

УДК 616.831.9-002.5

*А.А. Саранков***ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ
ТУБЕРКУЛЕЗНОГО МЕНИНГИТА И МЕНИНГОЭНЦЕФАЛИТА**

Научный руководитель: к.м.н., доцент Буйневич И.В.

*Кафедра фтизиопульмонологии**УО «Гомельский государственный медицинский университет», г. Гомель*

Актуальность. Туберкулез центральной нервной системы является тяжелой формой внелегочного туберкулеза и развивается чаще всего у детей грудного возраста и в более старшем возрасте при наличии иммуносупрессии. Для защиты детей от туберкулеза в нашей стране прививаются вакциной БЦЖ все здоровые новорожденные на 3-4 день жизни. Взрослые люди такой защиты не имеют [1].

В современной литературе можно найти не так много работ, посвященных проблеме туберкулезного менингита. Достаточно редко эта патология встречалась у пациентов противотуберкулезных учреждений в прошлые годы. В последнее время в связи с ростом числа ВИЧ-инфицированных пациентов увеличился удельный вес туберкулеза ЦНС в структуре заболеваемости. Кроме того, диагностировать эту форму туберкулеза не так просто, как хотелось бы, в силу того, что отсутствуют патогномичные симптомы. Диагностика туберкулезного менингита, как правило, происходит на поздней стадии, когда назначение противотуберкулезного лечения уже неэффективно [2].

Туберкулезный менингоэнцефалит протекает своеобразно, симптоматика нарастает медленно. При работе с пациентами, имеющими менингеальные симптомы, всегда нужно помнить о туберкулезной инфекции. В анамнезе необходимо учитывать образ жизни пациента, бытовые условия, наличие перенесенного в прошлом туберкулеза, контактов с больными туберкулезом, получить сведения о туберкулиновых пробах и прививках БЦЖ. Большое значение имеют предрасполагающие к туберкулезу факторы: острые вирусные инфекции, иммунодефицитные состояния (в т.ч. ВИЧ-инфекция), хронические заболевания, травмы черепа. «Золотым стандартом» диагноза туберкулезный менингит является выделение микобактерий туберкулеза (МБТ) из ликвора. По данным разных авторов, бактериологический диагноз подтверждается от 4 до 27% случаев [3, 4].

Цель исследования. Изучить особенности клинического течения туберкулезного менингита и менингоэнцефалита.

Материалы и методы исследования. Проанализированы результаты обследования пациентов с туберкулезным менингитом и менингоэнцефалитом (в количестве 18 человек), находившихся на лечении в Гомельской областной туберкулезной клинической больнице за период с 2009 по 2014 гг. Первичные данные были получены путем выкопировки из медицинской документации.

Результаты и обсуждение. Всего изучено 18 пациентов, из них 13 мужчин (72,%) и 5 женщин (27,8). Все обследованные были людьми трудоспособного возраста, при этом средний возраст мужчин составил 40 лет, женщин – 35 лет. При изучении социального статуса установлено, что 11 человек были безработными (61,1%), инвалидами – 3 пациента (16,6%), и только 4 человека работали (22,3%). Преобладали городские жители над сельскими (55,5% и 44,5% соответственно). Менее 1 месяца в стационаре провели 6 человек (33,3%). Средняя продолжительность пребывания в туберкулезном отделении составила 81 койко-день.

У 14-ти пациентов туберкулез ЦНС развился на фоне ВИЧ-инфекции (77,7%). У 4-х человек (22,3%) туберкулез ЦНС явился результатом генерализации туберкулеза при наличии отягощенного преморбидного фона.

В 8-ми случаях (44,5%) диагностирован туберкулезный менингит, а в 10-ти – туберкулезный менингоэнцефалит (55,5%). Почти у всех пациентов туберкулезное поражение ЦНС развилось на фоне активного туберкулеза различных локализаций. У 11-ти человек из 18-ти преобладал диссеминированный туберкулез легких (в т.ч. милиарный туберкулез легких), что связано с гематогенной диссеминацией микобактерий. У 3-х человек наблюдался инфильтративный туберкулез легких. У 2-х человек, кроме легочного туберкулеза, имел место внелегочный туберкулез (органы брюшной полости). У одного пациента туберкулезный менингоэнцефалит явился осложнением туберкулеза позвоночника (а именно – туберкулезного спондилита). И только у одного пациента поражение ЦНС было единственной локализацией туберкулеза.

Из особенностей клинического течения следует отметить преобладание постепенного начала заболевания (16 пациентов). Продромальный период у этих пациентов длился 1-2 недели. Развитие менингита и менингоэнцефалита начиналось с нарастания слабости, появления и постепенного усиления головной боли, лихорадки, изменения поведения (заторможенность, неадекватное реагирование, дезориентация в пространстве и времени, появление признаков агрессии). Жалобы на головную боль предъявляли все 18 пациентов (100%). Лихорадка фебрильного характера 38-39⁰С отмечалась у половины пациентов (9 человек). Тошнота и рвота встречались редко, лишь в 3 случаях.

К концу продромального периода появилась ригидность мышц затылка и другие менингеальные симптомы у 16 пациентов (88,8%).

