

ЛИТЕРАТУРА

1. Доклад о глобальной борьбе с туберкулезом 2021 // ВОЗ. – Женева: Всемирная организация здравоохранения. – 2021. – С. 24.
2. Кофанов Ю.В., Докторов Н.П. Использование нового препарата «Бедаквилин» в терапии лекарственно-устойчивого туберкулеза (клиническая демонстрация) // Бюллетень медицинских Интернет-конференций (ISSN 2224-6150). – 2015. – № 5. – С. 412-414.
3. Н.И. Клевно Клинические рекомендации «Туберкулез у детей» // Тихоокеанский медицинский журнал. – 2021. – № 1. – С. 5-9.
4. Юрковец А.С. Клинический случай заболевания ребёнка грудного возраста лекарственно устойчивой формой туберкулеза // Материалы всероссийского научного форума студентов международным участием «Студенческая наука – 2019». – 2019. – Том 2. – С. 911-912.
5. Жукова Е.М., Вохминова Л.Г., Кудлай Д.А. Влияние современной химиотерапии туберкулеза с МЛУ/ШЛУ на изменение у больных интервала QT на ЭКГ // Туберкулез и болезни легких. – 2019. – № 97. – С. 19-22.
6. Ставицкая Н.В., Фелькер И.Г., Жукова Е.М., Глиф А.И., Докторов Н.П.,
7. Кудлай Д.А. Многофакторный анализ результатов применения бедаквилина в терапии МЛУ/ШЛУ-туберкулеза легких // Туберкулез и болезни легких. – 2020. – № 98. – С. 56-62.
8. Аксенова В.А., Клевно Н.И., Пахлавонова А.Д., Казаков А.В., Сокольская Е.А. Опыт применения препарата бедаквилин в схеме лечения туберкулеза с множественной лекарственной устойчивостью (клиническое наблюдение) // Медицинский совет. – 2020. – № 17. – С. 91-97.
9. Донецкая народная Республика, Министерство здравоохранения. Приказ №1191 «Об утверждении унифицированного клинического протокола медицинской помощи (УКПП) «Туберкулез» от 13.10.2016 г. с Изменениями от 25.03.2020 № 571, 15.07.2020 № 1698/01-08 и 13.10.2020 № 2630/01-08». – Донецк, 2020. – С. 209.

УДК 616-002.5-031.14+618.3

С.М. Лепшина¹, И.В. Логвиненко¹, Н.А. Подкос²

ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫЙ ТУБЕРКУЛЕЗ У БЕРЕМЕННОЙ

¹ ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького»,² Республиканская клиническая туберкулезная больница МЗ ДНР, г. Донецк

Резюме. В статье представлен клинический случай поздней диагностики генерализованного туберкулеза у беременной женщины двадцати трех лет. Несмотря на то, что больная была ВИЧ-негативная, у нее был выявлен чувствительный туберкулез и ей проводилась комплексная противотуберкулезная терапия, спасти ее от летального исхода не удалось. Причиной позднего выявления туберкулеза явилось снижение настороженности в отношении туберкулеза у врачей разных специальностей, пандемия Covid-19, а также стигматизация больной и родственников. Больная скрыла факт контакта с отцом, который лечился по поводу туберкулеза.

Ключевые слова: генерализованный туберкулез, менингоэнцефалит, беременность, диагностика, исход

Ситуация по туберкулезу в мире остается неблагоприятной. Впервые отмечен рост смертности от туберкулеза [1, 2]. Генерализованный туберкулез, включая менингоэнцефалит, является самым тяжелым его проявлением [3–6].

Согласно данным научной литературы, большинство авторов считают, что в период беременности заболеваемость женщин туберкулезом возрастает в 2–2.5 раза [7]. Причем течение туберкулеза существенно отличается от того в какой период возникло заболевание: до беременности, в период беременности и после родов [8].

Исход туберкулеза всецело зависит от сроков диагностики заболевания, особенно

это касается туберкулезного менингоэнцефалита, который, как правило, является осложнением легочного процесса [9, 10].

