

**Азатова Балгұл Асқарқызы, Беккег Оксана Викторовна , Қабықай
Ернұр Нұрболатұлы
ПФ НАО «МУС»,**

**Научный руководитель – доктор PhD, врач высшей категории
Махмутова Асель Махмутовна,
ПФ НАО «МУС»
Кафедра: Внутренних болезней**

ТУБЕКУЛЕЗНЫЙ МЕНИНГИТ В ПРАКТИКЕ ВРАЧА.

Актуальность темы:

Туберкулез центральной нервной системы (ЦНС), вызванный микобактерией туберкулеза (МБТ), в эру отсутствия комплексного химиотерапевтического лечения был и отчасти остается в настоящее время наиболее тяжелой формой этого заболевания, приводящей к глубокой инвалидизации и смерти заболевших. Среди всех форм туберкулеза поражение ЦНС в среднем встречается не более чем в 10% всех случаев . По данным ВОЗ, в 2005 г. в мире насчитывалось 8,8 млн. больных туберкулезом различных локализаций, из них 1,6 млн. больных умерло . В 80% случаев предрасполагающими факторами у заболевших были социальноэкономические (плохие жилищно-бытовые условия, скучный рацион питания, хронический алкоголизм, употребление наркотиков и, как следствие этого, снижение иммунитета), в 20% – иммунодефицит, обусловленный ВИЧ-инфекцией.

Введение:

Туберкулезный менингит - заболевание патогенетически вторичное, т. е. для его возникновения необходимо наличие в организме более раннего по происхождению туберкулезного поражения. Туберкулезный менингит, как правило, проявляется в виде базилярного менингита, т. е. воспаление локализуется преимущественно на мягких мозговых оболочках основания мозга; его развитие идет в два этапа. На первом этапе гематогенным путем поражаются сосудистые сплетения желудочков мозга с образованием в них специфической гранулемы; сосудистые сплетения являются главным источником образования спинномозговой жидкости; наряду с эндотелием капилляров и мозговых оболочек они служат анатомическим субстратом гемато-энцефалического барьера. Второй этап - ликворогенный, когда туберкулезные микобактерии из сосудистых сплетений по току спинномозговой жидкости оседают на основании мозга, инфицируют мягкие мозговые оболочки и вследствие изменения сосудов вызывают резкую аллергическую реакцию, которая и проявляется клинически как острый менингиальный синдром.

Главное, с момента постановки диагноза туберкулеза мозговых оболочек и центральной нервной системы, немедленно назначается антибактериальная и обоснованная патогенетическая терапия. В настоящее время туберкулезный

менингит в основном лечится беспункционным методом, но если больной выявлен очень поздно, с явлениями блока ликворных путей, беспункционный метод лечения не всегда приносит ожидаемый терапевтический эффект. Примерные схемы химиотерапии больных туберкулезным менингитом: в интенсивной фазе назначаются 2HRZS(E), в поддерживающей фазе продолжаем лечение двумя - тремя АБП, т.е. 6HR или 6HRE. При блоке ликворных путей подключается эндолюбальный метод лечения туберкулезного менингита. При показаниях (плохая переносимость; развитие устойчивости к препаратору; отсутствие лечебного эффекта) замена препараторов должна быть произведена на родственные противотуберкулезные препараторы с учетом чувствительности. Продолжительность антибактериального лечения должна быть не менее 9 месяцев четырьмя антибактериальными препараторами строго по DOTS программе. Первые два месяца четыре антибактериальных препарата (2HRZS). Если спинномозговая жидкость не санируется еще один месяц, продолжить лечить четырьмя антибактериальными препараторами (1HRZE), отменив стрептомицин, последний заменить этамбутолом. Далее продолжить лечение тремя антибактериальными препараторами (6HRE) до 9 месяцев.

Основная часть:

Пациент Р., 1982 г, поступил в неврологическое отделение 27.11.2020г.

Жалобы при поступлении: На повышение температуры тела до 38,0С, головные боли, боли походу всего позвоночника в большей степени в грудном отделе в проециии ТН 10,11 с иррадиацией в нижние конечности, мышечные слабости, трепор рук, задержку мочи в течении 3 дней, мышечные боли, скованность в шейном отделе, общая слабость.

