

СЛУЧАЙ РЕЦИДИВА ЭХИНОКОККОЗА, ОСЛОЖНЕННОГО РЕАКТИВНЫМ ОСТЕОМИЕЛИТОМ ПОЗВОНОЧНИКА

Камиль Мухаметович Зиятдинов*, Эльвера Мансуровна Закирова, Ринат Рафисович Абдуллин

Казанская туберкулезная больница, Республика Татарстан

Реферат

Приведен клинический случай хирургического лечения рецидива эхинококкоза, осложненного реактивным остеомиелитом позвоночника. За 4 года лечения в противотуберкулезных учреждениях больная перенесла 5 операций на позвоночнике.

Ключевые слова: туберкулез, эхинококкоз позвоночника, хирургическое лечение.

A CASE OF RELAPSE ECHINOCOCCOSIS COMPLICATED BY REACTIVE VERTEBRAL OSTEOMYELITIS

K.M. Ziyatdinov*, E.M. Zakirova, R.R. Abdullin

Kazan Tuberculosis Hospital

Summary

Presented was a clinical case of surgical treatment of recurrent echinococcosis complicated by reactive vertebral osteomyelitis. During 4 years of treatment in anti-tuberculosis institutions the patient underwent five operations on her vertebra.

Key words: tuberculosis, vertebral echinococcosis, surgical treatment.

Заболеваемость населения эхинококкозом позвоночника (ЭП) во многих регионах России остается довольно высокой, нередко случаи рецидивов эхинококкоза с вовлечением в патологический процесс костных структур [3, 4, 5]. Частота рецидивов после хирургического лечения эхинококкоза различной локализации составляет примерно 10%. Наиболее сложную проблему представляют повторные и многократные рецидивы эхинококкоза [1, 2].

Приводим клинический пример — второго случая наблюдения ЭП за 22 года нашей лечебной практики.

При поступлении у больной М. были жалобы на боли в позвоночнике, общую слабость, снижение массы тела за 2 года на 7 кг. Объективно: состояние удовлетворительное. Масса тела — 46 кг при росте 160 см. Кожные покровы чистые, физиологической окраски. Температура — 37,1°C. Дыхание ослабленное, хрипов нет. Частота дыхания — 22 в минуту. Сердце: тоны ясные, ритмичные. ЧСС — 80 уд./мин. Живот мягкий, безболезненный во всех отделах. Печень и селезенка не увеличены. Местный статус: крупно-пуговчатое выступающее остистых отростков в области Th11-L2, умеренная болезненность при пальпации и осевой нагрузке. Неврологического дефицита нет. На РКТ обнаружена деструкция тел Th11-L2, преимущественно в заднелатеральных секторах тел позвонков с формированием угловой деформации позвоночного столба и спинномозгового канала по типу кифосколиоза. Справа от позвоночного столба выявляется мягкотканое образование размером до 5,2 х 3,1 х 7,4 см средней плотности, в структуре которого определяются фрагменты

разрушенных позвонков. Спинномозговой канал этим образованием умеренно сужен. Наружные контуры образования полициклические, довольно четко очерчены плеврой.

ОАК от 20.09.2006 г.: СОЭ — 17 мм/ч, лейкоцитоз — 5,4 х 10⁹/л; э.—5, п.—4, с.—56, л.—34, м.—1, уровень гемоглобина — 13,5 г/л. Реакция Манту от 29.09.06 г. — 4 мм папула. ОАМ без патологии. Мокрота и моча на МБТ флотацией от 21, 22, 25.09.06 г. — отрицательная. Биохимический анализ крови от 22.09.06 г.: АЛТ — 1,7, уровень прямого билирубина — 8,16, общего — 10,61.

В ГУЗ КТБ с 19.09.06 по 06.11.06 г. больная получала противотуберкулезное лечение (Н—0,45; R—0,45; Z—1,0; E—0,8). Далее ее перевели в Санкт-Петербургский НИИ фтизиопульмонологии, где она находилась с 07.11.06 по 29.04.07 г. с диагнозом туберкулезного спондилита Th11-L2, активный процесс, состояние после операции на позвоночнике от 12.12.06 г., 22.01.07 г., 02.04.07 г.

