

Л. А. Гацкевич, А. Ю. Панько
ТУБЕРКУЛЕЗНЫЙ МЕНИНГИТ
Научный руководитель: асс. Н. П. Антонова
Кафедра фтизиопульмонологии,

Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск

Резюме. В работе анализировались современные особенности течения туберкулезного менингита у взрослых.

Ключевые слова: туберкулезный менингит, ВИЧ-инфекция, факторы риска, ликвор, летальность.

Resume. We have investigated advanced features of the course of tuberculosis meningitis in adults.

Keywords: tuberculosis meningitis, HIV infection, risk factor, liquor, mortality.

Актуальность. Одной из проблем фтизиатрической службы являются менингиты туберкулезной этиологии. Сложности своевременной диагностики и неблагоприятные исходы обуславливают актуальность тщательного изучения этой формы туберкулеза.

Цель: определить современные особенности течения туберкулезного менингита у взрослых.

Задачи:

1. Определить возрастную структуру у пациентов с туберкулезным менингитом.
2. Определить основные клинические формы туберкулеза легких, на фоне которых развился менингит туберкулезной этиологии.
3. Определить влияние ВИЧ-инфекции на течение менингита туберкулезной этиологии.
4. Определить особенности ликвора.

Материал и методы. Проведен ретроспективный анализ историй болезни пациентов с туберкулезным менингитом, которые находились на лечении в «РНПЦ ПИФ» в период 2009 – 2014 гг. Проводилась выкопировка данных: история заболевания, клиническая картина, наличие факторов риска, определение устойчивости микобактерий туберкулеза к противотуберкулезным препаратам. В пакете EXCEL 7,0 сформирована компьютерная база данных.

Результаты и их обсуждение. При анализе возрастной группы пациентов

установлено, что основной процент заболеваемости приходился на лица в возрасте 40 – 50 лет, что составило 36,4%. Процент заболеваемости в возрасте 30 – 40 лет составил 27,3%, в возрасте более 50 лет – 22,7%, 18 – 30 лет – 13,6%.

В исследуемой группе (22 человека) количество ВИЧ-инфицированных составило 50% (11 человек). Из них наибольшее количество пациентов приходилось на возраст 30 – 50 лет.

90,9% (20) пациентов с туберкулезным менингитом относились к группе впервые выявленных, и только у 9,1% (2) туберкулезный менингит сочетался с рецидивом туберкулеза легких. Среди впервые выявленных ВИЧ-инфекция была практически у половины пациентов (45%), из них не удалось предотвратить летальный исход у 40%.

Туберкулезный менингит у ВИЧ-инфицированных пациентов в 54,53% случаев развивался на фоне диссеминированного туберкулеза легких, в 27,27% случаев – на фоне милиарного туберкулеза, также имел место очаговый туберкулез легких (9,1%), плеврит туберкулезной этиологии (9,1%).

У пациентов без ВИЧ-инфекции наблюдалась та же картина клинических форм туберкулеза легких. Преобладал диссеминированный туберкулез легких - 54,54% случаев и милиарный туберкулез легких (9,1%). Также имел место спондилит (18,18%), изолированный туберкулезный менингит без специфического процесса в легких имел место у 18,18% пациентов.

Таким образом, туберкулезному менингиту сопутствовали следующие процессы в легких: диссеминированный туберкулез (54,4% случаев), милиарный туберкулез (18,2%), плеврит туберкулезной этиологии (4,5%), очаговый туберкулез (4,5%). Изолированный менингит имел место в 9,2% случаев. Внелегочные проявления туберкулеза сопутствовали менингиту специфической этиологии в 9,2% случаев.

У пациентов с наличием микобактерий туберкулеза в ликворе была проанализирована их чувствительность противотуберкулезным препаратам. В 53% случаев была выявлена множественная лекарственная устойчивость. В 18,7% - широкая лекарственная устойчивость, в 6,3% - полирезистентность, в 3,6% - монорезистентность. В 18,7% случаев сохранялась чувствительность микобактерий к противотуберкулезным препаратам.

