

ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЙ ПРИ ГЕНЕРАЛИЗИРОВАННЫХ ФОРМАХ ТУБЕРКУЛЁЗА

Парпиева Н.Н., Усмонов И.Х., Кобилев Н.Ю., Жумаев М.Ф.,

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр фтизиатрии и пульмонологии,
Бухарский государственный медицинский институт,
Бухарский областной центр фтизиатрии и пульмонологии.

✓ Резюме

В основу работы положены данные обследования 118 больных с генерализованным туберкулёзом, которым проведено комплексное лечение по стандарту, из них - у 91(77,1%) случаев наблюдался туберкулёз легких с туберкулёзным спондилитом, туберкулёз мочеполовой системы с туберкулёзным спондилитом - у 8(6,7%), костно-суставной туберкулёз с туберкулёзным спондилитом - полиорганный туберкулёз - у 12(10,2%), туберкулёз периферических лимфоузлов с туберкулёзным спондилитом - у 7 (5,9%), экссудативный плеврит с туберкулёзным спондилитом - у 7(5,9%) больных, а у 6(5,1%) больных диагностировано поражение туберкулёзом трёх систем. Всем больным проведено радикально восстановительная операция позвоночника по жизненным показаниям и 100% случаев получено положительные результаты. Проведено бактериологическое исследование полученного операционного материала, мокроты и мочи с молекулярно-генетическими (GeneExpert, HAIN Test) методами и методами посева на жидкой (MGite BACTEK 960) или твёрдой (Левенштейна - Йенсена) среды с последующим выявлением чувствительности микобактерии туберкулёза к противотуберкулёзным препаратам и применение этих методов улучшил результатов лечения.

Ключевые слова: генерализованный туберкулёзный, диагностика, лечение.

СИЛНИНГ ГЕНЕРАЛИЗАЦИЯЛАШГАН ШАКЛЛАРИНИ ТАШХИСЛАШНИНГ ВА ДАВОЛАШНИНГ ЎЗИГА ХОСЛИГИ

Парпиева Н.Н., Усмонов И.Х., Қобилев Н.Ю., Жумаев М.Ф.,

Республика ихтисослаштирилган фтизиатрия ва пульмонология илмий-амалий тиббиёт маркази,
Бухоро давлат тиббиёт институти,
Бухоро вилояти фтизиатрия ва пульмонология маркази.

✓ Резюме

Тадиқот учун генерализациялашган сил касаллиги билан касалланган 118 бемор асос қилиб олинди ва уларга стандарт асосида комплекс даво ўтказилди, улардан 91(77,1%) ҳолатда ўпка ва умуртқа поғонасининг силдан зарарланиши, 8(2,9%) ҳолатда сийдик - таносил аъзоларининг ва умуртқа поғонасининг, 12(10,2%) беморда полиаъзоли сил, 7(5,9%) ҳолатда периферик лимфа тугунлари ва умуртқа поғонасининг сили, 7(5,9%) ҳолатда экссудатив плеврит ва сил спондилити, 6(5,1%) беморда эса 3 та тизимнинг силдан зарарланиши кузатилди. Юқоридаги барча беморларга ҳаётий кўрсатмаларга асосан умуртқа поғонасида радикал-тиқловчи амалиётлар ўтказилди ва 100% ҳолатда ижобий натижага эришилди. Амалиёт вақтида олинган патологик материал, балғам ва сийдик молекуляр-генетик услубда (Gene Expert, HAIN Test) ва экма усулида суюқ (MGite BACTEK 960) ёки қаттиқ (Левенштейна - Йенсена) муҳитда бактериологик текширилиб, микобактериянинг силга қарши препаратларга сезгирлиги аниқланди ва бу услубларнинг қўлланилишдан даволашда ижобий натижаларга эришилди.

Калит сўзлар: генерализациялашган сил, ташхислаш, даволаш.