Получала следующее лечение: изониазид — 0,6 в/в, рифампицин — 0,6; амикацин — 1,0, тававик — 500 мг в/в, абактал. 12.12.06 г. была проведена операция: удаление в/грудных абсцессов, резекция тел Th11-L2, декомпрессия спинного мозга, передний спондилодез Th10 — L1 фрагментом из ауторебра. (гистологический анализ показал туберкулезное воспаление). 22.01.07 г. была проведена вторая операция: удаление абсцесса, некрэктомия в зоне резекционной полости на уровне Th12 с миопластикой длинной мышцей спины справа. Терциальная операция: задняя инструментальная фиксация Si-Di системой. Далее больная лечилась в КТБ с 23.04.07 по 07.05.07 г. с тем же диагнозом, которое было дополнено обнаруженным очаговым туберкулезом Sxh справа, МБТ (-) (КЭК от 23.04.07).

* Автор для переписки: ziyatdinov_kamil@mail.ru

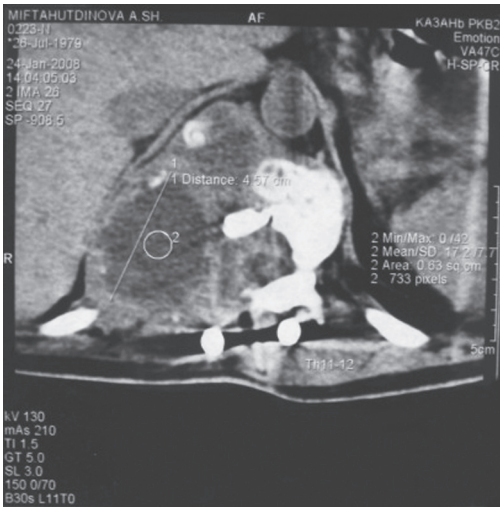


Рис. 1. РКТ от 24.01.2008 г. Поперечное сечение на уровне Th11-Th12. Справа от позвоночника определяется объемное образование с полициклическими краями, разрушением тела Th11.

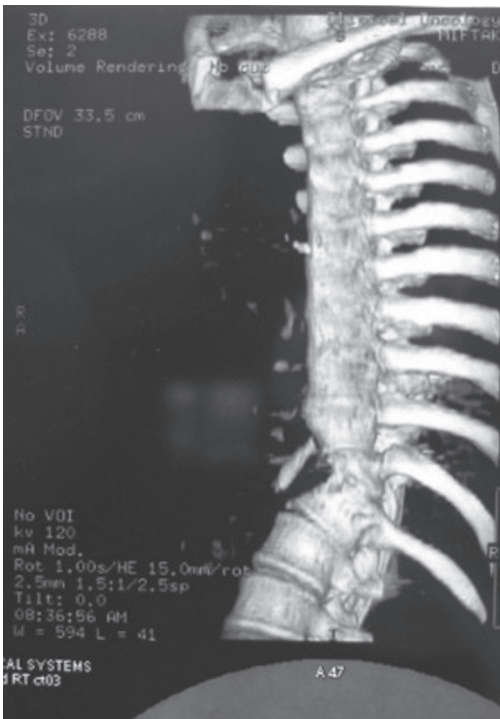


Рис. 3. РКТ от 08.04.2009 г. Боковое изображение. Видны остатки фрагментов реберного аутографта.

Лечение с 23.04.07 г. включало Н — 0,15, римстар — 3 таблетки; с 24.04.07 г. римстар был заменен на комбитуб — 3 таблетки. Далее больная наблюдалась амбулаторно в РКПД г. Казани.

