

*Е. Е. Орымбай, Ф. А. Махамбет*

## **ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ И ЛЕЧЕНИЕ ТУБЕРКУЛЕЗА ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ ПРИ СОЧЕТАНИИ С МУКОВИСЦИДОЗОМ**

*Научные руководители: канд. мед. наук, доц. А. Г. Исаева,*

*канд. мед. наук, доц. Л. Ш. Касенова*

*Кафедра фтизиопульмонологии,*

*НАО «Казахский Национальный медицинский университет имени С.Д.*

*Асфендиярова», г. Алматы*

*E. E. Orymbay, F. A. Makhambet*

## **CURRENT FEATURES AND TREATMENT OF PULMONARY TUBERCULOSIS IN COMBINATION WITH CYSTIC FIBROSIS**

*Tutors: Candidate of Medical Sciences, Associate Professor A. G. Issayeva,*

*Candidate of Medical Sciences, Associate Professor L. Sh. Kasenova*

*Department of Phthisiopulmonology,*

*Asfendiyarov Kazakh National Medical University, Almaty*

**Резюме.** Клиническая симптоматика туберкулеза в сочетании с муковисцидозом была обусловлена суммацией проявлений сочетанной патологии и протекала, как тяжелая хроническая пневмония, непрерывно рецидивирующая, с выраженным синдромом обструкции дыхательных путей. Туберкулезное воспаление характеризовалось большей площадью поражения, деструкцией легочной ткани и обнаружением МБТ в мокроте. Независимо от наличия сопутствующей патологии применялась химиотерапии в стандартном режиме.

**Ключевые слова:** туберкулез, лекарственная устойчивость, муковисцидоз, ген, химиотерапия.

**Resume.** Clinical symptoms of tuberculosis in association with cystic fibrosis was determined by summation of the manifestations of comorbidity and proceeded as severe chronic pneumonia, recurrent continuously, with marked airway obstruction syndrome. Tuberculous inflammation was characterized by a larger lesion area, destruction of the lung tissue and the detection of MBT in sputum. Regardless of the presence of concomitant pathology, chemotherapy was used in standard mode.

**Key words:** tuberculosis, drug resistance, cystic fibrosis, gene, chemotherapy.

**Актуальность.** Туберкулез у пациентов с отягощенным соматическим фоном сопровождается большей площадью поражения и частотой осложнений. Доля распространенных процессов составляет 45%. Эпидемиологическая опасность больных туберкулезом пациентов с сопутствующей патологией также выше, о чем свидетельствует более частое обнаружение в их мокроте МБТ – 28,8% [1.2.3] Муковисцидоз или кистозный фиброз поджелудочной железы или болезнь Ландштейнера Фанкони. Это наследственная системная экзокринопатия с аутомно-рецессивным типом наследования, характеризующаяся ранней манифестацией клинических проявлений с преимущественным поражением органов дыхания, желудочно-кишечного тракта и ряда других органов и систем [4]. Частота заболеваемости муковисцидозом, которая для Алматинской популяции составила в среднем 1:6102 новорожденных в Казахстане следует отнести к широко распространенным наследственным заболеваниям, встречающимся не реже чем 1:10 000 [5].

**Цель:** оценить течение заболевания и эффективность лечения туберкулезом органов дыхания с учетом наличия сопутствующих заболеваний.

**Задачи:** на клиническом примере продемонстрировать особенности течения и тактику лечения туберкулеза в сочетании с муковисцидозом.

**Материал и методы.** Проведено ретроспективное исследование истории болезни №496 больного Б.А.А., 2015г.р. находившегося в противотуберкулезном санатории г.Алматы, амбулаторная карта туберкулезного больного, рентгенархив, выписки из истории болезни пульмонологического отделения №1327, № 484, №1327.

**Из анамнеза заболевания:** заболел ребенок остро, началось с повышения температуры тела до 37.5-38.0<sup>0</sup> катаральных явлений, жидкого стула. Лечились амбулаторно (жаропонижающие, отхаркивающие средства), эффекта от проводимого лечения не было, ребенку проведено рентгенологическое исследование грудной клетки, где заподозрен туберкулез легких. При опросе выяснилось, что был контакт с больным туберкулезом родственником по линии матери, К. А., 1974 г., который заболел туберкулезом два года назад, лечился по 1 категории в течение 8 месяцев.

**При осмотре:** общее состояние при поступлении тяжелое, за счет хронической бронхо-легочной недостаточности, явлений дыхательной недостаточности I-II степени, выраженного бронхоспазма, явлений гипоксии, симптомов интоксикации, гипотрофии. Ребенок в физическом развитии и психоэмоциональном состоянии отстает от сверстников. Кожные покровы бледные с серым колоритом, выражен цианоз носогубного треугольника, периорбитальная синева, на ощупь сухие. Одышка смешанного характера усиливается при малейшей физической нагрузке, с втяжением межреберных промежутков. Кашель малопродуктивный, частый, дренажная функция бронхов вялая. Аускультативно дыхание ослабленное, выслушиваются масса крепитирующих и сухих хрипов с обеих сторон по всем полям, выдох удлинен, форсирован. Сердечные тоны приглушены, ритмичные. Живот увеличен в объеме, за счет вздутия живота, гепатомегалии, в акте дыхания активно принимает участие передняя брюшная стенка. Стул 2-3 раза в день, кашицеобразный, со слов матери без жирного блеска.