Особые трудности диагностика туберкулеза стала представлять в период пандемии Covid-19, так как в клинической картине обоих заболеваний имеют место интоксикационный и бронхолегочный синдромы. [11]. Кроме того, при пандемии Covid-19 проводились строгие противоэпидемические мероприятия, включающие режим самоизоляции. Это оказало отрицательное влияние на организацию выявления туберкулеза. [12].

Приводим клинический пример, неблагоприятного исхода генерализованного туберкулеза у беременной женщины.

Клинический случай. Больная К., 23 года, находилась в специализированном отделении РКТБ с 10.02.2022 г. по 25.02.2022 г.

Жалобы при поступлении собрать не удалось из-за отсутствия продуктивного контакта с больной.

Анамнез жизни: из представленной медицинской документации и со слов родственников — замужем, в семье двое детей (5 лет и новорожденный — 06.02.22 г.). Семья проживает в частном секторе. Санитарно-бытовые условия удовлетворительные. Не работает. Последняя ФЛГ весной 2021 г., — норма (не представлена).

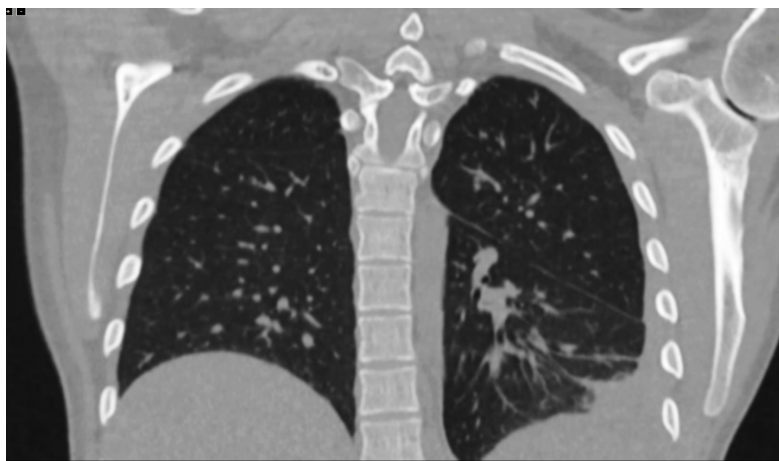


Рис. 1. СКТ больной К. от 03.02.22 г.

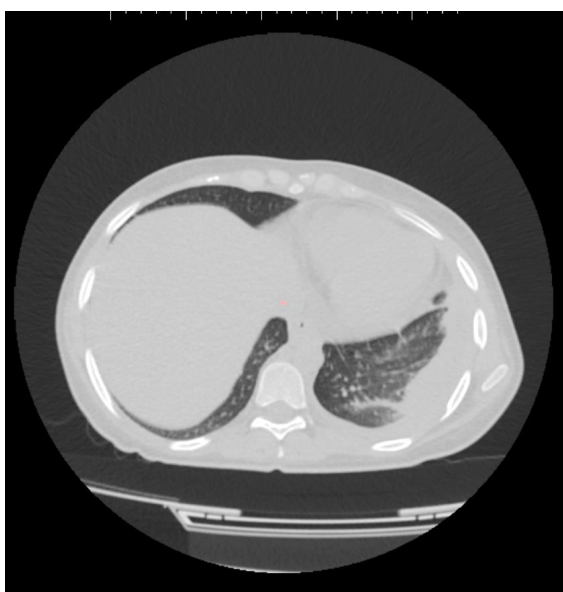


Рис. 2. СКТ больной К. от 03.02.22 г.

Туберкулезный контакт с отцом (ВДТБ (л) (08.21) легких (инфильтративный) Дестр+, МБТ+, М+, К+, рез1-, рез2-, гист0, кат.1.1А ког3(21), в настоящее время получает химиотерапию в ПФ по месту жительства). Как «контактная» по туберкулезу фтизиатрической службе не была известна, семье всячески скрывали факт совместного проживания. Вредные привычки: курение, употребление алкоголя и наркотических веществ отрицает. Венерические заболевания, тиф, паратиф, гепатит, малярию отрицает. Аллергологический анамнез не отягощен.