An.Morbi: Со слов пациента заболел остро 05.11.2020, связывает с общим переохлаждением. Со слов продуло в машине, после чего появились мышечные боли в шейном и грудном отделе позвоночника и катаральные явления в виде повышение температуры до 37,5С, боли в горле, насморк, кашле, общая слабость. Лечился домашними средствами, самочувствие прогрессивно ухудшалось, сохраняется лихорадка до 38,0С. Самостоятельно начал обследоваться проходил КТ ОГК заключение: КТ-признаки остаточных изменений после перенесенного спец процесса.

Дисиминированный процесс в легких (спец процесс? двусторонняя очаговая пневмония). ХНЗЛ, хронический бронхит. Из анамнеза известно что пациент перенес туберкулез легких 2007, 2011 году, снят с Д учета, спец препараторы не получает. С результатами КТ ОГК обратился к фтизиатру, данных за рецидив на спец процесс нету, направлен на амбулаторное лечение. Принимал азитромицин 500 мг по 1 таб 2 раза в день 4 дня, затем ротацеф по 1 гр 2 раза в день 4 дня. На фоне лечения улучшения не было. Неоднократное вызывали мобильную бригаду, со слов пациента ПЦР анализ отрицательный, результата анализа на руках нету. Сохраняется лихорадка, слабость, боли в позвоночнике, трепор рук в течении недели. Около 3х дней появилась задержка мочи, нарастает общая слабость, ходит с трудом. Сегодня по СП доставлен в ОНП ПГБ №1 с диагнозом ОЗМ. Осмотрен урологом, проведено

УЗИ ОМТ: структурных изменений нет, установлен уропатетер. Осмотрен группой невропатологов, выставлен диагноз пневмония, менингит? Создан консилиум, рекомендовано госпитализация и лечение в условиях ПИТ ОНП до верификации диагноза.

An.Vitae: Развитие: рос и развивался нормально. Материально-бытовые условия удовлетворительные. Питание регулярное. Качество питания полноценное. Вредные привычки: табак никогда не курил, алкоголь отрицает, наркотики не употреблял. Условия жизни: жилищные условия хорошие. Условия работы: удовлетворительные. Семейный анамнез, наследственность: наследственность не отягощена. Половой анамнез: не отягощен. Эпидемиологический анамнез: контакт с инфекционными больными отрицает За пределы РК не выезжал (последние 6 месяцев). За последние две недели расстройство стула не отмечает. Гемотрасфузионный анамнез: не отягощен. Перенесенные заболевания, травмы: травмы отрицает. Туберкулез в 2007, 2011г. Перенесенные операции: операции отрицает.

Объективно: Общее состояние средне-тяжелой степени, обусловленное интоксикационным, с болевыми синдромами, возможным менингитом. Сознание ясное. Положение активное в пределах постели. Пациент встает, самостоятельно садится, ходит с затруднением из-за боли и слабости. Кожные покровы и видимые слизистые бледные. Темп.тела 37,2.

Периферические отеки: отсутствуют.

Лимфатические узлы: подчелюстные, шейные, надключичные, подмыщечные, паховые – безболезненны, не увеличены.

Органы дыхания: Дыхание через нос свободное. ЧДД - 18 в 1 мин. Форма грудной клетки – правильная. Аускультативно дыхание проводится во все отделы. Пальпация грудной клетки – безболезненна. Голосовое дрожание – нормальное. Перкуторный звук - легочный. Границы легких не изменены. Над легкими дыхание жесткое, хрипов нет.

Органы кровообращения: Область сердца и крупных сосудов – не изменена. Верхушечный толчок в V межреберье, по среднеключичной линии слева, нормальный. Границы относительной сердечной тупости расширены на 1,0 см кнаружи от срединно-ключ.линии

Тоны сердца приглушены, шумы не выслушиваются, ЧСС – 90 в 1 мин, ритм правильный. АД = 120/80 мм рт. ст. Пульсация периферических сосудов – в норме. Состояние вен – в норме.

Органы пищеварения: Аппетит – сохранен. Язык влажный, чистый. Зев чистый. Миндалины не увеличены. Глотание по пищеводу свободное. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги. Селезенка не пальпируется. Стул регулярный, оформленный.

Органы мочеотделения: Область почек при пальпации б\ болезненно . почки не пальпируются. Симптом поколачивания – отрицательный с обеих сторон. Самостоятельное мочеиспускание отсутствует - установлен уропатетер, моча соломенно-желтая, выведено 1000мл мочи.

Эндокринная система: Щитовидная железа не увеличена, мягко эластической консистенции. Симптомы тиреотоксикоза отсутствуют.

