

ЛИТЕРАТУРА

1. Дефицит витамина D в педиатрической практике: современные подходы к медицинской профилактике, диагностике, лечению: учеб.-метод. пособие / А. С. Почкайло. [и др.]. – 3-е изд., доп. и перераб. – Минск : БелМАПО, 2021. – 75 с.
2. Майданник, В. Г. Рахит / В. Г. Майданник // в кн. : Педиатрия : учебник. – 2-е изд. – Харьков : Фолио, 2002. – С. 6–25.
3. Hewison, M. Vitamin D and the Immune System: New Perspectives on an Old Theme / M. Hewison // Endocrinol Metab Clin N Am. – 2010. – Vol. 39. – P. 365–379.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ТУБЕРКУЛЁЗНОГО СПОНДИЛИТА ТН10-11

Теряева А. О.

ФГБОУ ВО "Волгоградский государственный медицинский университет"
Министерства здравоохранения Российской Федерации

Научный руководитель: канд. мед. наук Калуженина А. А.

Актуальность. Туберкулезный спондилит – наиболее часто встречающаяся внелегочная форма туберкулеза [3], которая, в связи с тем, что заболевание имеет тенденцию протекать скрыто, под маской других патологических процессов (в результате чего заболевание выявляют в 40% случаев на поздних стадиях) [3], часто приводит к осложнениям: грубым деформациям позвоночника, парезам, формированию эпидурального и паравертебрального натечных абсцессов (встречаются у 70% взрослых пациентов) [3]. Связано это со многими факторами, одним из которых является отсутствие чувствительного метода выявления туберкулезного спондилита на ранних стадиях. При диагностике туберкулезного спондилита, кроме визуального осмотра, при котором оценивают степень деформаций позвоночника, выраженность неврологической симптоматики, применяются лучевые, бактериологические, цитологические и/или гистологические исследования [2, 3, 4].

Цель. На примере клинического случая с типичной локализацией туберкулезного спондилита показать диагностику и дифференциальную диагностику данного заболевания.

Методы исследования. Проведено проспективное исследование истории болезни пациента, находящегося на лечении во внелегочном отделении противотуберкулезного диспансера.

Результаты и их обсуждение. Пациентка К., 50 лет. Поступила 20.09.2023 с жалобами на боль в грудном отделе позвоночника, нарушением ходьбы и

опоры. Эпидемиологический анамнез: туберкулезный контакт с дочерью, умершей от туберкулеза легких 2 года назад. Заболела 2,5 месяца назад. Лечилась самостоятельно дома введением в/м нестероидных противовоспалительных препаратов. В июле 2023 г. вскрыт постинъекционный абсцесс ягодичной области. Август 2023 – диагностирован спондилит. Получала лечение (с 28.08.23 до 16.09.23). Лечение без эффекта. Сопутствующие заболевания: ВИЧ с 2019 г., хронический вирусный гепатит С с 2020 г., серопозитивность по сифилису в течении 20 лет. В 2021 г. от антиретровирусной терапии оторвалась. Проживает в отдельной квартире с внучкой 14 лет, сыном 11 лет. Не работает. Вредные привычки – курение. Наследственность не отягощена. Аллерго-анамнез не отягощен. Общее состояние – удовлетворительное. Рост 156 см, вес 50 кг, телосложение астеническое. Температура тела – 36,1, сатурация 99 %, сознание ясное. Status localis: положение, вынужденное на спине. Кожные покровы бледные, чистые. Склеры светлые, губы розовые, зев не гиперемирован, язык обложен серым налетом, лимфоузлы не увеличены. Аускультативно – дыхание везикулярное, хрипов нет, частота дыхания – 18 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные, частота сердечных сокращений=пульсу=78 ударов в минуту. Отеков нет. Сидит с опорой, нарушена функция ходьбы и опоры. Локально – габбус небольших размеров в нижнегрудном отделе позвоночника. Пальпаторно – безболезненный, симптом Лассега – отрицательный (-), симптом Корнева – положительный (+), Нарушение функции тазовых органов нет. Проведены следующие исследования: общий анализ крови, биохимический анализ крови, посев мокроты, посев мочи, ПЦР пунктата абсцесса, магнитно-резонансная томография грудного отдела позвоночника.

Лабораторные показатели: 17.09.23 гемоглобин – 123, скорость оседания эритроцитов – 28, лейкоциты – 9,1, Эозинофилы – 2, Лимфоциты – 32, АлАт– 51, АсАт–53, Креатинин–71, Мочевина– данных нет. 20.10.23 Нв – 111, скорость оседания эритроцитов – 26, лейкоциты– 6,7, Эозинофилы –5, Лимфоциты –51, АлАт– 71, АсАт– 60, Креатинин 62, Мочевин– 330. Иммунологическая диагностика: Диаскинтест – 17 мм.

Бактериологическая диагностика: Мокрота на Микобактерию Туберкулеза (МБТ) (микроскопия) – отрицательно (-). Мокрота на МБТ (посев) – отрицательно. Моча на МБТ (микроскопия) – отрицательно. Моча на МБТ (посев) – отрицательно. ПЦР на ДНК МБТ пунктата абсцесса – ДНК выявлены. Магнитно-резонансная томография грудного отдела позвоночника: Прогрессирующая контактная деструкция в телах Th10-11 позвонков с клиновидной деформацией, паравертебральным и эпидуральным абсцессом.

Дифференциальная диагностика проведена с Третичным сифилисом, Хроническим гематогенным остеомиелитом и Туберкулезом костей.