Анамнез заболевания: считает себя больной с конца января 2022 г, когда будучи беременной (30 недель), заболела: стала отмечать повышение температуры тела до 37,5°C, и головную боль. Обратилась за медицинской помощью к участковому тера-

певту. Состояние было оценено как ОРВИ. Назначена противовоспалительная терапия. 30.01.22 г. появилась рвота, не приносящая облегчения. 03.02.22 г. бригадой скорой медицинской помощи заподозрен Covid-19 и больная доставлена в перинатальный центр, обслуживающий беременных с данной патологией. Выполнена СКТ ОГК (рис. 1, 2): грудная клетка асимметрична. С обеих сторон, больше слева, визуализируются фиброзные тяжи, усиление легочного рисунка. В легких опреде-

ляется очаг и диссеминации, местами расположенные группами. Слева в заднелатеральном отделе визуализируется осумкованная жидкость максимальной толщиной до 10 мм с массивными плевральными наслоениями. Корни легких структурны, расширены за счет ветвей легочной артерии. Главные бронхи без признаков сужений и расширений. Средостение смещено влево, расширено за счет левых отделов сердца. Сердечно-сосудистый пучок деформирован за счет сосудистого компонента, расширен легочной ствол до 27 мм, восходящая часть грудной аорты до 26 мм. Медиастинальные лимфоузлы не увеличены. Куполы диафрагмы четкие. Костный скелет и мягкие ткани грудной клетки без патологических изменений.

Назначено лечение: меронем, гентамицин, флуконазол, самеликс, фраксипарин, альбумин, актовегин, цераксон, мильгамма.

Состояние больной продолжало ухудшаться, нарастала неврологическая симптоматика. По медицинским показаниям 06.02.22 г. на сроке беременности 31 неделя выполнено кесарево сечение. 07.02.22 г. по результатам исследования Covid-19 исключен. Консультирована неврологом, инфекционистом, фтизиатром, заподозрен туберкулез, рекомендована спинномозговая пункция. 10.02.22 г. пункция выполнена. В СМЖ цитоз — 10,8 кл/мл (л — 80%), белок — 2,35 г/л, сахар — 0,5 ммоль/л. Консультирована фтизиатром Республиканской клинической туберкулезной больницы. Госпитализирована.

Объективно. Общее состояние тяжелое. Уровень сознания — глубокий сопор. В контакт не вступает. Птоз с обеих сторон. Лицо симметрично. Ригидность мышц затылка

3+, симптом Кернига 2+ с обеих сторон. Нормостенического телосложения. Умеренного питания (рост — 175 см, вес — 60 кг). Температура тела — 37,1°C. Кожа и видимые слизистые чистые, бледные. Периферические л/у не пальпируются. В легких дыхание везикулярное, слева в нижнебоковых отделах — ослабленное, хрипов нет. ЧДД — 19 в минуту. Тоны сердца громкие, деятельность ритмичная. ЧСС — 60 в минуту. АД — 140/90 мм рт.ст. Живот вздут за счет пневматизированных петель кишечника, безболезненный при пальпации. Печень у края реберной дуги. Селезенка не пальпируется. На пальпацию органов брюшной полости не реагирует. Из влагалища скудные кровянистые выделения. Моча отходит по катетеру Фолея. Стула за время осмотра не было.

Обследована. Мокроту собрать не удалось в связи с тяжестью состояния. Общий анализ крови от 10.02.2022 г.: Hb — 90 г/л, эритроциты — $3,1 \times 10^{12}$, ЦП — 0,89, гематокрит — 34%, лейкоциты $3,2 \times 10^9$, СОЭ — 28 мм/ч. п — 10%, с — 73%, б — 1%, лимфоциты — 12%, м — 4%.

