(cc) BY

Резникова Ольга Валерьевна
д-р мед. наук, доцент, заведующая
БУЗ УР «Республиканская клиническая
туберкулезная больница МЗ УР»
Толстолуцкий Алексей Юрьевич
канд. мед. наук, заместитель главного врача
БУЗ УР «Республиканская клиническая
туберкулезная больница МЗ УР»
г. Ижевск, Удмуртская республика
Моисеева Мария Владимировна
студентка
ФГБОУ ВО «Ижевская государственная
медицинская академия» МЗ РФ
г. Ижевск, Удмуртская республика

МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЙ ПОРТРЕТ БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЦЕНТРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ В УДМУРТИИ

Аннотация*: в статье проводится анализ первичной медицинской документации 10 пациентов, наблюдавшихся и лечившихся в БУЗ УР «РКТБ МЗ УР» с диагнозом «туберкулез центральной нервной системы» в 2023 году. Исследование показало, что преобладали лица мужского пола, жители городов, имевшие низкий уровень образования, преимущественно не работающие и не состоявшие в браке, проживающие в неблагоприятных жилищно-бытовых условиях, пребывавшие ранее в исправительных учреждениях. Большинство больных имели сочетание туберкулеза органов дыхания и туберкулеза центральной нервной системы, диагноз часто был выявлен поздно, и пациенты не имели приверженности к лечению. Средний возраст пациентов – 34 года. Все больные имели вредные привычки. ВИЧ-инфекция на поздних стадиях была у всех пациентов.*

Ключевые слова*: туберкулез центральной нервной системы, ВИЧ-инфекция, нейротуберкулез, туберкулезный менингит.*

Content is licensed under the Creative Commons Attribution 4.0 license (CC-BY 4.0)

Проблема диагностики туберкулеза мозговых оболочек и центральной нервной системы (ЦНС) сохраняет актуальность и в настоящее время. Это обусловлено тем, что эпидемическая обстановка по туберкулезу в России продолжает оставаться весьма напряженной. Экономический кризис, стрессы, ВИЧ-инфекция и другие факторы способствуют увеличению прослойки населения со сниженной сопротивляемостью организма. Заболеваемость туберкулезом мозговых оболочек и ЦНС имеет прямую зависимость от этих факторов. Нейротуберкулез является одной из наиболее проблемных форм туберкулеза, так как имеет высокие показатели летальности, большой риск развития неврологических осложнений. Эта проблема усугубляется ростом лекарственной устойчивости микобактерий туберкулеза [3, с. 301].

В современной литературе можно найти не так много работ, посвященных проблеме туберкулезного менингита. Достаточно редко эта патология встречалась у пациентов противотуберкулезных учреждений в прошлые годы. В последнее время, в связи с ростом числа ВИЧ-инфицированных пациентов, увеличился удельный вес туберкулеза ЦНС в структуре заболеваемости. Кроме того, диагностировать эту форму туберкулеза не так просто, как хотелось бы, в силу того что отсутствуют патогномоничные симптомы. Диагностика туберкулезного менингита, как правило, происходит на поздней стадии, когда назначение противотуберкулезного лечения уже неэффективно [1, с. 3; 5, с. 10]. Туберкулезный менингоэнцефалит протекает своеобразно, симптоматика нарастает медленно. При работе с пациентами, имеющими менингеальные симптомы, всегда нужно помнить о туберкулезной инфекции. В анамнезе необходимо учитывать образ жизни пациента, бытовые условия, наличие перенесенного в прошлом туберкулеза, контактов с больными туберкулезом, получить сведения о туберкулиновых пробах и прививках БЦЖ. Большое значение имеют предрасполагающие к туберкулезу факторы: острые вирусные инфекции, иммунодефицитные состояния (в т.ч. ВИЧ-инфекция), хронические заболевания, травмы черепа. «Золотым

Содержимое доступно по лицензии Creative Commons Attribution 4.0 license (CC-BY 4.0)

стандартом» диагноза «туберкулезный менингит» является выделение микобактерий туберкулеза (МБТ) из ликвора. По данным разных авторов, бактериологический диагноз подтверждается от 4 до 27% случаев [6, с. 3].

Туберкулез ЦНС у больных с ВИЧ-негативным статусом развивался преимущественно у социально дезадаптированных пациентов, являлся в большей части случаев проявлением впервые выявленного туберкулеза, как правило, сопровождался туберкулезом органов дыхания. В большинстве случаев туберкулез ЦНС начинался постепенно (с продромального периода), с повышения температуры тела, часто сопровождался головной болью, тошнотой, реже – рвотой, судорогами. В большинстве случаев наблюдалась ригидность мышц затылка, реже – поражение черепно-мозговых нервов. Большое значение в диагностике принадлежит исследованию спинномозговой жидкости, которое дало возможность выявить характерные показатели: умеренный цитоз, лимфоцитарный состав цитограммы, снижение содержания сахара и главное – обнаружение МБТ в большей части случаев, особенно методом полимеразной цепной реакции (80%). Неблагоприятные исходы туберкулеза ЦНС отражают неудовлетворительное состояние выявления данной формы заболевания [2, с. 61; 4, с. 89].

