

7. Skvortsov V.V., Tumarenko A.V., Odintsov V.V., et al. Myocardites // Russian Journal of Cardiology. – 2009. – Vol. 1, № 75. – P. 87-96.

8. Sorokin E.V., Karpov Yu.A. Myocardites in clinical practice: modern ideas of an old disease // Russian Medical Journal. – 2001. – № 10. – P. 423.

9. Shustval N.F., Volobuyeva O.V., Lyadova T.I. Diagnosis and treatment of herpes viral myocarditis in adults with chickenpox // International Medical Journal (Ukraine). – 2016. – № 2. – P. 87-92.

10. Hufnagel G., Pankuweit S., Richter A., et al. The European Study of Epidemiology and Treatment of Cardiac Inflammatory Diseases (ESETCID). First epidemiological results // Herz. – 2000. – № 25 (3). – P. 279-285.

11. Kuhl U., Pauschinger M., Noutsias M., et al. Diagnosis and treatment of patients with virus induced inflammatory cardiomyopathy // Eur. Heart J. – 2002. – Vol. 4 (suppl. 1). – P. 173-180.

12. Cooper L.T. Giant cell myocarditis: diagnosis and treatment // Herz. – 2000. – № 25 (3). – P. 291-298.

Координаты для связи с авторами: Федорченко Юрий Леонидович – профессор кафедры факультетской терапии с курсом эндокринологии ДВГМУ, тел. +7-914-776-19-16, e-mail: ulfedmed@mail.ru; Рогате Тамара Борисовна – заместитель начальника госпиталя ФКУЗ «МСЧ МВД России по Хабаровскому краю», врач, тел. +7-914-174-01-19, e-mail: tamara.rogate@gmail.com; Аксенова Наталья Леонидовна – врач терапевтического отделения госпиталя ФКУЗ «МСЧ МВД России по Хабаровскому краю», тел. +7-924-203-67-95, e-mail: natalmozyukina753@gmail.com; Коренева Татьяна Александровна – заместитель начальника госпиталя ФКУЗ «МСЧ МВД России по Хабаровскому краю», врач, тел. +7-914-420-13-39, e-mail: gosptial.mschi@mail.ru; Козлова Марина Викторовна – зав. терапевтическим отделением госпиталя ФКУЗ «МСЧ МВД России по Хабаровскому краю», тел. +7-914-202-70-97, e-mail: marinaviktorovna85@yandex.ru.



<http://dx.doi.org/10.35177/1994-5191-2019-2-88-90>

УДК 616.284/289-002.5-078-085

О.А. Дьяченко¹, В.А. Добрых¹, В.Н. Ганза², М.А. Кравченко²,
А.А. Сюикалан¹, С.Д. Буянов¹, И.А. Бигильдин¹

ТРУДНОСТИ ДИАГНОСТИКИ ТУБЕРКУЛЕЗА ВИСОЧНОЙ КОСТИ И СРЕДНЕГО УХА (СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ)

¹Дальневосточный государственный медицинский университет,
680000, ул. Муравьева-Амурского, 35, тел. 8-(4212)-30-53-11, e-mail: nauka@mail.fesmu.ru;
²Краевое государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Туберкулезная больница»
министерства здравоохранения Хабаровского края,
680009, ул. Карла Маркса, 109а, тел. 8-(4212)-27-47-35, г. Хабаровск

Резюме

Туберкулёз среднего уха и височной кости относится к группе специфических поражений ЛОР-органов. В статье приводится клинический случай этой редкой патологии, анализируются анамнестические, клинические данные, принципы лечения, исход.

Ключевые слова: туберкулез, туберкулез среднего уха, мезотимпанит, туберкулез височной кости, мастоидит, множественная лекарственная устойчивость (МЛУ), кислотоустойчивая микобактерия (КУМ).

О.А. Dyachenko¹, V.A. Dobrykh¹, V.N. Ganza², M.A. Kravchenko², A.A. Siuikalan¹, S.D. Buyanov¹, I.A. Bigildin¹

DIFFICULTIES OF DIAGNOSTICS OF TUBERCULOSIS OF THE TEMPORAL BONE AND MIDDLE EAR (CLINICAL CASE)

¹Far Eastern State Medical University;
²Tuberculosis Hospital, Khabarovsk

Summary

Tuberculosis of the middle ear belongs to the group of specific lesions of the organs of the upper respiratory system. The article presents a clinical case of this rare pathology, anamnesis and clinical data, treatment principles are analyzed.

Key words: tuberculosis, middle ear tuberculosis, mesotympanitis, temporal bone tuberculosis, mastoiditis, multidrug resistance (MDR), acid-resistant mycobacterium (CUM).

К концу XX века отмечен рост заболеваемости туберкулезом. Изменилось его течение в сторону утяжеления процесса и генерализацией специфических

изменений с полиорганным поражением. Чаще встречаются осложнения вследствие развития устойчивости микобактерий к противотуберкулезным препаратам.