В Санкт-Петербургский НИИ фтизиопульмонологии больная поступила 11.02.08 г. по поводу туберкулезного спондилита Th11-12 позвонков. Состояние после операции на позвонке от

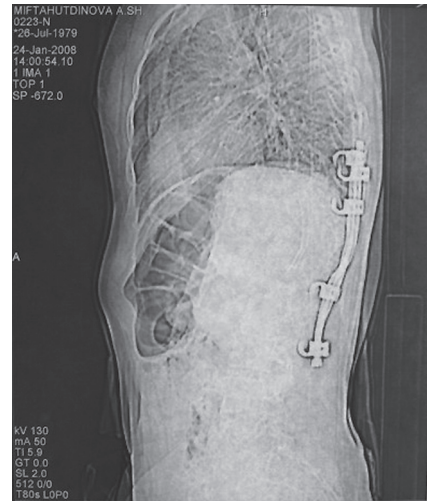


Рис. 2. РКТ от 24.01.2008 г. Боковой снимок. Состояние после удаления внутригрудных абсцессов, некрэктомии. Установлена задняя инструментальная фиксация позвоночника.

12.12.2006 г., 22.01.2007 г., 02.04.2007 г. (рис. 1, 2). Вновь оперирована 20.03.2008 г.: удаление в/грудного абсцесса, некрэктомия Th10 — L1, частичное удаление реберного аутографта.

Анализы: реакция Манту от 17.04.08 г. — 64 мм папула. ОАК от 05.06.08 г.: СОЭ — 23 мм/ч, лейкоцитоз — $4,8 \times 10^9/\text{л}$, э.—2, п. — 4, с.— 42, л.— 41, м.—11, уровень гемоглобина — 14,9 г/л. ОАМ от 05.06.08 г.: удельный вес — 1014, белок — отр., сахар — отр., лейкоциты — 1-2 в поле зрения, п/эпителий — 2-4 в п/зр.

Биохимический анализ крови от 05.06.08 г.: АЛТ— 13,9, АСТ— 1,0, уровень прямого билирубина—2,41, общего — 9,16. Кровь на Luis, ВИЧ и гепатит В и С — отр. от 05.06.08 г. Лечение: Н— 0,45; R— 0,4, Z—1,0 — всего 30 доз.

Больная была выписана в удовлетворительном состоянии с положительной клинко-рентгенологической динамикой (уменьшение СОЭ) с диагнозом туберкулезного спондилита грудного отдела позвоночника с деструкцией тел Th10-12, хроническое течение, ПА МБТ(-), активный процесс, состояние после операции на позвоночнике от 12.12.2006 г., 22.01.2007 г., 02.04.2007 г., 20.03.2008 г.

Рекомендовано: лечение у фтизиатра РКПД (ХТ ПТП — 5-6 месяцев, полупостельный режим, ношение корсета) и хирурга по месту жительства; рентгенологический контроль через 3 месяца, санаторно-курортное лечение.

В связи с ухудшением общего состояния с 26.03.09 г. (СОЭ — 30 мм/ч, температура тела — 38,0С) больная вновь была госпитализирована в КТБ (рис. 3).

В сентябре 2009 г. проходила стационарное лечение в костно-суставном отделении Альметьевского туберкулезного диспансера — выписана в удовлетворительном состоянии.

05.12.09 г. появились неврологические ослож-

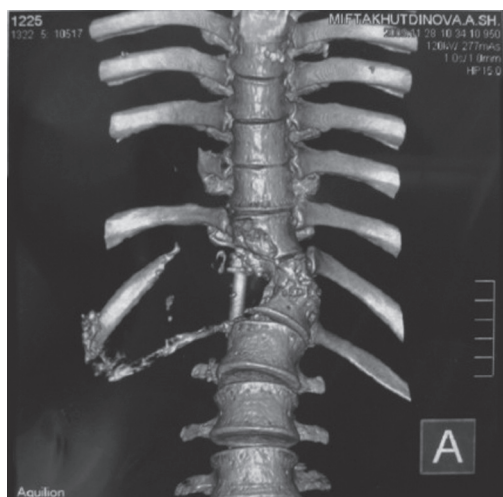


Рис. 4. РКТ от 28.11.2009 г. Прямая проекция. Определяется деформация позвоночного столба вследствие деструктивного процесса в телах Th11-Th12. Реберный трансплантат справа.