Неврологический статус: Сознание ясное, адекватен, контактен, на вопросы отвечает. ЧМН: зрачки d=s. Фотореакция сохранена. Лицо симметрично, язык по средней линии. Сухожильные рефлексы, d=s, высокие.

Чувствительных нарушений нет. Сила мышц 5,0 баллов срук, с ног 3,0 балла. Нижний парапарез. в.п.Барре не удерживает нижние конечности.. В позе Ромберга не стоит. Патологических знаков нет. Менингеальные знаки: ригидность мышц затылка-2 п/п, +симптом Кернига справа. НФТО по типа задержки мочи. Умеренная болезненность паравертебральных точек грудного отдела позвоночника.

Лабораторные анализы: Группа крови и резус 0 (I) Rh(+);

Биохимический анализ крови [27.11.2020]: мочевина 4,7 ммоль/л, креатинин 64 ммоль/л, глюкоза 7,0 ммоль/л.

Общий анализ крови [27.11.2020]: гемоглобин 132.0 г/л, эритроциты 4.49, цвет, показатель 0.86, тромбоциты 532.1, лейкоциты 12.3, палочкоядерные 6, сегментоядерные 80, эозинофилы 0.0, моноциты 2.0, лимфоциты 12.0, скорость оседания эритроцитов 15 мм/час.

Биохимический анализ крови [27.11.2020]: общий белок 79 г/л, мочевая кислота 128 ммоль/л, калий 4,7 ммоль/л, натрий 136 ммоль/л, хлориды 98 ммоль/л, АлАТ 24 у/л, АсАТ 20 у/л, билирубин (общий) 10,3 мкмоль/л, билирубин (прямой) 2,5 мкмоль/л, холестерин 4,8 ммоль/л, триглицериды 0,9 ммоль/л.

Коагулограмма [27.11.2020]: АЧТВ 31, фибриноген 5,4, протромб (индекс) 74, МНО 1,2, протромбиновое время 14,0.

Анализ мочи [27.11.2020]: цвет сол\желт, прозрачность прозрачная, белок 0,033, плоский эпителий 2-3, лейкоциты 8-9, эритроциты (неизмененные) 2-3. Экспресс анализ на COVID-19 [27.11.2020]: Jg C: отрицательный, Jg M: отрицательный.

Результат лабораторного исследования COVID-19 [27.11.2020]: Тип: пЦР тест на COVID-19, Результат: не обнаружено.

Анализ спинномозговой жидкости [27.11.2020]: количество 6,0, цвет до центрифугирования ксантохромный, прозрачность до центрифугирования прозрачный, цвет после центрифугирования ксантохромный, прозрачность после центрифугирования прозрачный, ксантохромия да, цитоз 78, белок 32,0, реакция Панди +++, нейтрофилы 80, лимфоциты 20.

Коагулограмма [28.11.2020]: АЧТВ 33, фибриноген 5,6, протромб (индекс) 62, МНО 1,4, протромбиновое время 15,8.

Биохимический анализ крови [28.11.2020]: общий белок 73 г/л, мочевина 3,8 ммоль/л, креатинин 67 ммоль/л, глюкоза 6,1 ммоль/л, калий 4,5 ммоль/л, натрий 134 ммоль/л, хлориды 99 ммоль/л, АлАТ 27 у/л, АсАТ 19 у/л, билирубин (общий) 15,3 мкмоль/л, билирубин (прямой) 3,9 мкмоль/л, холестерин 4,5 ммоль/л, триглицериды 0,6 ммоль/л.

Общий анализ крови [28.11.2020]: гемоглобин 132.0 г/л, эритроциты 4.54, цвет, показатель 0.86, тромбоциты 466.1, лейкоциты 10.6, палочкоядерные 2, сегментоядерные 94, моноциты 1.0, лимфоциты 3.0, скорость оседания эритроцитов 28 мм/час.

Коагулограмма [29.11.2020]: АЧТВ 34, фибриноген 5,3, протромб (индекс) 58,8, МНО 1,75, протромбиновое время 19.

Биохимический анализ крови [29.11.2020]: общий белок 72 г/л, мочевина 3,9 ммоль/л, креатинин 69 ммоль/л, глюкоза 6,4 ммоль/л, калий 4,4 ммоль/л, натрий 135 ммоль/л, хлориды 100 ммоль/л, АлАТ 20 у/л, АсАТ 23 у/л, билирубин (общий) 16,1 мкмоль/л, билирубин (прямой) 2,8 мкмоль/л, амилаза (общая) 27 у/л.