FEATURES OF DIAGNOSIS AND TREATMENT IN GENERALIZED FORMS OF TUBERCULOSIS

Parpieva N.N., Usmonov I.Kh., Kobilov N.Yu., Jumayev M.F.,

Republican Specialized Scientific and Practical Medical Center of Phthisiology and Pulmonology,
Bukhara State Medical Institute,
Bukhara Regional Center of Phthisiology and Pulmonology.

✓ Resume

The basis of the work is the survey data of 118 patients with generalized tuberculosis who underwent comprehensive treatment according to the standard, of which 91 (77.1%) cases had pulmonary tuberculosis with tuberculosis spondylitis, and genitourinary tuberculosis with tuberculosis spondylitis - in 8 (6, 7%), osteoarticular tuberculosis with tuberculosis spondylitis - multiple organ tuberculosis - in 12 (10.2%), peripheral lymph nodes tuberculosis with tuberculosis spondylitis - in 7 (5.9%), exudative pleurisy with tuberculosis spondylitis - in 7 (5, 9%) patients, and 6 (5.1%) patients diagnosed with tuberculosis of three systems. All patients underwent radical reconstructive spinal surgery for health reasons and in 100% of cases positive results were obtained. A bacteriological study of the obtained surgical material, sputum and urine with molecular genetic (Gene Expert, HAIN Test) methods and methods of inoculation on liquid (MGite BACTEK 960) or solid (Levenshtein-Jensen) medium with subsequent detection of the sensitivity of mycobacterium tuberculosis to anti-tuberculosis drugs and the application of these methods improved treatment outcomes.

Key words: generalized tuberculosis, diagnosis, treatment.

Актуальность

Генерализованный туберкулёз регистрируется как туберкулез органов дыхания, если есть поражение дыхательной системы организма. В официальной статистике нет данных о первичном выявлении всех внелёгочных локализаций туберкулёза. За последние 20 лет существенно выросла заболеваемость туберкулезом органов дыхания при одновременном снижении заболеваемости внелёгочным туберкулёзом с 3,3 на 100 тыс. населения в 1992 г. до 2,5 на 100 тыс. населения в 2010 г. [2]. Объясняется это тем, что внелёгочные формы выявляются значительно труднее из-за сложности использования лучевых и лабораторных методов диагностики. Значение имеет также доступность медицинской помощи [1].

У больных с генерализованными формами туберкулёза, как правило, поражаются и органы дыхания - в 91,4% случаев [4].

Большинство пациентов обращаются к врачам общей лечебной сети при появлении признаков любого заболевания, как общих, так и симптомов со стороны отдельных органов и систем, в том числе и туберкулеза. Для своевременной диагностики туберкулеза необходим эффективный поиск в виде конструктивного взаимодействия врачей общей лечебной сети, терапевтов, специалистов хирургического профиля, морфологов. Несвоевременный диагноз туберкулеза обусловлен как субъективными факторами, так

и объективными, в частности: недостаточной фтизиатрической настороженностью врачей общей практики, особенностью патоморфоза туберкулеза, наличием фоновых заболеваний, сложностями трактовки морфологических исследований [3,5]. Трудность установления диагноза у многих больных была обусловлена полиморфной, отчасти нетипичной клинической картиной течения туберкулезной инфекции, развившейся на фоне длительного, бесконтрольного приема неспецифических противовоспалительных средств.

Материал и методы

В основу работы положены данные обследования 118 больных с генерализованным туберкулёзом, которым проведено комплексное лечение по стандарту, из них - у 91 (77,1%) случаев наблюдался туберкулёз легких с туберкулёзным спондилитом, туберкулёз мочеполовой системы с туберкулёзным спондилитом - у 8 (6,7%), костно-суставной туберкулёз с туберкулёзным спондилитом - полиорганный туберкулёз - у 12 (10,2%), туберкулёз периферических лимфоузлов с туберкулёзным спондилитом - у 7 (5,9%), экссудативный плеврит с туберкулёзным спондилитом - у 7 (5,9%) больных, а у 6 (5,1%) больных диагностировано поражение туберкулёзом трёх систем. Возраст больных варьировал от 20 до 74 лет, средний возраст при этом составил 42,8 года.

Таблица № 1.