Рис. 5. РКТ от 28.11.2009 г. Прогрессирование деструктивного процесса на уровне Th11-Th12.

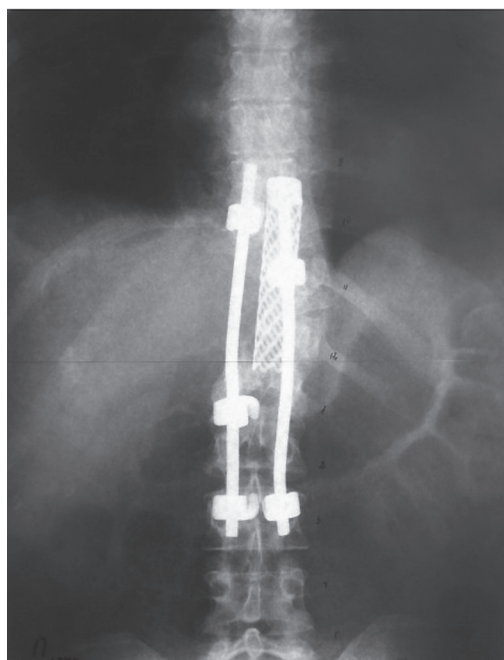


Рис. 6. Рентгенограмма от 21.02.2010 г. Прямой снимок. Состояние после удаления внутригрудных и эпидуральных абсцессов, резекции тел Th11-12, комбинированного спондилодеза титановой блок-решеткой.

нения в виде нижнего спастического парапареза, нарушения функций тазовых органов (рис. 4, 5).

С 27.12.2009 г. по 31.03.2010 г. вновь была направлена на лечение в Санкт-Петербургский НИИ фтизиопульмонологии. После обследования в клинике, диагноз верифицирован как эхинококкоз позвоночника. 18.02.2010 г. выполнена операция: удаление внутригрудных и эпидуральных абсцессов, резекция остатков тел Th11-12, комбинированный спондилолиз титано-

вой блок-решеткой, заполненной 3 фрагментами аутотрансплантата (ребра). Гистологическое подтверждение: эхинококкоз позвоночника на фоне неспецифического реактивного остеомиелита. В послеоперационном периоде сохранялись неврологические расстройства в виде нижней спастической параплегии и нарушений функции тазовых органов.

В настоящее время больная выписана из стационара и находится дома. Передвигается с помощью инвалидной коляски. С апреля 2010 г. снята с туберкулезного диспансерного учета (рис. 6).

20.06.08 г. после УЗИ органов брюшной полости были обнаружены изменения в печени, вызывающие подозрение на паразитарное заболевание. При углубленном опросе удалось выяснить, что в подростковом возрасте больная получала лечение от эхинококкоза печени (в то время семья жила в Республике Узбекистан).

24.06.08 г. было проведено обследование у паразитолога. В выданной им справке сообщалось, что с 2006 по 2008 г. больной уже было проведено 7 курсов специфической терапии немозолом по 400 мг 2 раза в сутки. ИФА на антитела к эхинококкам — положительный в титре 1/400. Заключение паразитолога от 01.12.08 г: диспансерное наблюдение, УЗИ органов брюшной полости в динамике. Специфической терапии по поводу эхинококкоза не показано.

По данным выписки, повторное обследование ИФА от 28.01.2010 г. на эхинококкоз дало положительный результат в титре 1/800.