Из факторов риска, способствующих развитию туберкулезного менингита [1], кроме ВИЧ-инфекции, которая наблюдалась у половины пациентов, можно выделить употребление алкоголя (22,7%), наркотиков (9%), наличие контакта с больными туберкулезом (18,2%), асоциальный образ жизни – заключенные и БОМЖ (13,6%).

При поступлении пациентов клиническая картина в большинстве случаев характеризовалась головной болью (66,7% случаев), головокружением (77,3%), тошнотой, рвотой (37,5%), выраженной слабостью (77,3%). Также при неврологическом осмотре выявлялись косоглазие, боль и двоение в глазах, гемипарез. 5 человек поступили в коме (22,7%).

При анализе ликвора были выявлены как типичные, так и атипичные изменения. Отмечались следующие изменения в ликворе: цвет – бесцветный (44,1%) и ксантохромный (55,9%); прозрачный в 86,1% случаев; белок повышен – 76,2%, уровень глюкозы снижен – 76,2%, хлориды снижены – 85,9%, цитоз – 52,38%, преобладание нейтрофилов – 33,3%, цитоз за счет лимфоцитов – 66,7%, фибриновая пленка выпадала в 11,76% случаев.

Одними из главных критериев постановки диагноза туберкулезного менингита являются: наличие в ликворе микобактерий туберкулеза и специфическая картина ликвора. В нашем случае микобактерии туберкулеза были выделены только в 47,6% случаев. При этом характерная картина ликвора у них наблюдалась в 80% случаев, атипичная картина имела место в 20% случаев. При отсутствии микобактерий туберкулеза в ликворе (что наблюдалось в 52,4% случаев) типичная картина изменений наблюдалась в 72,7% случаев, атипичная – в 27,3%.

Средняя продолжительность лечения в стационаре составила $124,9 \pm 49,7$ дней. При этом менее 1 месяца в стационаре находилось 59% обследуемых пациентов. Среди этой группы летальность составила 84,6%.

При этом среди пациентов, пребывающих менее месяца в стационаре (а именно – 13 человек – 59%), диагноз ВИЧ-инфекция имел место в 46,2% случаев (6 человек), летальность при этом составила 100%. А у пациентов без ВИЧ-инфекции (53,8% случаев – 7 человек) – 71%. Ведущим и неблагоприятным исходом при туберкулезном менингите являлось наличие ВИЧ-инфекции.

Выводы:

1. Основной причиной, ведущей к развитию туберкулезного менингита в возрастной группе до 50 лет, явилось наличие ВИЧ-инфекции (50% случаев).

2. 86,36% пациентов с туберкулезным менингитом относились к группе впервые выявленных, и только в 13,6% случаев туберкулезный менингит сочетался с рецидивом туберкулеза легких. Среди впервые выявленных ВИЧ-инфекция была практически у половины пациентов (57,9%), из них не удалось предотвратить летальный исход в 52,6% случаев.

3. Показатели ликвора соответствовали классическим для специфического менингита в 76,2% случаев. Микобактерии туберкулеза в ликворе были выявлены только в 47,6% случаев, что оставляет ведущее диагностическое значение за биохимическими показателями и клеточным составом. При этом классическая картина ликвора без наличия в нем микобактерий туберкулеза наблюдалась в 72,7% случаев.

4. В общей выборке летальный исход имел место в 77,2% случаев (17 человек из 22) пациентов с менингитом, 2/3 случаев – в срок до 1 месяца. При этом ВИЧ-инфекция наблюдалась в 50% случаев (11 человек). Летальность при наличии ВИЧ-инфекции составила 90,9% (10 из 11 пациентов). Летальность среди пациентов без ВИЧ-инфекции составила 63,6% (7 пациентов из 11). Таким образом, ведущим и неблагоприятным исходом при туберкулезном менингите является наличие ВИЧ-инфекции.

70-я Международная научно-практическая конференция студентов и молодых учёных
"Актуальные проблемы современной медицины и фармации - 2016"

L. A. Gatskevich, A. U. Panko
TUBERCULOSIS MENINGITIS
Tutor Assistant N. P. Antonova
Department of Phtisiopneumology,
Belarusian State Medical University, Minsk

Литература

1. Кошечкин, В. А. Туберкулез / В. А. Кошечкин, З. А. Иванова. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. – 304 с.