Распределение больных по полу и возрасту

Пол	Число больных	19-29 лет	30-39 лет	40-49 лет	50-59 лет	60 лет и старше
Мужчины	57 (48,3%)	7 (12,3%)	14 (24,6%)	17 (29,8%)	11 (19,3%)	8 (14,0%)
Женщины	61 (51,7%)	9 (14,7%)	15 (24,6%)	22 (36,1%)	8 (13,1%)	7 (11,5%)
всего:	118(100%)	16(13,5%)	29 (24,6%)	39 (33,1%)	19 (16,1%)	15(12,7%)
Пол	Число больных	19-29 лет	30-39 лет	40-49 лет	50-59 лет	60 лет и старше
Мужчины	57 (48,3%)	7 (12,3%)	14 (24,6%)	17 (29,8%)	11 (19,3%)	8 (14,0%)
Женщины	61 (51,7%)	9 (14,7%)	15 (24,6%)	22 (36,1%)	8 (13,1%)	7 (11,5%)
всего:	118(100%)	16(13,5%)	29 (24,6%)	39 (33,1%)	19 (16,1%)	15(12,7%)

Как видно из таблицы 1 - мужчин было в 1,1 раза меньше, чем женщин, из них 71,2% больных были в возрасте 19-49 лет (наиболее трудоспособный возраст), 16,1% - 50-59 лет и 12,7% - старше 60 лет.

Всем больным проведено комплексное исследование лабораторное (общие клиническое и бактериологические) и инструментальное (рентгенография легких, МРТ, МСКТ, УЗИ, спирометрия).

Из таблицы №2 видно, что часто встречался поражение позвоночника с различными формами активного туберкулеза органов дыхания - у 91 (77,1%) и с поражением других органов и систем диагностированы - у 27 (22,9%) больных. Туберкулёз мочеполовых органов - 10 (8,5%), туберкулёз периферических лимфатических узлов - у 10 (8,5%), экссудативный плеврит - у 7 (5,9%) и единичном случае (0,8%) наблюдается туберкулёз глаз, при этом - у 12 (10,2%) случаев полиорганный туберкулёз или туберкулёзное

поражение костной системы с туберкулёзом позвоночника или других органов.

В клиническом течении преобладали симптомы спондилита, но наряду с этим наблюдался кашель - сухой или с выделением мокроты, выраженный интоксикационный синдром, у 14 (5,1%) - кровохарканье, у 4 (1,5%) больных с периодическими кратковременными приступами удушья. При туберкулёзе МПС+ТС, который диагностирован у 8 (2,9%) больных имели место жалобы на частое мочеиспускание, боли в области почек, жжение, изменение цвета мочи (красным) и т.п. Костно-суставной туберкулёз + ТС - полиорганный туберкулёз встречался - у 12 (4,3%) больных, из них поражение тазобедренного сустава выявлено - у 4 (1,5%), коленных суставов - у 3 (1,1%), трохантерит - у 1 (0,4%), лучезапястного сустава - у 1 (0,4%), туберкулёз грудины - у 1 (0,4%) и поражение ребра в 2

Генерализованные формы туберкулеза

Форма туберкулеза	Количество больных	
	абс.ч.	%
Очаговый туберкулез легких + ТС	42	35,6±4,5
Инфильтративный туберкулез легких + ТС	21	17,8±2,2
Диссеминированный туберкулез легких + ТС	12	10,2±4,8
ФКТ легких + ТС	3	2,5±1,5
ФКТ легких+ ТМС + ТС	2	1,7±1,3
Туберкулез мочеполовой системы (ТМС) + ТС	8	6,8±2,3
Костно-суставной туберкулез + ТС (полиорганный ТБ)	12	10,2±4,8
Туберкулез периферических лимфоузлов (ТПЛ) + ТС	7	5,9±1,2
Очаговый туберкулез легких + Туберкулез глаз + ТС	1	0,8±0,2
Экссудативный плеврит + ТС	7	5,9±2,1
ТПЛ + Очаговый туберкулез легких + ТС	3	2,5±1,5
Всего:	118	100%

Примечание: ТС - туберкулёзный спондилит, ФКТ - фиброзно-кавернозный туберкулёз.

