

УДК 616.711-002.5

Осложненное течение туберкулезного спондилита у пациента с ВИЧ-инфекцией (клиническое наблюдение)

Е.В. Шувалова, В.В. Олейник, С.С. Назаров

Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт фтизиопульмонологии

Complicated form of tuberculous spondylitis in a patient with HIV infection: a case report

E. Shuvalova, V. Oleynik, S. Nazarov

St. Petersburg State Research Institute of Phthisiopulmonology

© Коллектив авторов, 2017 г.

Резюме

Представлен случай осложненного течения туберкулезного спондилита на фоне ВИЧ-инфекции. При наличии комбинированного подхода к лечению туберкулезного спондилита при прогрессирующей иммуносупрессии удается добиться затихания процесса и купирования клинических симптомов.

Ключевые слова: туберкулезный спондилит, ВИЧ-инфекция, повторное хирургическое лечение

Summary

A case of a complicated form of tuberculous spondylitis in a patient with HIV infection is presented. In the presence of a combined approach to the treatment of tuberculosis spondylitis in patients with progressive immunosuppression, it is possible to stop the clinical symptoms.

Keywords: tuberculous spondylitis, HIV infection, surgery, case reports

Пациент М., 1981 г.р., социально благополучен, женат, имеет высшее образование. Инвалид II группы по туберкулезному спондилиту. Поступил в СПб НИИФ по направлению противотуберкулезного диспансера (ПТД) с диагнозом: туберкулезный спондилит Th_{vii}–Th_{xii}, операция 05.05.2011 в связи с выявленным рецидивом.

Из анамнеза известно: в 2003 г. выявлена ВИЧ-инфекция. Путь заражения — гемоконтактный, употреблял ПАВ, на момент госпитализации — стойкая ремиссия. АРВТ не получал. CD4+ от 24.12.2012 — 411 кл./мкл, от 15.09.2014 — 292 кл./мкл, вирусная нагрузка — 2500 коп./мл. Фаза прогрессирования без антиретровирусной терапии.

Туберкулезный контакт неизвестен. В 2010 г. на фоне общего благополучия впервые возникли боли в грудном отделе позвоночника. Обследовался в общей лечебной сети, заподозрен туберкулезный спондилит (данные обследования представлены на рис. 1), направлен в ПТД, где установлен диагноз, начата терапия по I режиму в течение 6 мес, с незначительным эффектом в виде уменьшения болевого синдрома. Через 3 мес, весной 2011 г. обострение — усиление болей, появление слабости в нижних конечностях, повышение температуры до фебрильных цифр в вечернее время. Госпитализирован в туберкулезную больницу по месту жительства, где 05.05.2011 проведена операция: резекция тел позвонков Th_{viii}–Th_{xii}.



Рис. 1. Компьютерная томограмма позвоночника до хирургического лечения

абсцессотомия, декомпрессия спинного мозга, спондилодез аутотрансплантатом из ребра. В позднем послеоперационном периоде сформировался свищ, который периодически до периода настоящей госпитализации открывался и закрывался. В отделяемом свища (методом посева на плотные питательные среды) — МБТ(+) МЛУ (SHREKPt). Получил полный курс противотуберкулезной терапии по IV режиму. Боли в позвоночнике сохранялись в течение 3 лет. Стационарное консервативное лечение в ПТД с 16.09.2013 по 03.03.2014 г. В связи с «неэффективностью консервативной терапии» заочно консультирован в СПб НИИФ, где рекомендована госпитализация для оперативного лечения.

Объективный статус: состояние относительно удовлетворительное. Пациент среднего роста, нормостеничного телосложения, удовлетворительного питания. Кожа и видимые слизистые оболочки обычной окраски, чистые. Пульс 72 уд./мин. АД 130/80 мм рт.ст. Тоны сердца чистые, ясные. Дыхание жесткое, прослушивается над всем легочным полем, хрипов нет. Язык чистый, влажный. Живот мягкий, безболезненный. Печень увеличена, край ее выступает из-под реберной дуги на 2 см, мягкий, ровный, безболезненный при пальпации. Перистальтика выслушивается. Псоас-абсцессы не пальпируются. Физиологические отправления в норме.

Status localis: деформации позвоночника не определяются. Исследование позвоночника умеренно болезненно на уровне среднегрудного отдела. Парезов, нарушений чувствительности нет. Периодически

функционирует свищ в области послеоперационного рубца.