Для ранней диагностики рецидива болезни в комплекс исследований должны быть включены современные высокoinформативные, относительно безвредные и экономичные методы: реакция иммуноферментного анализа (ИФА) на эхинококкоз, обзорное УЗИ органов брюшной

полости и забрюшинного пространства, позиционная рентгеноскопия грудной клетки. Методом выбора может служить тонкоигльная диагностическая пункция эхинококковой кисты под контролем УЗИ и под прикрытием медикаментозного лечения. Полноценное обследование пациента — это использование современных методов диагностики, включая РКТ, МРТ, соблюдение принципов апаразитарности и антипаразитарности хирургического вмешательства [2], специфическое медикаментозное лечение в послеоперационном периоде альбендазолом и его аналогами. Радикальный подход в лечении больных с применением современных достижений вертеброхирургии (удаление компрессирующего очага, реконструкция и стабилизация позвоночной колонны) позволяет достичь ранней и полной реабилитации.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ахмедов И.Г. Патогенетическое обоснование определения понятия «рецидив эхинококковой болезни» // *Анналы хир.* — 2004. — № 2. — С. 73–76.
2. Вафин А.З. Апаразитарность и антипаразитарность хирургических вмешательств при эхинококкозе // *Хирургия.* — 1993. — № 4. — С. 70–74.
3. Тимершин А.Г. и др. Эхинококкоз позвоночника у ребенка // *Нейрохирургия.* — 2003. — №3. — С. 44–45.
4. Тиходегов С.А., Советова Н.А., Миролюбов Н. Эхинококкоз позвоночника // *Вестн. рентгенол. и радиол.* — 1995. — № 3. — С. 53–56.
5. Хакимов И.М., Зиятдинов К.М. Случай альвеолярного эхинококкоза множественной локализации // *Казанский мед.ж.* — 1989. — №2. — С.138–139.

УДК 612.141: 616.12-008.331.1-055.1039.71

АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ОФИСНОГО ИЗМЕРЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ В МУЖСКОЙ КОГОРТЕ В КАЗАНИ

Максим Анатольевич Макаров

Казанский государственный медицинский университет

Реферат

Изучено распределение трех уровней нормального артериального давления в популяции. В когорте из 414 мужчин в возрасте $43,9 \pm 6,7$ года выявлено соотношение категорий нормального артериального давления — оптимального, нормального, высокого нормального как 2:5:3. Средний (4%) или высокий (5%) риск смерти в течение ближайших 10 лет имеют 62,5% мужчин в когорте без установленного диагноза артериальной гипертензии (при среднем возрасте когорты $55,6 \pm 6,7$ года).

Ключевые слова: категории нормального АД, предгипертензия, риск смерти.

ANALYSIS OF OFFICE MEASUREMENT OF BLOOD PRESSURE IN A MALE COHORT IN KAZAN

M.A. Makarov

Kazan State Medical University

Summary

Studied was the distribution of the three levels of normal blood pressure in the population. In a cohort of 414 men aged $43,9 \pm 6,7$ years revealed was the ratio of categories of normal blood pressure — optimal: normal: high normal as 2:5:3. A moderate (4%) or high (5%) risk of death within the next 10 years have 62.5% of the men in the cohort who had no diagnosis of hypertension (with an average age of the cohort $55,6 \pm 6,7$ years).

Key words: categories of normal blood pressure, risk of death.

Как известно, величина артериального давления (АД) — важнейший фактор, определяющий тяжесть артериальной гипертензии (АГ), ее прогноз и тактику лечения. Степень сердечно-сосудистого риска, помимо наличия или отсутствия сопутствующих факторов риска (ФР), поражения органов-мишеней (ПОМ) и ассоциированных клинических состояний (АКС), в значительной мере зависит от самой величины АД. Данный подход нашел отраже-

ние в используемой в России для оценки фатального сердечно-сосудистого риска в течение 10 лет шкале SCORE (Systematic COronary Risk Evaluation) [5]. В последнее время, кроме подразделения АГ на 3 степени в зависимости от уровня АД, в широкую клиническую практику вошло подразделение традиционно понимаемого «нормального» АД (систолическое АД < 140 и ≥ 100 ; диастолическое АД < 90 и ≥ 60 мм Hg) на три категории: оптимальное (ОАД), нормальное (НАД) и высокое нормальное (ВНАД) артериальное давление (табл.1). Согласно JNC-7 (2003, табл.2), НАД и ВНАД рассматриваются

* Автор для переписки: vfrfhd7@mail.ru