(0,7%) случаях соответственно. В клиническом течении, у этой категории больных преобладали выраженные боли, которые усиливались при незначительном движении. Туберкулёз периферических лимфоузлов (ТПЛ) + ТС встречался - у 7 (2,5%) пациентов, при этом больные особого беспокойства не испытывали. Экссудативный плеврит + ТС наблюдался у 7 (2,5%) больных, которые жаловались на недостаток воздуха, боли в грудной клетке и редкий сухой кашель. У 6 (2,2%) больных диагностировано поражение туберкулёзом трёх систем и органов человека. ФКТ легких + ТМС + ТС встречался у 2(0,7%) больных, которые имели разнообразную клиническую картину. У данной категории больных наблюдались клинические симптомы соответствующих трёх органов и систем, где локализовался патологический процесс. ТПЛ + очаговый туберкулёз легких + ТС встречался у 3 (1,1%) пациентов, при котором были характерны следующие клинические признаки: увеличенный пальпируемый лимфатический узел, кашель, выделение мокроты и клинические симптомы туберкулёзного спондилита. Больной с очаговым туберкулёзом легких + туберкулезом глаз + ТС встречался в единичном случае, при этом туберкулёз глаз установлен после 4,5 месяцев от начала специальной терапии, в виде отслойки сетчатки верхнего наружного отдела правого глаза, которое проявилось нарушением зрения в этой области.

Длительность жалоб больных до установления диагноза составила от 4-5 месяцев до 3,6 лет, в среднем - 7,2 месяцев. Основными жалобами больных были следующие: повышение температуры тела, потливость - у 82(69,5%), боль в области поражения с иррадиацией - у 100%, похудание - у 98(83,1%), усиление болей при движении - у 112(94,9%).

Генерализованные формы туберкулеза: поражение позвоночника с различными формами активного туберкулеза органов дыхания и других органов встреча-

лись - у 118 (40,4±4,1%) больных. Выделение в мокроте микобактерий туберкулёза зарегистрировано у 57 (20,6±2,7%), а с мочой - у 8 (2,9±1,1%) больных. С туберкулезом легких получили лечение в сроках от 15 до 74 дней и после этого выявили ТС - у 21 (25,0±2,8%), одновременно в течение 10 дней - у 56 (66,8±3,5%), у 6 (7,1±2,9%) больных выявление ТС предшествовало выявлению туберкулеза легких. МПТ+ТС установлен после госпитализации в клинику, экссудативный плеврит + ТС, ТПЛ + ТС до госпитализации был заподозрен и после госпитализации диагноз был установлен в течение 10 дней.

У одного больного туберкулёз глаз установлен по истечении 4,5 месяцев наблюдений.

Степень тяжести неврологических расстройств оценивалась до операции по шкале Н.Л. Frankel (1969) и А.Ю. Мушкиным с соавт. (1998) следующим образом:

- степень А - больные с анестезией и парезом ниже уровня поражения- не наблюдается;
- степень В - с неполным нарушением чувствительности ниже уровня поражения, движения отсутствуют - у 4 (3,4%) больных;
- степень С - с неполным нарушением чувствительности, имеются слабые движения, но сила мышц недостаточна для ходьбы - у 22 (18,6%) больных;
- степень D - с неполным нарушением чувствительности ниже уровня поражения, имеются движения, сила мышц достаточна для ходьбы с посторонней помощью - у 69 (58,5%) больных;
- степень Е - без нарушения чувствительности и движений ниже уровня поражения. Могут быть измененные рефлексы - у 23 (19,5%) больных;
- степень R - наличие корешкового синдрома - у 93 (78,8%) больных.

Выраженность болевого синдрома по методике F.Denis составила 0 баллов - нет; 1 балл - 4 (3,4%), 2 балла - 12 (10,2%), 3 балла - 102 (86,4%), 4 балла -

нет больных, которым требуется прием наркотических средств для купирования болевого синдрома.

