

А.Г. Мархаев, М.В. Бадлеева

НЕОБЫЧНЫЙ СЛУЧАЙ ПРИЖИЗНЕННОГО ВЫЯВЛЕНИЯ ИНТРАДУРАЛЬНОЙ ИНТРАМЕДУЛЛЯРНОЙ ТУБЕРКУЛЕМЫ

DOI 10.25789/YMJ.2019.66.33

УДК 616-002.5

В статье приведен случай прижизненного выявления редкой формы внелегочного туберкулеза - интрамедуллярной туберкулемы. Данный случай показывает, что магнитно-резонансная томография с внутривенным контрастированием – достаточно информативный метод для диагностирования туберкулемы спинного мозга.

Ключевые слова: туберкулема, спинной мозг, МРТ, Бурятия.

The article presents a case of in vivo detection of a rare form of extrapulmonary tuberculosis - intramedullary tuberculoma. This case shows that magnetic resonance imaging is an informative enough method for the in vivo diagnosis of spinal cord tuberculoma.

Keywords: tuberculoma, spinal cord, MRT, Buryatia.

Введение. Туберкулез по-прежнему является важной патологической проблемой в развитых и развивающихся странах [1]. По некоторым оценкам, участие центральной нервной системы у пациентов с туберкулезом составляет примерно 10%, причем наиболее распространенным проявлением является туберкулезный менингит. Спинальная туберкулема является также внелегочным проявлением туберкулеза с участием центральной нервной системы и характеризуется как экстра- или интрадуральная в зависимости от местоположения [2,3].

Экстрамедуллярная туберкулема встречается крайне редко. В литературе было найдено только 30 сообщений о такой локализации туберкулемы.

Интрамедуллярная туберкулема – также редкая форма болезни. В мире описано не более четырех десятков случаев туберкулемы спинного мозга. Cascino и Dibble в 1956 г. впервые описали интрамедуллярную спинальную туберкулему [7]. MacDonell et al. за 30 лет выявили 18 случаев данной патологии [8]. Ramdurg et al. за 21 год представили 15 случаев заболевания [9]. Интрамедуллярная спинальная туберкулема развивается вследствие гематогенной диссеминации возбудителя или инфицирования спинальной жидкости. Соотношение внутримозговых туберкулем к спинальным составляет 42 к 1 [5]. Среди женщин данная патология встречается несколько чаще [11-13]. В Бурятии интрамедуллярные туберкулемы ранее не диагностировались.

Цель исследования: описание клинической картины, методов диагностики интрамедуллярной туберкулемы.

Материалы и методы исследования. Больной N., мужчина 34 лет, в детстве перенес первичный туберкулез. Рецидив туберкулеза выявлен в 2003 г. в местах лишения свободы, лечение короткими курсами было неэффективным. К 2013 г. сформировался фиброзно-кавернозный туберкулез легких БК+ II Б ГДУ, МЛУ-HRS. В декабре 2014 г. в связи с тяжелым состоянием здоровья больной был освобожден.

Результаты и обсуждение. Пациент поступил в стационар с жалобами на параличи, отсутствие контроля над функциями тазовых органов, озноб, лихорадку, похудание, выраженную общую слабость, кашель с мокротой. Из анамнеза установлено, что несколько месяцев назад появились боли в грудном и поясничном отделах позвоночника. Состояние ухудшалось: боли в позвоночнике усиливались, слабость в конечностях нарастала до отсутствия активных движений в нижних конечностях. Расстройства функции тазовых органов не отмечалось.

Диагноз при поступлении: диссеминированный туберкулез легких в фазе распада МБТ (+), МЛУ-HRSPas, 11Б ГДУ. Кахексия, полиорганная недостаточность.

На рентгено-томограммах органов грудной клетки отмечается наличие с обеих сторон множественных полиморфных очаговых теней, больше справа, каверн с толстыми стенками (рис. 1, 2).

