб.: ЭЛБИ-СПб, 2006.
3. Фтизиатрия: национальное руководство [под ред. акад. РАМН М.И. Перельмана]. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007.

Координаты для связи с авторами: Свистунова В.П. — тел.: 8(4212)-27-47-45.