У 87(73,7%) больных встречались сопутствующие заболевания, из них: сердечно-сосудистые - у 62(52,5%), заболевания гепатобилиарной системы - у 21(17,8%), мочевыделительной и органов гениталий - у 9(7,6%), сахарный диабет - у 3(2,5%), ВИЧ инфицированные - 1(0,8%), прочие болезни - у 9(7,6%).

При этом у 8(6,8%) больных диагностирована устойчивая форма туберкулеза: мультирезистентная форма туберкулеза (MDR) - у 6(5,1%), при которой МБТ устойчива к первому ряду противотуберкулезных препаратов и у 2(1,7%) больных монорезистентная форма, которая микобактерия устойчива к изониазиду, но чувствителен к рифампицину. С учетом устойчивости к антибактериальным препаратам этим больным назначено препараты второго ряда: капреомицин, канамицин, циклосерин, ПАСК, протионамид, фторхинолоны: левофлоксацин, офлофлоксацин.

Исследованные больные, которым произведены радикально-восстановительные операции (РВО) позвоночника после соответствующей подготовки и противотуберкулезной терапии в сроках до 1,5-2 месяца. Из 118 больных с туберкулезом позвоночника, у 97(82,2%) РВО проведено с применением титанового сетчатого кейджа (Piramesh), а у 21 (17,8%) - традиционно-классическим методом со спондилодезмотомией.

Результат и обсуждение

Эффективность лечения изучена в раннем (до 30 дней) и позднем послеоперационном периоде (от 6мес. до 4 лет). Результаты лечения зависят от адекватного противотуберкулезной терапии, качеству операции, патогенетической терапии и соблюдение ортопедических и реабилитационных мероприятий. Психосоциальная состояния больного и моральная реабилитация имеет особое место для выздоровлению от болезни.

Из 118 больных выявлено 8(6,8%) больных устойчивая форма туберкулеза: мультирезистентная форма туберкулеза (MDR) - у 6(5,1%), при которой МБТ устойчива к первому ряду противотуберкулезных препаратов, больных этой категории проведено лечение 20 месяцев по следующей схеме: левофлоксацин, капреомицин, циклосерин или ПАСК, протионамид, этамбутол, пипразинамид и у 2(1,7%) больных диагностировано монорезистентная форма, которая микобактерия устойчива к изониазиду, но чувствителен к рифампицину и проведено лечение 9 месяцев по схеме: рифампицин, этамбутол, пипразинамид и левофлоксацин, а чувствительных формах проведено 6 месяцев по схеме: рифампицин, изониазид, пипразинамид, этамбутол (интенсивной фазе 2 месяца) и рифампицин + изониазид (поддерживающий фазе 4 месяцев).

Предоперационном периоде больным, которым установлен диагноз фиброзно-кавернозный туберкулез легких + туберкулезный спондилит - у 3(2,5%) и фиброзно-кавернозный туберкулез легких + туберкулезный спондилит + туберкулез мочеполовых органов - у 2(1,7%) больных в среднем 3,5-4,0 месяцев, при инфильтративном туберкуле-

за легких + ТС - у 21(17,8%) случаев и диссеминированный туберкулез легких + ТС - у 12(10,2%) случаях 2,0 месяца и у 80(67,8%) больных в среднем 1,2 месяца проведено противотуберкулезное лечение и после чего выполнено радикально-восстановительная операция позвоночника, последующим продолжением противотуберкулезное лечение по стандарту. Во время операции и после операционном периоде осложнений и летальных исходов не наблюдался.