При неврологическом осмотре отмечено, что черепно-мозговые нервы патологическим процессом не затронуты. Мышечный тонус снижен во всех конечностях, рефлексы вялые. Моз-

жечковые пробы, проверка чувствительности были нормальными, менингеальных и корешковых симптомов не выявлено.

При МРТ с внутривенным контрастированием Omniscan на уровне Th3



Рис. 1 Обзорная рентгенограмма легких

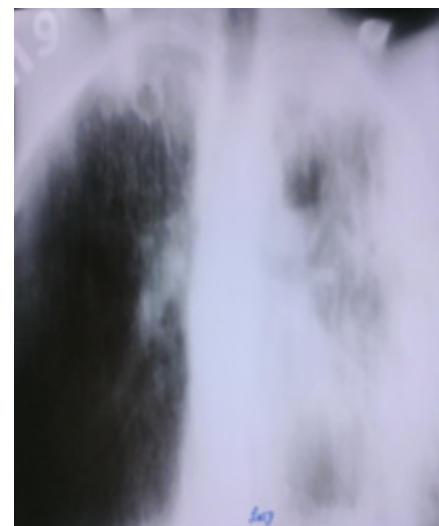


Рис. 2 Томограмма легких

Бурятский государственный университет:
МАРХАЕВ Андрей Григорьевич – к.м.н.,
ст. преподаватель Медицинского института,
marhaev50@mail.ru, **БАДЛЕЕВА Мария Владимировна** – к.м.н., доцент,
mbadleeva@mail.ru.



Рис. 3 МРТ позвоночника

выявлены: объемное образование с кольцевидным накоплением контраста размерами 7x8 мм; перифокально небольшая инфильтрация (рис. 3).

Дифференциальную диагностику проводили между новообразованием, рассеянным склерозом и туберкулезом позвоночника.

Анализ цереброспинальной жидкости не проведен из-за отказа больного. На основании полученных данных выставлен диагноз туберкулема спинного мозга. Противотуберкулезная терапия

не дала результатов из-за далеко зашедшего туберкулезного процесса. Пациент умер от туберкулеза. Патоанатомическое исследование подтвердило диагноз.

Заключение. У больного с хроническим распространенным туберкулезом легких вследствие отказа от лечения на фоне гематогенной диссеминации в легких присоединился туберкулез нервной системы – интрамедуллярная туберкулема с типичной неврологической симптоматикой.

Диагностирование поражения спинного мозга стало возможным благодаря применению магнитно-резонансной томографии с контрастированием, что свидетельствует об эффективности метода для прижизненного диагностирования туберкулемы спинного мозга.

Литература

1. Берестнева Р.Е. Клиническое течение и исходы туберкулеза мозговых оболочек и ЦНС / Р.Е. Берестнева, О.Н. Суменкова // Сб. м-лов 1-й нац. конф. с междунар. участием «Нейроинфекции», 28–31 мая 2007 г. — М., 2007. — С. 7–10.
2. Берестнева Р.Е. The clinical course and outcomes of tuberculosis of the meninges and the central nervous system / R.E. Berestneva, O.N. Sumenkova // Proc. of the first 1st nat. conf. with the intern. participation «Neuroinfections», May 28–31, 2007. - М., 2007. - P. 7–10.
3. Кульчавеня Е. В. Клинико-эпидемиологические особенности современного туберкулеза

лёзного спондилита / Е.В. Кульчавеня // Туберкулез и болезни легких. — 2013. - № 1. — С. 41–45.

Kulchavenya E.V. Clinical and Epidemiological Features of Modern Tuberculous Spondylitis / E.V. Kulchavenya // Tuberculosis and Lung Diseases. - 2013. - № 1. - p. 41–45.

3. Советова Н.А. Туберкулезный спондилит у взрослых (клинико-лучевые проявления) / Н.А. Советова // Туберкулез и болезни легких. — 2014. — № 2. — С. 10–14.