На основании клинической картины выявлены такие различия: при Хроническом гематогенном остеомиелите выявляется острый период заболевания, чаще поражение диафиза длинных трубчатых костей, отсутствие контакта с больным туберкулезом, отсутствие признаков общей туберкулезной

интоксикации, крайне редкое вовлечение в процесс суставов, редко встречаются атрофию мышц, конечность не отстает в развитии, отрицательный симптом Александра, отсутствие натечных абсцессов [1, 4]. При Третичном сифилисе: развитие медленное, повреждение диафизов трубчатых костей, натечные абсцессы [4]. При Туберкулезе костей наблюдаются: постепенное развитие болезни, повреждение в основном метафиза и эпифиза длинных трубчатых костей, позвонков, контакт с большим открытой формой туберкулеза, наличие признаков общей туберкулезной интоксикации, частое повреждение близлежащих суставов, постоянно выявляют атрофию мышц, конечность отстает в развитии, положительный симптом Александра, образование холодных натечных абсцессов [1, 3, 4].

На основании Лабораторных данных выявлены следующие отличия: при Хроническом гематогенном остеомиелите в периферической крови – нейтрофильный лейкоцитоз; туберкулиновые пробы (реакция Манту, Пирке) – отрицательные; при посеве гноя выделяют неспецифическую гноеродную микрофлору, чаще стафилококк [3,4]. При Третичном сифилисе: лимфоцитоз, реакция Вассермана – положительная, туберкулиновые пробы (реакция Манту, Пирке) – отрицательные [4]. При туберкулезе костей в периферической крови – лимфоцитоз; туберкулиновые пробы – положительные; при посеве гноя выделяют микобактерию туберкулеза [1, 3, 4].

На основании Рентгенологических признаков выявляются такие различия: при хронический гематогенном остеомиелите – остеосклероз, периостит, наличие секвестральной коробки, плотные костные секвестры [4]. При Третичном сифилисе – ограниченное утолщение кости, наружные контуры периостального остеофита совершенно гладки и резко ограничены, секвестры образуются редко [1, 4]. При туберкулезе костей – остеопороз, отсутствие периостита, отсутствие секвестральной коробки, костная полость не имеет четких границ, секвестры – по типу «тающего сахара». [1, 3, 4].

Диагноз поставлен на основании эпидемиологического анамнеза, группы риска, длительной и без результатной терапии остеомиелита, иммунодиагностики, ПЦР диагностики, данных МРТ. Лечение назначено по лекарственно-чувствительному режиму химиотерапии интенсивной фазе: Изониазид 0,6, Пиразинамид 1,5, Этамбутол 1,2, Рифампицин 0,45.

Выводы. При подозрении на туберкулезный спондилит стандартно дифференциальный диагноз проводится с хроническим гематогенным остеомиелитом на основании клинической картины, лабораторных данных, рентгенологических исследований. Учитывая серопозитивность пациента, в дифференциально-диагностический ряд добавлен третичный сифилис. На данном клиническом примере мы видим классическое проявление туберкулезного спондилита с типичной локализацией. Все проведенные методы диагностики подтверждают данный диагноз.

ЛИТЕРАТУРА

1. Герман, О. Ю. Спондилиты туберкулезной этиологии в структуре дорсалгий – актуальная проблема медицины // БМИК. 2018. №11.
2. Голка, Г. Г., Веснін, В. В., Фадеев О. Г., Бурлака, В. В., Олійник, А. О., Гаркуша, М. А. Общие принципы диагностики туберкулезного спондилита // Травма. 2017. №3
3. Свинцева, Е. В. Клинический случай туберкулезного спондилита с формированием натечных абсцессов / Е. В. Свинцева, Н. Н. Федорова, В. И. Горынцева, В. А. Бекмачева. // Молодой ученый. – 2021. – № 6 (348). – С. 106–110.
4. Хакимова, Р. А., Саиджонова, Ф. Л., Октамов, Р. Т., Исакова, Ш. И., Сайфуддинов, С. З. ЗНАЧЕНИЕ НОВЫХ ИННОВАЦИОННЫХ МЕТОДОВ В ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ НАТЕЧНИКОВ ТУБЕРКУЛЕЗНОЙ ЭТИОЛОГИИ // Теория и практика современной науки. 2020. №11 (65).

КЛИНИКО-НЕВРОЛОГИЧЕСКИЕ, НЕЙРОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ КОГНИТИВНОГО ДЕФИЦИТА У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ СТРАДАЮЩИХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 1 ТИПА

Хасанова Н. О.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Научный руководитель: проф. Маджидова Я. Н.

Актуальность. Сахарный диабет (СД), или нарушение углеводного обмена, продолжает оставаться одной из наиболее актуальных проблем мировой медицины. Диабетические осложнения приводят к высокой заболеваемости и смертности, а также к значительному потреблению ограниченных медицинских ресурсов [1].

Значительное расширение возрастных границ диабета, развитие множества осложнений, высокий уровень инвалидизации и летальности определяют приоритетные позиции сахарного диабета в национальных программах здравоохранения всех без исключения стран мира, закрепленные нормативными актами ВОЗ [2].

Цель. На основе клинико-неврологического и нейрофизиологического анализа определить характер и тяжесть различных нейрокогнитивных нарушений у детей и подростков с сахарным диабетом 1 типа с дальнейшей оптимизацией подходов диагностики и коррекции.

Методы исследования.

Под нашим наблюдением находилось 102 пациента в возрасте от 7 до 18 лет, получавшим стационарное лечение по поводу сахарного диабета 1 типа