

**ТУБЕРКУЛЕЗНЫЙ МЕНИНГИТ****Гацкевич Л.А., Панько А.Ю., Антонова Н. П.**

*Белорусский государственный медицинский университет,  
кафедра фтизиопульмонологии  
г. Минск*

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

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

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

**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 (57,9%), из них не удалось предотвратить летальный исход в 52,6% случаев.

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 ВИЧ-неинфицированных пациентов наблюдалась та же картина легочного процесса. Преобладал диссеминированный туберкулез легких - 54,54% случаев. Также имел место спондилит (18,18%), изолированный туберкулезный менингит (18,18%), милиарный туберкулез легких (9,1%).

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, 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 (1 пациент был переведен в другую больницу по месту жительства для продолжения терапии). 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). Ведущим и неблагоприятным исходом при туберкулезном менингите являлось наличие ВИЧ-инфекции.

#### **Выводы:**

1. 77,3% случаев менингита туберкулезной этиологии зарегистрировано у пациентов трудоспособного возраста (до 50 лет). Основной причиной, ведущей к развитию туберкулезного менингита в данной возрастной группе, 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. Летальность при наличии ВИЧ-инфекции составила 90,9% (10 из 11 пациентов). ВИЧ-неинфицированных пациентов было зарегистрировано также 11. Летальность составила 63,6% (7 пациентов из 11). Таким образом, ведущим и неблагоприятным исходом при туберкулезном менингите является наличие ВИЧ-инфекции.

#### **Литература**

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