В 2015–2022 годы на территории Удмуртской республики клинико-статистический анализ туберкулезных менингитов проводился ранее, но существует необходимость изучения данного вопроса и в дальнейшем.

Нами проанализирована первичная медицинская документация 10 пациентов, наблюдавшихся и лечившихся в БУЗ УР «РКТБ МЗ УР» с диагнозом туберкулез центральной нервной системы в 2023 году.

Исследование показало, что преобладали лица мужского пола (70%), жители городов (82,0%), в 95,0% случаев, имевших низкий уровень образования, в 90,0% не работающие и не состоявшие в браке, проживающие в неблагоприятных жилищно-бытовых условиях-коммунальная квартира и частный дом с печным отоплением (84,0%). У 60,0% пациентов не было установлено бактериовы-

Content is licensed under the Creative Commons Attribution 4.0 license (CC-BY 4.0)

деление. У остальных регистрировалось бактериовыделение с регистрацией лекарственной устойчивости возбудителя. Сочетание туберкулеза органов дыхания и туберкулеза центральной нервной системы имели 93,0% больных.

Средний возраст пациентов был 34 года. Более 50,0% исследуемых ранее пребывало в исправительных учреждениях и имело сочетание туберкулезного менингита и диссеминированного туберкулеза. Базилярный менингит регистрировался в 30% случаев, менингоэнцефалит в 70%. Фаза раздражения и парезов и параличей встречалась у половины больных. Все больные злоупотребляли алкоголем и курили. Наркотическую зависимость имели 25,0% пациентов. Туберкулезный контакт не был выявлен у 90,0% больных. ВИЧ-инфекция была у всех пациентов.

В среднем время обращения за медицинской помощью от момента начала заболевания составила более 10 дней в 100,0% случаев. Диагноз туберкулеза мозговых оболочек был установлен в условиях БУЗ УР РКТБ МЗ УР у 100,0% пациентов. В 90,0% случаев пациенты ранее не имели приверженности к лечению туберкулеза.

В клинической картине преобладали менингеальный, интоксикационный, гипертермический синдромы (100%). Поражение черепно-мозговых нервов было зарегистрировано у 2 человек. Средний показатель уровня сахара в ликворе составил 1,3 ммоль/л, белка 2,4 гр/л, проба Панди была положительная у 3 человек, средний лимфоцитарный цитоз был 233 кл/мкл.

В целом диагноз туберкулезного менингита базировался на данных СКТ головного мозга (25%), клинической картины заболевания (88,5%), положительного результата ПЦР ликвора (100%), а также люминесцентной микроскопии и посева на МБТ (15,5%). Диагностическая ценность простой микроскопии ликвора составила 0%. Среди неврологических нарушений преобладала внутричерепная гипертензия (76%), гидроцефалия (68,5%), парезы и параличи (40,5%.). Туберкулезный процесс в мозговых оболочках закончился летальным исходом у 89,0%, частичное выздоровление с различными остаточными изменениями наблюдалось у 11,0% больных. 4В стадия ВИЧ-инфекции была зарегистрирована

Содержимое доступно по лицензии Creative Commons Attribution 4.0 license (CC-BY 4.0)

у 85,0% больных со средним уровнем СД-4 клеток 100 и менее (более 50%) и уровнем вирусной нагрузки более 100000 копий (более 80,0% от всех ВИЧ-инфицированных пациентов). Пациенты в 70% случаев принимали АРВТ. Были случаи самоотмены противовирусной терапии.

Средняя продолжительность койко-дней составила до исхода заболевания в 2023 году – 51.

Список литературы

1. Киселева Е.Л. Туберкулезный менингит у взрослых в современных условиях: эпидемиология, клиника, диагностика: автореф. дис. … канд. мед. наук / Е.Л. Киселева. – М., 2005. – 30 с. EDN NPIILJ

2. Примкулова М.В. Состояние диагностики туберкулеза центральной нервной системы / М.В. Примкулова, И.Ф. Копылова // Туберкулез и болезни легких. – 2019. – Т. 97. №1. – С. 61–62. DOI 10.21292/2075-1230-2019-97-1-61-62. EDN YXGJVZ

3. Ракишева А.С. Туберкулезный менингит в современных условиях (обзор литературы) / А.С. Ракишева, Е.В. Арбузова// Вестник КазНМУ. – 2020. – №4. – С. 301–305. EDN MVBWOP

4. Саранков А.А. Особенности клинического течения менингита и менингоэнцефалита / А.А. Саранков // Научные стремления. – 2014. – №4 (12). – С. 89–92. EDN UVFHCT

5. Чугаев Ю.П. Туберкулез мозговых оболочек у взрослых / С.Н. Скорняков, Н.Г. Камаева, Ю.П. Чугаев [и др.]. – Екатеринбург, 2019. – 70 с.

6. Шмерига Г.С. Особенности поражения центральной нервной системы у больных с сочетанием туберкулеза и ВИЧ-инфекции: автореф. дис. … канд. мед. наук / Г.С. Шмерига. – М., 2009. – 27 с. – EDN NLDGIX

Content is licensed under the Creative Commons Attribution 4.0 license (CC-BY 4.0)