Данные обследования

Клиническая оценка состояния пациента проведена с использованием современных шкал: индекса коморбидности (Charlson, 1987), 10-балльной визуальной аналоговой шкалы боли, оценки качества жизни — шкала Освестри (1980), адаптированная шкала нестабильности позвоночника (SINS, 2010). Неврологические осложнения оценивали по шкалам Frankel (1969) и ASIA (2010). Данные представлены в табл. 1.

Таблица 1

Клиническая оценка состояния пациента

Шкала	Оценка
Индекс коморбидности	9
Визуальная аналоговая шкала	5
Шкала Освестри	48
Адаптированная шкала нестабильности позвоночника	11
Шкала Frankel	E
Шкала ASIA	Двигательный тест — 100 Тест укола булавки — 112 Тест мягкого прикосновения — 112

Таблица 2

Клинический анализ крови

Дата	Показатель	Ед. изм.	Значение	Референтное значение
07.10.2014	Лейкоциты	$10^9/\text{мм}^3$	6,7	3,5–10,0
	Красные кровяные тельца	$10^6/\text{мм}^3$	5,39	3,80–5,80
	Гемоглобин	г/дл	16,6	11,0–16,5
	Гематокрит	%	48,6	35,0–50,0
	Тромбоциты	$10^3/\text{мм}^3$	296	150–390
	Тромбокрит	%	253	063–500
	П	%	2	1–6
	С	%	47	48–78
	Э	%	1	1–5
	Л	%	46	9–37
	М	%	4	3–11
	СОЭ	мм/ч	12	2–10

Таблица 3

Биохимический анализ крови

Дата	Показатель	Ед. изм.	Значение	Референтное значение
07.10.2014	Общий белок	г/л	94	65–85
	Аспаратаминотрансфераза	ед./л	25	0–40
	Аланинаминотрансфераза	ед./л	24	0–38
	Общий билирубин	мкмоль/л	15,0	3,0–18,0
	Глюкоза	ммоль/л	5,06	3,90–5,80
	Мочевина	ммоль/л	3,9	2,5–6,4
	Креатинин	мкмоль/л	75	53–115
	Общий холестерин	ммоль/л	4,97	3,80–5,60
	Протромбиновое время	с	11,8	10,5–13,4
	Фибриноген	г/л	4,0	1,740–4,040

HBsAg	Отр.
HCVAб	+
Ф-50	+
Микрореакция	Отр.
ИФА-Iues	Отр.

Пациенту проведено лабораторное обследование: клинический анализ крови (табл. 2), биохимический анализ крови (табл. 3), общий анализ мочи, анализ на маркеры вирусных гепатитов; инструментальное обследование: фиброгастроскопия (без патологии), компьютерная томография органов грудной клетки и грудного отдела позвоночника.

Общий анализ мочи от 07.10.2014 — светло-желтая, уд. вес — 1020, реакция щелочная, белок — 0, L — 3–5 в поле зрения. Эр. — 0–2, слизь в умеренном количестве, эпителий плоский, небольшое количество.

Данные рентгенологического обследования

При компьютерной томографии (СКТ) органов грудной полости от 10.10.2014: без видимых очаговых и инфильтративных изменений.

На СКТ грудного отдела позвоночника от 10.10.2014: тела позвонков Th_{viii}–Th_{xii} резецированы на 2/3. В сформированные ложа внедрен аутоотрансплантат из ребра, отмечается прогрессирование процесса с вовлечением позвонков Th_{vi}–Th_{vii}, частичный лизис аутоотрансплантата из ауторебра. Паравerteбральные мягкие ткани утолщены. Эпидуральный абсцесс на уровне Th_{viii}–Th_{ix} (рис. 2).

Диагноз: по совокупности клинико-рентгенологических данных пациенту установлен диагноз:

Основное заболевание: ВИЧ-инфекция 4Б стадии, фаза прогрессирование без АРВТ. Туберкулезный спондилит позвонков Th_{vi}–Th_{xii}, торпидно-текущий процесс. Операция 05.05.2011. Прогрессирование.

Осложнение: болевой синдром. Паравerteбральный абсцесс. Эпидуральный абсцесс.

Сопутствующие: хронический вирусный гепатит С, стадия минимальной активности.

Лечение

Хирургическое лечение. Показания к операции: наличие болевого синдрома, прогрессирующей деструкции позвоночника, абсцессов.