Коагулограмма [29.11.2020]: АЧТВ 29, фибриноген 4,8, протромб (индекс) 65, МНО 1,3, протромбиновое время 15,3.

Биохимический анализ крови + АСО, РФ, СРБ [29.11.2020]: С-реактивный белок - реакция отрицательная.

Биохимический анализ крови [30.11.2020]: общий белок 72,1 г/л, мочевина 3,4 ммоль/л, креатинин 40,0 ммоль/л, глюкоза 6,0 ммоль/л, калий 4,3 ммоль/л, натрий 132 ммоль/л, хлориды 98 ммоль/л, АлАТ 33,8 у/л, АсАТ 21,7 у/л, билирубин (общий) 13,8 мкмоль/л, билирубин (прямой) 3,6 мкмоль/л, амилаза (общая) 29,0 у/л.

Коагулограмма [30.11.2020]: АЧТВ 29, фибриноген 4,0, протромб (индекс) 70, МНО 1,3, протромбиновое время 14,6.

Общий анализ крови [30.11.2020]: гемоглобин 129,0 г/л, эритроциты 4,46, цвет, показатель 0,85, тромбоциты 466,1, лейкоциты 9,3, палочкоядерные 2, сегментоядерные 87, эозинофилы 2,0, моноциты 2,0, лимфоциты 7,0, скорость оседания эритроцитов 22 мм/час.

Анализ мочи [30.11.2020]: цвет светло-желтый, прозрачность прозрачный, относительная плотность 1015, белок 0,066, лейкоциты 6-7, эритроциты (неизмененные) в большом количестве.

Анализ спинномозговой жидкости [30.11.2020]: количество 9,0, цвет до центрифугирования ксантохромный, прозрачность до центрифугирования слабо-мутный, цвет после центрифугирования ксантохромный, прозрачность после центрифугирования прозрачный, цитоз 307, белок 43,0, реакция Панди +++, нейтрофилы 14, лимфоциты 82.

Инструментальные данные: Рентгеновское исследование [27.11.2020]: RG-заключение: на рентгенограмме органов грудной клетки в прямой проекции от 27.11.2020 (стоя) - Легочные поля неоднородно снижены в пневматизации за счет множественных линейных затемнений (больше интерстициального типа) и участков по типу матового стекла. На этом фоне в верхних долях очаги высокой интенсивности с двух сторон. Легочный рисунок усилен в прикорневых отделах деформирован. Корни легких малоструктурные, расширены. Реберно-диафрагмальные синусы свободны. Купола диафрагмы с не ровным контуром с плевральными спайками слева. Тень сердца не расширена.

Заключение: Рентген признаки остаточных изменений перенесенного спец процесса. Учитывать клинику в отношении течения двухсторонней полисегментарной пневмонии на фоне хронического бронхита.

МРТ грудного отдела от 27.11.2020г-картина дегенеративного процесса грудного отдела позвоночника. Узелки Шморля тел средне,-нижнегрудного

отдела позвоночника. Диффузное поражение спинного мозга с атрофическими проявлениями.

На основании жалоб пациента ,анамнеза,клиника-диагностического исследования выставляется диагноз: Туберкулезный менингит.

Туберкулезный спондилит грудного отдела позвоночника; Туберкулез легких, БК+.

После осмотра фтизиатра для дальнейшего обследования и лечения пациент в короткие сроки переведен в ОПТД.

Заключение: Приведенный нами клинический случай наглядно демонстрирует, как важна настороженность врачей различных специальностей в отношении туберкулеза. В данном наблюдении своевременное выявление, правильная диагностика и скорейшее направление пациента для лечения в специализированное противотуберкулезное лечебное учреждение имели целью предотвратить ряд осложнений, развившихся у пациента, и увеличить шанс его успешного излечения.

Список использованной литературы:

1. КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ Туберкулезный менингит, менингоэнцефалит, БК- БК+, 1 и 2 категории. Новый случай, рецидив- № 23 от «12» декабря 2013 года
- 2.Лихачев С.А., Ивашинко А.В. // Мед. новости. 2008. № 9. С. 37.
- 3.Кошечкин В.А., Иванова З.А. Туберкулез. М., 2007.
- 4.Деконенко Е.П. // Неврол. журн. 2002. Т. 7. № 5. С. 4.
5. Gupta R.K. et al. // Am. J. Neuroradiol. 1999. V. 20. P. 867.
6. Susan Swindells. New and noteworthy in tuberculosis diagnostics and treatment // Top Antivir. Med. - 2018. - Vol. 26, Is. 2. - P. 58-61.