**При дообследовании ребенка:** Р.Манту с 2ТЕ от 25.09.2016 г. – папула 6 мм. Диаскинтест от 25.09.2016 г. – папула 8 мм. Анализ мокроты молекулярно-генетическим методом (G Xpert TB) - обнаружены микобактерии туберкулеза (МБТ), устойчивые к рифампицину. На рентгенограммах выявлены признаки полостного образования в верхней доле левого легкого с очагами вокруг (рис. 1,2).



**Рис. 1** – Обзорная рентгенограмма ОГК больного Б. в прямой проекции до начала противотуберкулезной терапии

**Результаты и их обсуждение.** На основании данных анамнеза, лабораторных, рентгенологических данных ребенку выставлен диагноз: Первичный туберкулезный комплекс верхней доли левого легкого в фазе распада и обсеменения МБТ отрицательный, множественная лекарственная устойчивость (МЛУ ТБ) назначена терапия в стандартном режиме по 4 категории. На фоне лечения отмечалась положительная рентгенологическая динамика, улучшения состояния и самочувствия. Прибавил в весе + 3 кг. Анализ микроскопии индуцированной мокроты на МБТ от 09.11.2017г. результат отр. Рентгенологическая картина в динамике: рентгенкартина положительная в виде дальнейшего рассасывания легочного инфильтрата, полость распада не видна, корень справа стал более структурным, уплотнения слева (рис.2).



**Рис. 2** - Обзорная рентгенограмма легких в динамике больного Б

Пациент с положительной динамикой (через 8 месяцев) переведён на поддерживающую фазу лечения. Определяющим фактором критерия эффективности противотуберкулезной терапии являлись микробиологические и рентгенологические данные. На фоне проводимой этиотропной терапии на протяжении 2-х лет у ребенка заболевание протекало, как тяжелая хроническая пневмония, непрерывно рецидивирующая, с выраженным синдромом обструкции дыхательных путей. Атипичная клиническая картина туберкулезного воспаления, данные лабораторных и анамнестических данных позволило заподозрить муковисцидоз и для верификации диагноза пациент направлен в профильное пульмонологическое отделение. Исследованы хлориды в потовой жидкости, цитологический состав мокроты, бактериологический посев мокроты, кал на эластазу, копрограмма. Выделен ген муковисцидоза Del 508 в гомозиготном состоянии. На основании вышеуказанных данных впервые подтвержден муковисцидоз, подключена базисная терапия, посиндромная терапия. Отмечена положительная клиническая динамика, в течение 2018-19 гг. два обострения муковисцидоза. На сегодняшний день, пациент состоит на диспансерном учете по II группе (неактивный туберкулез) с диагнозом: Клиническое излечение после перенесенного Первичного туберкулезного комплекса верхней доли левого легкого МБТ-. Новый случай. МЛУ ТБ 4 категория. Лечение завершено. Сопутствующий диагноз: Муковисцидоз, смешанная форма, генотип определен ген Del 508 в гомозиготном состоянии, ДН II степени. В мае 2020г. подлежит снятию с диспансерного наблюдения по туберкулезу органов дыхания.

### **Выводы:**

1 Клиническая симптоматика туберкулеза легких на фоне проводимой этиотропной терапии протекала, как тяжелая хроническая пневмония, непрерывно рецидивирующая, с выраженным синдромом обструкции дыхательных путей, что было обусловлено суммацией проявлений сочетанной с муковисцидозом.

2 Туберкулез у пациента с отягощенным соматическим фоном сопровождался большей площадью поражения и деструкцией легочной ткани и обнаружением микобактерий туберкулеза в мокроте .

3 Принципы химиотерапии общие, независимо от наличия сопутствующей патологии.

### **Литература**

1. Кошечкин В.А. и соавт. Туберкулез и сопутствующие заболевания. Вестник РУДН, сер, Медицина, 2006, №2(34)

2. А.И. Мохначевская и соавт. Структура сочетания хронических неспецифических заболеваний легких и туберкулеза органов дыхания у детей и подростков. Бюлл. ВСНЦ СО РАМН, 2011, №2 (78).

3. Рашкевич Е.Е. и соавт. Туберкулез в сочетании с соматическими заболеваниями подростков в Смоленской области. Вестник СМГА, 2013, т.12, №4

4. И. К. Ашерова и соавт. Муковисцидоз и туберкулез. <https://doi.org/10.18093/0869-0189-2012-0-4-34-39>

5. Нукушева С.Г. и соавт. Муковисцидоз в Казахстане, что важно сегодня, Клиническая медицина Казахстана № 2 (28) 2013.

РЕПОЗИТОРИЙ БГМУ