Двое пациентов с острым началом заболевания провели в стационаре всего 4 и 9 дней до наступления смертельного исхода.

По данным литературных источников, при туберкуле ЦНС преобладает базиллярный менингит с симптомами поражения черепно-мозговых нервов. По нашим данным, среди 18-ти пациентов только у одного наблюдались глазодвигательные нарушения и нарушение глотания. Другая неврологическая симптоматика присутствовала у 5-ти больных (27,7%): гемипарез, парапарез, тетрапарез, пирамидные расстройства, эпилепсии. Психические нарушения

диагностированы в 2-х случаях, были представлены делирием, слуховыми галлюцинациями, бредом, когнитивно-интеллектуальными нарушениями. Нарушение сознания отмечалось у 8 пациентов. Неврологическая симптоматика, нарушение сознания, психические расстройства появлялись на 3-й неделе заболевания.

Важным диагностическим критерием туберкулезного менингита традиционно считается картина ликвора с умеренным лимфоцитарным плеоцитозом, значительным повышением содержания белка, резким снижением количества сахара. Исследование спинномозговой жидкости показало, что у большинства пациентов ликвор был ксантохромным, слегка опалесцирующим, прозрачным. Количество белка в ликворе составляло от 0,73 г/л до 4,94 г/л. Количество клеток колебалось от 42 до 866 в 1 мкл. По клеточному составу у 10-ти пациентов ликвор был лимфоцитарный (от 54 до 92% лимфоцитов), у 3-х – нейтрофильный (от 64 до 70% нейтрофилов), у 5-ти – смешанный. Глюкоза была снижена у всех больных, в среднем показатель составил 1,2 ммоль/л. Патогномичным признаком туберкулеза ЦНС является обнаружение микобактерий в ликворе. Этот признак обнаруживается крайне редко. У наших пациентов только в 2-х случаях (11,1%) обнаружены микобактерии методом посева.

Поздняя диагностика туберкулезного менингита, длительное течение предшествующего туберкулезного процесса, отягощенный преморбидный фон, выраженная иммуносупрессия в 17-ти случаях привели к гибели пациентов, а один пациент остался жив с выраженными нарушениями в эмоционально-психической сфере и умственной деятельности, а также с нарушением функции тазовых органов.

Выводы

1. Туберкулезный менингит (менингоэнцефалит) в последние годы стал нередким явлением в клинической структуре туберкулеза в связи с ростом числа ВИЧ-инфицированных людей. Поражение ЦНС развивается на фоне выраженной иммуносупрессии. У 77,7% пациентов туберкулезное поражение ЦНС произошло на фоне ВИЧ-инфекции.

2. В подавляющем большинстве случаев (94,4%) туберкулезный менингит (менингоэнцефалит) протекал на фоне активного туберкулеза различных локализаций.

3. Постепенное начало заболевания, медленное нарастание менингеальных симптомов, отсутствие характерного для туберкулезного менингита поражения черепно-мозговых нервов, редкое обнаружение микобактерий в ликворе, отягощенный преморбидный фон привели к поздней диагностике заболевания и соответственно к неблагоприятному исходу. Кроме того, высокую вероятность летального исхода обусловило сочетание туберкулеза и ВИЧ-инфекции по причине быстрого прогрессирования заболевания.

4. В связи с очень низкой эффективностью лечения необходима разработка новых методик патогенетической терапии для этих пациентов.

Выражение благодарности

Выражаю благодарность своему научному руководителю – Буйневич Ирине Викторовне за помощь в организации исследования и предоставлении материалов (истории болезней) и литературных источников.

Литературные источники:

1. Фтизиатрия. Национальное руководство / под ред. М.И. Перельмана. - М. ГЭОТАР-Медна, 2007, стр. 329.
2. Покровский В.И., Кудрявцев А.Е., Венгеров Ю.Я. Особенности современного клинического течения туберкулезного менингита // Тер. архив. — 1994. — Т.66. — №11. — С.51-53.
3. Деконенко Е.П. Туберкулез нервной системы // Неврологический журнал. — 2002. — №5. — С.4-10.
4. Внелегочный туберкулез / Под ред. А. В. Васильева. — СПб.: ИКФ «Фолиант», 2000, стр. 147 – 154.

Sarankov A.A.

CLINICAL FEATURES OF TUBERCULOUS MENINGITIS AND MENINGOENCEPHALITIS

Gomel State Medical University, Gomel

Summary

Tuberculous meningitis (meningoentsefalit) in recent years has become a common feature in the structure of clinical tuberculosis in the increasing number of HIV-infected people. CNS develops on background of severe immunosuppression. Gradual onset, slow increase of meningeal symptoms, absence of characteristic tuberculous meningitis defeat of the cranial nerves, the rare detection of mycobacteria in the cerebrospinal fluid, weighed premorbid background lead to late diagnosis of the disease and thus to an unfavorable outcome. In addition, a high probability of death determines the combination of TB and HIV infection because of the rapid progression of the disease. Low efficiency of the treatment requires the development of new methods of pathogenetic therapy for these patients.