Sovetova N.A. Tuberculous spondylitis in adults (clinical and radiological manifestations) / N.A. Sovetova // Tuberculosis and lung diseases. - 2014. - № 2. - p. 10–14.

4. Смердин С.В. Возможности лучевой диагностики туберкулезного спондилита / С.В. Смердин // Туберкулез и болезни легких. — 2014. — № 7. — С. 65–70.

Smerdin S.V. Possibilities of radiation diagnosis of tuberculous spondylitis / S.V. Smerdin // Tuberculosis and lung diseases. - 2014. - № 7. - P. 65–70.

5. Цинзерлинг В.А. Инфекционные поражения нервной системы: вопросы этиологии, патогенеза и диагностики: руководство для врачей / В.А. Цинзерлинг, М.Л. Чухловина. — СПб.: ЭЛБИ-СПб, 2005.

Zinzerling V. A. Infectious lesions of the nervous system: etiology, pathogenesis and diagnosis: a guide for physicians / V. A. Zinzerling, M. L. Chukhlovina. - SPb.: ELBI-SPb, 2005.

6. Шапкина Е.Ю. Этапная двигательная реабилитация детей с неврологическими осложнениями туберкулезного спондилита / Е. Ю. Шапкина, А.Ю. Мушкин, К.Н. Коваленко // Пробл. туберкулеза. — 1999. — № 3. — С. 27–30.

Shapkova E. Yu. Staged motor rehabilitation of children with neurological complications of tuberculous spondylitis / E. Yu. Shapkova, A. Yu. Mushkin, K.N. Kovalenko // Probl. tuberculosis. - 1999. - № 3. - P. 27–30.

ОБМЕН ОПЫТОМ

Е.Г. Григорьев, А.В. Мельник, С.Е. Григорьев, А.В. Новожилов

РЕНТГЕНОХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОЙ ТАЗОВОЙ БОЛИ, ВЫЗВАННОЙ ПЕРИМЕТРАЛЬНОЙ ВЕНОЗНОЙ КОНГЕСТИЕЙ

DOI 10.25789/YMJ.2019.66.34

УДК 618.134

Представлено клиническое наблюдение хронической боли у пациентки с тазовой венозной конгестией. Комплексное лучевое исследование (доплерография, мультиспиральная компьютерная томография, ангиография) установило признаки полнокровия – нарушения оттока по левой гонадной вене. Суперселективная окклюзия дилатированного сосуда привела к выздоровлению: боли прекратились, нормализовалась половая функция.

Ключевые слова: венозная конгестия, хроническая тазовая боль, эндоваскулярная окклюзия.

A case report of chronic pain in a patient with pelvic venous congestion is presented for discussion. Complex radiation study (doppler ultrasound, multispiral computed tomography, angiography) diagnosed the signs of hyperemia - disorders in the drainage via the left gonadal vein. Superselective occlusion of the dilated vessel resulted in recovery: the pains discontinued, sexual function became normal.

Keywords: venous congestion, chronic pelvic pain, endovascular occlusion.

ГРИГОРЬЕВ Евгений Георгиевич – член-корр. РАН, д.м.н., проф., зав. кафедрой Иркутского ГМУ, науч. руковод. ИНЦХТ, egg@iokb.ru; ГБУЗ ИОКБ: **МЕЛЬНИК Алексей Викторович** – врач, egg@iokb.ru, **ГРИГОРЬЕВ Сергей Евгеньевич** – к.м.н., врач хирург, grigorievse@gmail.com, **НОВОЖИЛОВ Александр Владимирович** – к.м.н., зав отделением, novojilov_av@mail.ru.

Варикозная болезнь малого таза, или синдром тазовой конгестии – трудно диагностируемое патологическое состояние. Основными симптомами синдрома являются хроническая тазовая боль более 6 мес., не зависящая от менструального цикла, диспареуния и дисменорея [1, 6]. Впервые это состояние описал Richet в 1857 г. Причиной тазового полнокровия считается венозная почечная ги-