Туберкулез уха в настоящее время очень редкая патология. Зарубежные авторы 80-х годов XX века приводят цифры снижения этой локализации до 0,35 % [3]. Множественные перфорации барабанной перепонки перестали быть характерным признаком туберкулеза среднего уха. Часто он клинически не отличается от хронического гнойного отита. Наиболее характерным признаком является безболезненное начало процесса. Из уха, как правило, выделяется небольшое количество гноя, но он имеет выраженный гнилостный запах. Туберкулез среднего уха преимущественно является вторичным поражением при туберкулезе легких или других органов, чаще в костной ткани или лимфатических узлах [2]. Одним из достоверных признаков наличия туберкулезного поражения среднего уха является обнаружение микобактерий туберкулеза (МБТ) в гнойном отделяемом. Однако возбудитель туберкулеза чаще выявляется в пораженных тканях, чем в гное. Из осложнений наблюдают паралич лицевого нерва, который встречается в 20 % случаев туберкулеза среднего уха [1, 2].

Нами приводится редкий случай течения туберкулеза височной кости и среднего уха, подтвержденный гистологически и бактериологически с наличием первичной множественной лекарственной устойчивостью (МЛУ) возбудителя.

Больная Е., 22 года, студентка вуза; жительница города Хабаровска, в прошлом всегда себя считала здоровой. Вредные привычки отрицает. Контакт с туберкулезным больным не установлен, у фтизиатра ранее не наблюдалась. Поступила во внелегочное отделение Туберкулезной больницы г. Хабаровска в мае 2017 г. с жалобами на «заложенность» в ушах, шум в ушах, асимметрию лица. Анамнез заболевания: считает себя больной последние 10 месяцев, когда появилось чувство «заложенности» в правом ухе и гнойное отделяемое. Получала неоднократно консервативное лечение по месту жительства амбулаторно и в стационаре по поводу обострения хронического гнойного среднего отита, но без эффекта. Появились жалобы на асимметрию лица. Через 8 месяцев от начала лечения направлена в Федеральный научно-клинический центр оториноларингологии г. Москва, где проведена тимпанопластика с санирующим вмешательством с применением микрохирургической техники и декомпрессией канала лицевого нерва, с использованием аутоклет. Из операционного материала выделена кислотоустойчивая микобактерия (КУМ). По результатам гистологического исследования выявлена туберкулезная грануляция с большим количеством КУМ и участками казеозного некроза. Больная направлена к фтизиатру.

Проведены лабораторные и инструментальные исследования. Микроскопия отделяемого из правого и левого уха (++++). КУМ в 100 полях зрения; отделяемое из ушей методом ПЦР Синтол – обнаружено ДНК микобактериального тубкомплекса с геном устойчивости к изониазиду и рифампицину; при посеве отделяемого на средах получена тубкультура с устойчивостью к изониазиду, рифампицину и стрептомицину. При исследовании мокроты всеми методами КУМ не обнаружены. Общеклинические анализы крови и мочи в пре-

делах нормы. По данным компьютерной томографии грудной клетки: остаточные изменения перенесенного туберкулеза внутригрудных лимфатических узлов в виде мелких кальцинатов. Спиральная компьютерная томография височной кости – сосцевидные отростки склеротически изменены, окна лабиринта блокированы патологическим субстратом, барабанные полости субтотально заполнены патологическим содержимым с обеих сторон. Справа визуализируется полость, объединяющая сосцевидный отросток, анtrum, барабанную полость и наружный слуховой проход. В просвете наружного слухового прохода определяется патологическое содержимое мягко тканной плотности в форме тяжа. Определяется послеоперационный дефект латеральной стенки сосцевидного отростка. Слева барабанная перепонка неравномерно утолщена, деформирована, непрерывность контуров нарушена. В тканях перепонки мелкие включения высокой интенсивности.

При поступлении состояние удовлетворительное, сознание ясное. Неврологический статус: сглажена носогубная складка справа, опущен угол рта справа. Телосложение нормостеническое, питание удовлетворительное. Кожные покровы и видимые слизистые физиологической окраски, чистые. Костно-суставной аппарат без видимых деформаций. Периферические лимфатические узлы не увеличены, подвижные, безболезненные при пальпации. Дыхание через нос свободное.

Учитывая данные проведенного обследования, был установлен диагноз: «Туберкулезный мастоидит справа. Туберкулезный двусторонний мезотимпанит, активный. МБТ (+). МЛУ». Назначено лечение препаратами 2 ряда по IV индивидуализированному режиму специфической химиотерапии на фоне гепато- и нейропротекторов, витаминов, эубиотиков, десенсибилизирующей терапии, физиолечения. На фоне лечения получена положительная динамика. Достигнуто клиническое улучшение на 3-м месяце лечения и негативация отделяемого из ушей, оторрея прекратилась. Слух: справа шепот на расстоянии 1 метра, слева – шепот на 3 метра. Через 20 месяцев комплексного лечения врачебная комиссия признала курс химиотерапии эффективным. Направлена на плановое оперативное лечение в Федеральный научно-клинический центр оториноларингологии г. Москва.