С учетом данных обследования пациенту 18.11.2014 выполнено оперативное лечение: абсцессотомия. Резекция тел позвонков Th_{vi}–Th_x. Удаление эпидурального абсцесса. Респондилодез Mesh, заполненного ауторебром. Задняя инструментальная фиксация на уровне позвонков Th_v–Th_{xii}. Medtronic Sofamor Danek.

Послеоперационный период без осложнений. Пациент активизирован через 11 дней. Полностью купированы неврологические осложнения, болевой синдром.

Проводилась противотуберкулезная химиотерапия (Pas 9,0, Z 1,5, Ofx 0,8 Cs 0,75 Cap1,0), симптоматическая терапия (витамины, гепатопротекторы, омепразол).

В операционном материале: гистологический анализ — туберкулезное воспаление, продуктивно-некротическая форма.

ДНК МБТ в операционном материале выделено методом ПЦР от 20.11.2014, содержит мутации в генах, отвечающие за устойчивость к HR.

Бактериологический анализ операционного материала: МБТ(+) от 19.02.2015 представлен в табл. 4.

Лечение скорректировано с учетом выявленной чувствительности.

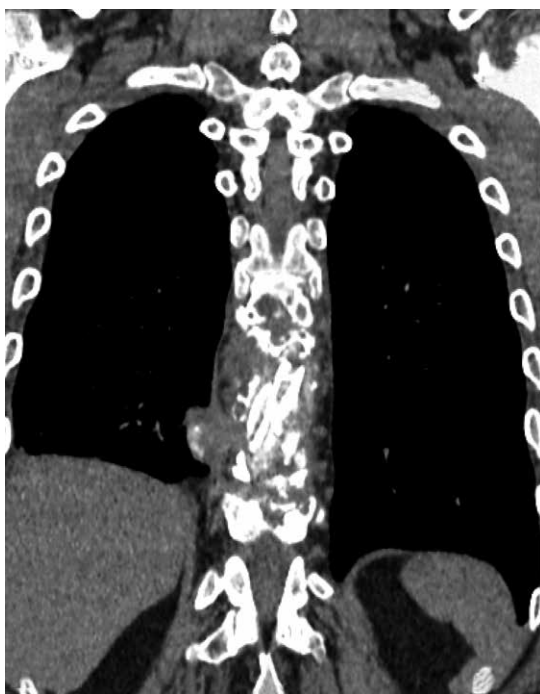


Рис. 2. Компьютерная томограмма позвоночника при поступлении в СПб НИИФ. Прогрессирование туберкулезного спондилита

Таблица 4

Бактериограмма

Препарат	Чувствительность/ устойчивость
Стрептомицин (все концентрации)	Устойчив
Изониазид (все концентрации)	Устойчив
Рифампицин	Устойчив
Этамбутол	Чувствителен
Канамицин	Устойчив
ПАСК	Устойчив
Циклосерин	Чувствителен
Этионамид	Чувствителен
Протионамид	Чувствителен
Офлоксацин	Чувствителен
Капреомицин	Устойчив
Амикацин	Устойчив

Через 3 мес начата антиретровирусная терапия с положительным эффектом: увеличение CD4+ в течение 1 года до 540 кл./мкл, снижение вирусной нагрузки до неопределяемой величины.

Изучение отдаленных результатов

Пациенту проведено контрольное обследование в феврале 2017 г. (табл. 5).

Таблица 5

Клиническая оценка состояния пациента через 2,5 года после проведенного хирургического лечения

Шкала	Оценка
Шкала коморбидности	9
Визуальная аналоговая шкала	1
Шкала Освестри	5
Шкала Frankel	E
Шкала ASIA	Двигательный тест — 100 Тест укола булавки — 112 Тест мягкого прикосновения — 112

По результатам контрольного СКТ-обследования данных за обострение и прогрессирование туберкулеза в позвоночнике не выявлено. Положение металлоконструкции и имплантата правильное. Исход оперативного лечения — хороший (рис. 3).