Степень тяжести неврологических расстройств после операции составлял по шкале Н.Л. Frankel (1969) и А.Ю. Мушкиным с соавт. (1998) следующим образом:

- степень А - больные с анестезией и парезом ниже уровня поражения - не наблюдается;

- степень В - с неполным нарушением чувствительности ниже уровня поражения, движения отсутствуют - не наблюдается;

- степень С - с неполным нарушением чувствительности, имеются слабые движения - не наблюдается;

- степень D - с неполным нарушением чувствительности ниже уровня поражения, имеются движения, сила мышц достаточна для ходьбы с посторонней помощью - не наблюдается;

- степень Е - без нарушения чувствительности и движений ниже уровня поражения. Могут быть измененные рефлексы - у 18 (15,3%) больных;

- степень R - наличие корешкового синдрома - у 7 (5,9%) больных. Выраженность болевого синдрома по методике F.Denis составила 0 баллов - нет; 1 балл - 12 (10,2%), 2 балла - 0, 3 балла - 0, 4 балла - нет больных, это такие, которым требуется прием наркотических средств для купирования болевого синдрома. Проведенный анализ показал, что, всем оперированным больным наблюдается улучшению общего состоянию и качеству жизни.

Выделение в мокроте микобактерий туберкулеза зарегистрировано у 57 (20,6±2,7%), а с мочой - у 8 (2,9±1,1%) больных, после 1,0-1,5 месячного противотуберкулезного лечения наблюдается абациллирование мокроты и мочи, а пальпируемые периферические лимфатические уменьшались после 1,5 - 3,0 месячной комплексной терапии.

Клинические симптомы исчезли через 1-3 месяцев, которую беспокоил некоторых больных до начала лечения так-как боли в области пораженных суставов или позвоночника, кашель - сухой или с выделением мокроты, выраженный интоксикационный синдром, кровохарканье, одышка, частое мочеиспускание, боли в области почек, жжение, изменение цвета мочи (красным). Больная с очаговым туберкулезом легких + туберкулезом глаз + ТС встречался в единичном случае, при этом туберкулез глаз установлен после 4,5 месяцев от начала специальной терапии, в виде отслойки сетчатки верхнего наружного отдела правого глаза, которое проявилось нарушением зрения в этой области. Этому больному проведено совместная комплексная терапия вместе с фтизиоофтальмологом в виде местных парабульбарных инъекций, патогенетических и общей противотуберкулезной терапией. Больная полностью выздоровела и восстановлено зрительная функция глаз.

Выводы

1. Генерализированный туберкулёз встречался в виде туберкулёзного спондилита с туберкулезом легких - у 77,1% больных, туберкулезом мочеполовых органов - у 8,5%, туберкулезом периферических лимфатических узлов - у 8,5%, экссудативный плевритом - у 5,9% и у 0,8% случаев туберкулезом глаз, при этом - у 10,2% случаев наблюдается полиорганный туберкулёз.

2. Использование радикально-восстановительных операций позвоночника при генерализированных формах туберкулеза улучшает общую состояние больного и имеет значительную роль для выздоровления больных данной категории.

3. При глубоких поражениях легкого и с выделением микобактерии до операционного периода проведение 2-3 месячного противотуберкулёзной терапии с патогенетической терапией является целесообразным и уменьшает осложнений во время наркоза и в раннем операционном периоде.

4. Совместная лечения специалистов и адекватная терапия с учетом чувствительности микобактерии к противотуберкулёзным препаратам своевременная проведение РВО проводить к выздоровление больных при генерализированных формах туберкулеза.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Аснер Т.В., Калягин А.Н., Федотова В.Н., Швецова Е.А. Генерализованный туберкулез с множественным поражением внутренних органов // Сибирский медицинский журнал (Иркутск), 2017, № 3. - С.41.
2. Ленский Е.В. Абдоминальный туберкулез: трудности диагностики // Сибирский медицинский журнал (Иркутск). - 2006. - Т. 59. №1. - С.5-11.
3. Поражение центральной нервной системы при туберкулезе: учебно-метод. пос. - Хабаровск: Изд-во ДВГМУ, 2007.
4. Скопин М.С., Корнилова Э.Х., Зюзя Ю.Р. и др. Клинико-морфологические особенности абдоминального туберкулеза у больных с ВИЧ-инфекцией // Туберкулез и болезни легких. - 2012. - №10. - С.51-58.
5. Фтизиатрия: национальное руководство [под ред. акад. РАМН М.И. Перельмана]. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007.

Поступила 09.09.2020