Таким образом, в анализируемом случае заболевание протекало как хронический средний гнойный отит. На мысль о туберкулезе среднего уха могли навести утолщение (инфильтрация) краев перфорации барабанной перепонки и вид промоториума, а также вовлечение в процесс лицевого нерва. Впрочем, эти признаки не имеют абсолютной специфичности. Рентгенологическая картина мастоидита, если она длительно существует без динамики, должна быть подозрительна на туберкулез. Наличие туберкулезного воспаления среднего уха и височной кости подтвердили обнаружение возбудителя в гнойном отделяемом и пораженных тканях. Благодаря адекватному комплексному лечению исход локального специфического поражения благоприятный с умеренно выраженными остаточными изменениями.

Литература

1. Блоцкий А.А., Карпищенко С.А. Поражения лор-органов при специфических заболеваниях. Методическое пособие. – СПб.: «Диалог», 2012. – 168 с.
2. Чумаков Ф.И., Дерюгина О.В. ЛОР-органы и туберкулез. – М.: Медицина, 2004. – 160 с.
3. Plester D., Pusalkar A., Steinbach E. Clinical records-middle ear tuberculosis // J. Laryngol. Otol., Rhinol. – 1980. – Vol. 94, № 12. – P. 1415-1421. – Режим доступа: <https://www.cambridge.org/core/journals/journal-of-laryngology-and-otology/article/middle-ear-tuberculosis/> (дата обращения 21.12.18).

Literature

1. Blotsky A.A., Karpishchenko S.A. Lesions of ENT-organs in case of specific diseases. Study guide. – Saint-Petersburg: Dialogue, 2012. – 168 p.
2. Chumakov F.I., Deryugina O.V. ENT-organs and tuberculosis. – M.: Medicine, 2004. – 160 p.
3. Plester D., Pusalkar A., Steinbach E. Clinical records. Middle ear tuberculosis // J. Laryngol. Otol., Rhinol. – 1980. – Vol. 94, № 12. – P. 1415-1421. – Mode of access: <https://www.cambridge.org/core/journals/journal-of-laryngology-and-otology/article/middle-ear-tuberculosis/> (Date of access: 21.12.18).

Координаты для связи с авторами: Дьяченко Ольга Александровна – доцент кафедры пропедевтики внутренних болезней с курсом фтизиатрии ДВГМУ, тел. +7-914-414-38-53, e-mail: medical89@mail.ru; Добрых Вячеслав Анатольевич – зав. кафедрой пропедевтики внутренних болезней с курсом фтизиатрии ДВГМУ, Ганза Виктор Николаевич – зав. отделением внегочечных локализаций КГБУЗ «Туберкулезная больница», Кравченко Мария Анатольевна – врач-фтизиатр отделения внегочечных локализаций КГБУЗ «Туберкулезная больница»; Сюйкалан Анна Анатольевна – ординатор ДВГМУ; Буянов Сергей Дмитриевич – ординатор ДВГМУ; Бигильдин Илья Александрович – ординатор ДВГМУ.



<http://dx.doi.org/10.35177/1994-5191-2019-2-90-93>

УДК 616.72-002.77 (035.3)

Н.В. Воронина¹, Н.П. Слуцкая¹, Е.С. Попова², А.М. Макаревич², С.В. Талапов², М.А. Ситников²,
А.А. Ситников², С.А. Артемьев², Е.В. Поротикова², В.Н. Исакова¹

БОЛЕЗНЬ БЕХЧЕТА С ПОРАЖЕНИЕМ ВЕНОЗНОГО РУСЛА: КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ

¹Дальневосточный государственный медицинский университет,
680000, ул. Муравьева-Амурского, 35, тел. 8-(4212)-76-13-96, e-mail: nauka@mail.fesmu.ru;
²301 Военный клинический госпиталь МО РФ, 680000, ул. Серышева, 1, г. Хабаровск

Резюме

Представлено клиническое наблюдение болезни Бехчета с поражением венозного русла. Обсуждены вопросы клинических проявлений болезни и сосудистые осложнения при данном заболевании, трудности диагностики в клинической практике.

Ключевые слова: Болезнь Бехчета, клинические проявления, тромбозы вен нижних конечностей, прогноз.

N.V. Voronina¹, N.P. Slutskaya¹, E.S. Popova², A.M. Makarevich², S.V. Talapov², M.A. Sitnikov²,
A.A. Sitnikov², S.A. Artemyev², E.V. Porotikova², V.N. Isakova¹

BEHCET'S DISEASE WITH IMPAIRMENT OF THE VENOUS BED: CASE FROM PRACTICE

¹Far Eastern State Medical University;
²301 Military Clinical Hospital, Khabarovsk

Summary

A clinical case of diagnostics of Behcet's disease is presented. The issues of clinical manifestations and vascular complications in this disease, the difficulties of diagnosis in clinical practice were discussed.

Key words: Behcet's Disease, clinical manifestations, lower limb vein thrombosis, prognosis.

Болезнь Бехчета (ББ) – системный васкулит неизвестной этиологии, характеризующийся рецидивирующим эрозивно-язвенным поражением слизистой оболочки рта и половых органов, частым вовлечением глаз и других органов, в частности суставов, желудочно-кишечного тракта, центральной нервной системы