Биохимический анализ крови от 10.02.22 г.: общий белок — 58,4 г/л, мочевины — 5,9 ммоль/л, креатинин — 100,2 мкмоль/л, общий билирубин — 12,4 (прямой — 4,4, непрямой — 8,0), АЛТ — 0,60 ЕД, АСТ — 0,4 ЕД, глюкоза — 4,3 ммоль/л.

Общий анализ мочи от 10.02.22 г.: удельный вес — 1019, белок 0,69 г/л, глюкоза — не обнаружена, кетоновые тела — не обнаружены, эритроциты неизмененные — единичные в п/з, эритроциты измененные — 1–2 в п/з, лейкоциты — 8–10 в п/з, эпителий плоский — большое кол-во, цилиндры зернистые — 1–2 в п/з, слизь — небольшое кол-во.

ЭКГ от 10.02.22 г. Ритм синусовый. Нормальное положение ЭОС. Позиция вертикальная. Нарушение реполяризации передней стенки и в верхушечно-септальном отделении ЛЖ. ЧСС — 68 в минуту.

Произведена люмбальная пункция.

СМЖ от 11.02.22 г.: прозрачная, светло-желтая, вытекала частой каплей (до 150 капель в минуту), цитоз — 108 кл (л — 58%, э — 4% н — 38%), белок — 0,54 г/л, хлориды — 94,0 ммоль/л, реакция Нонна-Аппельта — (+), реакция Панди — (3+).

Бактериоскопия СМЖ №15 от 11.02.22 г. — КУБ-, GeneXpert МБТ+ обнаружены, устойчивость к R не обнаружена.

ИФА №2592 от 11.02.2022 г. — ВИЧ — негативная.

Клинический диагноз: ВДТБ (л) (11.02.22 г.) милиарный (генерализованный): легких (диссеминированный) Дестр-МБТ0 М0 К0 Рез0 Гист0, левосторонний экссудативный плеврит, менингоэнцефалит, МБТ+ (ПЦР+) М- К0 Рез1 (ПЦР/R-) кат.1.1 ког. 1. (2022).

О клиническом диагнозе матери, информация была передана по месту нахождения ребенка. Рекомендовано обследование на туберкулез.

Больная консультирована специалистами:

Невролог от 11.02.22 г.: состояние больной тяжелое. На вялые раздражители не реагирует, на болевые раздражители реагирует мимикой. Небный и глоточный рефлексы отсутствуют. Инструкции не выполняет. Ригидность затылочных мышц 3+, симптом Кернига 2+ с обеих сторон, симптом Бабинского +3 справа.

Вторичный менингоэнцефалит туберкулезный, выраженный бульбарный синдромом с признаками пирамидной недостаточности.

Гинеколог от 15.02.22 г.: больная контакту не доступна, на вопросы не отвечает. Живот мягкий, на пальпацию не реагирует. Послеоперационная рана сухая, отека и гиперемии нет. Лохии серозно-кровоянистые, скудно.

Окулист от 21.02.22 г.: Токсическая ангиопатия обоих глаз.

Получала лечение: химиотерапия — изониазид 5.0 в/в, рифампицин 0.45 в/в капельно на глюкозе 5% — 200,0, левофлоксацин 1,0 на физ-ре 200,0 в/в капельно, амикацин — 1,0 в/м, пиперазидин 2,0 и этиамбутол 1,6 — через зонд.

Патогенетическая терапия:

Ангиопротекторы: л-лизин эсцинат 10.0 в/в капельно на фир-ре 200,0.

Диуретики: маннитол — 200,0 в/в капельно, фуросемид 6.0 в/в.

Вазодилататоры: магния 10.0 в/в капельно на физ-ре,

Дезинтоксикационные: реосорбилакт 200.0 в/в капельно, через день, реамберин 200.0 в/в капельно, через день.

Плазмозаменители: альбумин 100.0 в/в капельно,

Глюкокортикостероиды: дексаметазон 20 мг в сутки.

ИПП: омепразол — 40 мг в/в.