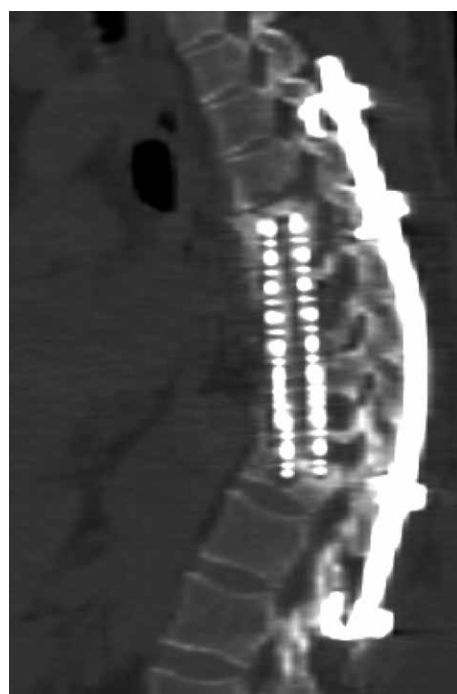
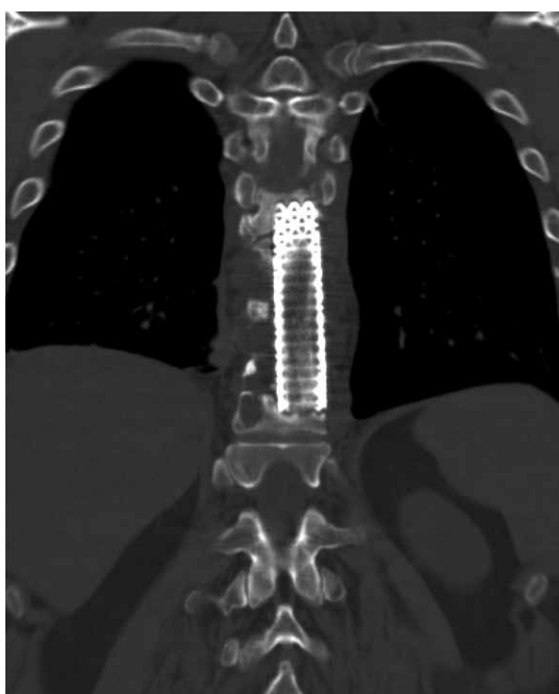


Рис. 3. Отдаленные результаты лечения туберкулезного спондилита

Заключение

Клиническое наблюдение отражает осложненное течение туберкулезного спондилита на фоне прогрессирующей иммуносупрессии.

Обращает на себя внимание несколько ошибок ведения пациента до поступления в СПб НИИФ.

1. Документы поступили на консультацию только спустя 3 года, несмотря на то что все это время функционировал свищевой процесс, что является показателем активности туберкулезного спондилита.
2. МБТ(+) МЛУ (SHREKPt) в отделяемом из свища от 2012 г., тогда же когда в операционном материале от 2014 г. — МБТ(+) МЛУ (SHRKPasACm), при сохраненной чувствительности к EPt. Возможно ли такое изменение чувствительности?
3. Не проводилась антиретровирусная терапия. При комбинированном подходе к лечению туберкулезного спондилита при наличии иммуносупрессии

удаётся добиться затихания процесса и купирования клинических симптомов. Лечение должно включать:

- 1) максимально быструю верификацию туберкулезного спондилита с изучением спектра лекарственной устойчивости возбудителя, для назначения адекватной химиотерапии, широкое использование молекулярно-генетических методов диагностики;
- 2) проведение антиретровирусной терапии по показаниям, лечение и профилактику вторичных инфекций;
- 3) хирургическое лечение позвоночника у пациентов без генерализации инфекции необходимо выполнять в ранние сроки (через 1 мес после начала противотуберкулезной терапии), при наличии генерализованного туберкулеза — добиваться снижения активности туберкулеза легких, олигобациллярности (в сроки 2–4 мес).

Поступила в редакцию 24.04.2017 г.

Сведения об авторах:

Шувалова Евгения Викторовна — кандидат медицинских наук, врач отделения № 6 Санкт-Петербургского научно-исследовательского института фтизиопульмонологии; 191036, Санкт-Петербург, Лиговский пр., д. 2–4; e-mail: evgesha_1000@mail.ru;

Олейник Владимир Васильевич — доктор медицинских наук, старший научный сотрудник, заведующий отделением хирургии туберкулеза позвоночника Санкт-Петербургского научно-исследовательского института фтизиопульмонологии; 194064, Санкт-Петербург, Политехническая ул., д. 32; e-mail: vladimirolejnik@yandex.ru;

Назаров Сергей Сергеевич — младший научный сотрудник Санкт-Петербургского научно-исследовательского института фтизиопульмонологии; 194064, Санкт-Петербург, Политехническая ул., д. 32; e-mail: sergejnaz@mail.ru.



www.med-alyans.ru

На официальном сайте журнала «Медицинский альянс»
вы можете скачать архив всех номеров,
направить в редакцию статью в режиме онлайн.