Рис. 3. Туберкулезные изменения в матке больной К.

Обезболивающие: кеторолак 1.0 в/м, анальгин 4.0 + димедрол 1.0 в/в. Спазмолитики: папаверин 2.0 в/м.

Противогрибковые: клотримазол.

Седативные: сибазон 0.005 гр.,

Антиоксиданты: мексидол 4.0 на физ-ре.

Антибактериальные: цефтриаксон 1000 мг в/м на лидокаине 10%.

Противоанемические: сорбифер.

Несмотря на проводимое лечение, состояние больной прогрессивно ухудшалось: нарастали симптомы интоксикации, отека головного мозга и полиорганной недостаточности.

25.02.2021 г. в 18 часов 40 минут констатирована биологическая смерть.

Выписка из протокола патологоанатомического обследования:

Основной диагноз: Диссеминированный туберкулез с поражением легких, лимфатических узлов брюшной полости, почек, матки (рис.3) при беременности во II сроке, 31 неделя, роды вторые.

Состояние после кесарева сечения от 06.02.22 г.

Осложнения: Левосторонний туберкулезный плеврит (400 мл). Туберкулезный менингоэнцефалит. Отек головного мозга с вклиниванием миндалин мозжечка в большое затылочное отверстие. Выраженные дистрофические изменения паренхиматозных органов. Отек легких.

Причина смерти

I. а) отек головного мозга

б) туберкулезный менингоэнцефалит

в) Диссеминированный туберкулез легких при беременности во II сроке, 31 неделя, роды вторые. Состояние после кесарева сечения от 06.02.22 г.

Ребенок. От преждевременных, патологических родов на 31 неделе гестации. Выполнено кесарево сечение в нижне-маточном сегменте.

Вес — 1800 г, длина тела — 47 см, окружность головы — 32 см.

Осмотрен неонатологом: состояние тяжелое. Не лихорадит. Голова долихоцефалическая. Большой родничок 3.0×3.0 см. Кожные покровы и видимые слизистые чистые, цианотичны. Подкожно-жировой слой равномерно истончен. Дыхание с участием вспомогательной мускулатуры. При аускультации легких — дыхание жесткое, ослабленное в нижнебоковых отделах. Перкуторно над легкими — ясный легочной звук. ОША — 5 баллов. Заинтубирован в родильном зале. Находился на респираторной поддержке ИВЛ. Тоны сердца приглушены, деятельность ритмична. ЧСС — 160 ударов в минуту. Живот мягкий при пальпации. Печень — на 2.0 см ниже края реберной дуги. Селезенка — в подреберье.

Ro ОГК от 16.02.21 г. — справа на всем протяжении неоднородная инфильтрация. Междолевая плевра уплотнена. Сердце, средостение, плевральные синусы в норме.

Консультирован фтизиопедиатрическим консилиумом РКТБ.

Рекомендовано: исследование патологического материала (мокрота/промывные воды желудка на КУБ, МБТ).

Дообследован: бактериоскопия промывных вод желудка — КУБ не обнаружены, GeneXpert — МБТ не обнаружены. Позже получен результат посева промывных вод желудка на плотную питательную среду Левенштейна-Йенсена — МБТ не обнаружены.

Принято решение провести лечение антибактериальными препаратами широкого спектра действия в течение 14 дней.

Пролечен. На повторной Ro ОГК от 01.03.21 г. — отмечена выраженная положительная динамика.

Повторно консультирован фтизиопедиатром, диагноз туберкулеза исключен, рекомендовано профилактическое лечение (2 АБП: Изониазид — 0.01, Пиразинамид — 0.03) — в течение 3 месяцев под контролем АСТ и АЛТ.

Выводы. Несмотря на то, что у больной был чувствительный туберкулез и она не была ВИЧ — инфицированной, избежать летального исхода не удалось. Причинами поздней диагностики генерализованного туберкулеза у беременной были снижение настороженности в отношении туберкулеза у врачей разных специальностей, пандемия Covid-19, стигматизация больной и родственников.

S.M. Lepshina, I.V. Logvinenko, N.A. Podchos

GENERALIZED TUBERCULOSIS IN A PREGNANT WOMAN

Summary. *The article presents a clinical case of late diagnosis of generalized tuberculosis in a twenty-three-year-old pregnant woman. Despite the fact that the patient was HIV-negative, she was diagnosed with sensitive tuberculosis and she underwent complex anti-tuberculosis therapy, it was not possible to save her from death. The reason for the late detection of tuberculosis was a decrease in alertness towards tuberculosis among doctors of various specialties, the Covid-19 pandemic, as well as stigmatization of the patient and relatives. The patient concealed the fact of contact with her father, who was being treated for tuberculosis.*

Keywords: *generalized tuberculosis, meningoencephalitis, pregnancy, diagnosis, and outcome*

ЛИТЕРАТУРА

- ВОЗ сообщила о росте смертности от туберкулеза // РИА-НОВОСТИ URL: <https://ria.ru/20211014/tuberkulez-1754584119.html> (дата обращения: 28.06.2022);
- Глобальный доклад о туберкулезе 2021 г. // Всемирная организация здравоохранения URL: <https://www.who.int/teams/global-tuberculosis-programme/tb-reports/global-tuberculosis-report-2021.html> (дата обращения 29.06.2022);
- Федькина Ю.А., Тимченко О.Л., Смирнова Т.Ю. Случай генерализованного туберкулеза с развитием туберкулезного менингоэнцефалита // Инфекционные болезни: новости, мнения, обучение. 2022. Т. 11, № 1. С. 143–147. DOI: <https://doi.org/10.33029/2305-3496-2022-11-1-143-147>;
- Генерализованный туберкулез с множественным поражением внутренних органов / Т.В. Аснер, А.Н. Калягин, В.Н. Федотов, Е.А. Швецова // Сибирский медицинский журнал (Иркутск), 2017. № 3 – с.40-43.
- Ракишева А.С. Туберкулезный менингит в современных условиях [Текст] / А.С. Ракишева, Е.В. Арбузова // Вестник КазНМУ #4-2020.– с.301-303;
- Ракишева А.С. Медико-социальный портрет пациента с туберкулезным менингитом и менингоэнцефалитом / А.С. Ракишева, П.К. Нуралбаева // Теория и практика современной науки, 2021. с. – 174-177;
- И.Ф. Копылова, Г.Е. Петерс. Материнство и туберкулез // Мать и дитя в Кузбасе. – 2003. – №3. – с. 3-8;
- Поддубная, Л.В. Влияние туберкулезной инфекции матери на здоровье новорожденных и детей грудного возраста / Л.В. Поддубная // Новосибирская государственная медицинская академия, – 2017, – с. 105-107;
- Синицын М.В., Поражение центральной нервной системы у больных туберкулезом в современных эпидемических условиях / М.В., Синицын, Е.М., Богородская, О.В., Родина [и др.] // инфекционные болезни: новости, мнения, обучение. Том 7, № 1, 2018;
- Пантелеев А.М. Характеристики спинномозговой жидкости при туберкулезе центральной нервной системы у пациентов с вич-инфекцией / А. М. Пантелеев, О. С. Соколова, А. В. Зонова [и др.] // Оригинальные исследования, 2021. с.– 55-58;
- Барканова О.Н. Туберкулез в сочетании с Covid-19 /О.Н. Барканова, С.Г. Гагарина, А.А. Калуженина // Лекарственный вестник №2, (82).2021 Том 15 – С.33-37;
- Старшинова А.А. Туберкулез в структуре коморбидной патологии у больных с Covid-19, И.Ф. Довгалюк, А.А. Старшинова. – Текст: электронный // Cyberleninka/ – 2020 – ТМЖ, 2021, № 1 – С.10-14-ГКД: <https://cyberleninka.ru/article/n/tuberkulez-v-strukture-komorbidnoy-patologii-u-bolnyh-covid-19> (дата обращения 12.07.22).