



**Республиканская клиническая туберкулезная  
больница МЗ ДНР**

**МИЛИАРНЫЙ ТУБЕРКУЛЕЗ У ВИЧ-НЕГАТИВНЫХ  
ПАЦИЕНТОВ  
(КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ)**

***Подчос Н.А.  
Зав.туберкулезно-легочным отделением  
для взрослых № 1***

***Донецк - 2022***

- Термин «**милиарный**» в настоящее время используется для обозначения всех форм прогрессирующего распространенного гематогенного туберкулеза. Широкий спектр патологических изменений определяется вирулентностью МБТ и статусом иммунного ответа хозяина
- Достоверных данных о **распространении** милиарного ТБ нет, в различных клинических исследованиях среди иммунокомпетентных взрослых он составляет менее 2 % всех случаев туберкулеза
- К **факторам риска** милиарного ТБ у иммунокомпетентных лиц относятся: алкоголизм, недостаточное питание, хроническое заболевание почек, сахарный диабет, онкологические заболевания, беременность и послеродовой период, гемодиализ, состояние после гастрэктомии, трансплантация органов, системные заболевания соединительной ткани, силикоз, длительное применение кортикостероидов, иммунодепрессантов

- Диагностика милиарного ТБ является сложной, поскольку клинические проявления могут быть неспецифическими, а рентгенограммы грудной клетки не всегда выявляют классический милиарный паттерн во время первоначального проявления
- Даже при наличии выраженных симптомов заболевания в течение 1 месяца после их появления в лечебную сеть обращаются только 10 % больных милиарным туберкулезом
- Анализ причин несвоевременного выявления туберкулеза врачами учреждений общей лечебной сети показал, что недостаточное внимание уделяется эпидемиологическому и социальному анамнезу, не учитывается, относится ли пациент к группе повышенного риска, куда входят пациенты с рентгенологическими признаками остаточных посттуберкулезных изменений в легких и внутригрудных лимфатических узлах

- Пациенты с милиарным ТБ должны быть госпитализированы для прохождения полного диагностического обследования
- Диагностические ключи помимо милиарной диссеминации: периферическая лимфаденопатия, холодный абсцесс, плевральный выпот, асцит, перикардит. Исследуются биологические жидкости
- Основой этиологического диагноза является упорный поиск МБТ в биологическом материале всеми доступными методами
- Учет анамнестических данных и анализ клинико-рентгенологической картины начала и развития заболевания позволит выставить правильный диагноз и назначить необходимое лечение.
- Все вышесказанное демонстрирует следующее клиническое наблюдение

Больной К., 43 года, разнорабочий

Поступил в туберкулезно-легочное отделение № 1 РКТБ  
27.11.2020г

Жалобы: на диффузную умеренную головную боль, при целенаправленном расспросе отмечает слабость в левой руке, периодическую лихорадку до 38,5 во второй половине дня, стул со склонностью к запорам, снижение массы тела на 10 кг за последние полгода

Из анамнеза жизни: официального трудового стажа нет. В последнее время работал грузчиком на рынке. Тубконтакт с женой (болела туберкулезом в 2015 г). При флюорографии в 2014 были выявлены изменения, на обследование не явился. Курит до 1,5 пачки в день, ранее злоупотреблял алкоголем. Употребление в/в наркотиков отрицает

Анамнез заболевания: с весны 2020 г появилась периодическая субфебрильная лихорадка по вечерам, связывал с патологией полости рта. В дальнейшем был удален зуб, однако вечерний субфебрилитет сохранялся. С конца мая стал лихорадить до 38,5 С ежедневно, появилась одышка, начал терять в весе. При обращении выявлены полиморфные очаги в легких, экссудативный перикардит, асцит, гепатоспленомегалия.

Консультирован фтизиатром, изменения в легких расценены как остаточные посттуберкулезные (ОИТБ), пролечен амбулаторно цефтриаксоном, левофлоксацином - без эффекта

➤ С 30.07.20 по 14.08.20 находился на лечении в кардиологическом отделении по месту жительства, получал меропенем, мочегонные, аспаркам, дигоксин, антиоксиданты. На фоне лечения усилились явления асцита и отеки ног. Был выписан под наблюдение семейного врача, консультирован кардиологом, ревматологом, торакальным хирургом и кардиохирургом ДОКТМО

- Назначена госпитализация в кардиохирургическое отделение ДОКТМО для решения вопроса о лечении экссудативного перикардита
- Однако 16.11.20 появилась упорная головная боль в правой половине головы, отмечался эпизод кратковременной потери сознания, после чего появилась слабость в левой руке и «перекосило лицо»
- При обращении рентгенологически определялось увеличение очагов диссеминации в легких и количества жидкости в перикарде
- В мокроте методом микроскопии кислотоустойчивые бактерии (КУБ) не обнаружены. В крови антитела к ВИЧ не обнаружены
- Повторно консультирован фтизиатром, туберкулез исключен

- Госпитализирован в неврологическое отделение по месту жительства с подозрением на ОНИК
- В отделении обследован, при СКТ головного мозга выявлен очаг в правой лобной области
- Проведена диагностическая люмбальная пункция. В ликворе: цитоз – 100 кл/мл, содержание белка – 2,29 г/л, глюкозы – 1,4 ммоль/л (в крови – 4,2 ммоль/л)
- Консультирован заочно фтизиатром Республиканской клинической туберкулезной больницы, госпитализирован в То № 1 для дополнительного обследования и лечения



Объективно при поступлении: состояние средней тяжести. В сознании, контакт затруднен из-за дизартрии. На вопросы отвечает после небольшой паузы. Ориентирован в месте и собственной личности, дезориентирован во времени. Инструкции выполняет. Глазные щели равны. Зрачки D>S. Слабость конвергенции справа. Сглажена левая носогубная складка, опущен левый угол рта. Легкая девиация языка вправо. Менингеальные знаки сомнительные. Функции тазовых органов контролирует.

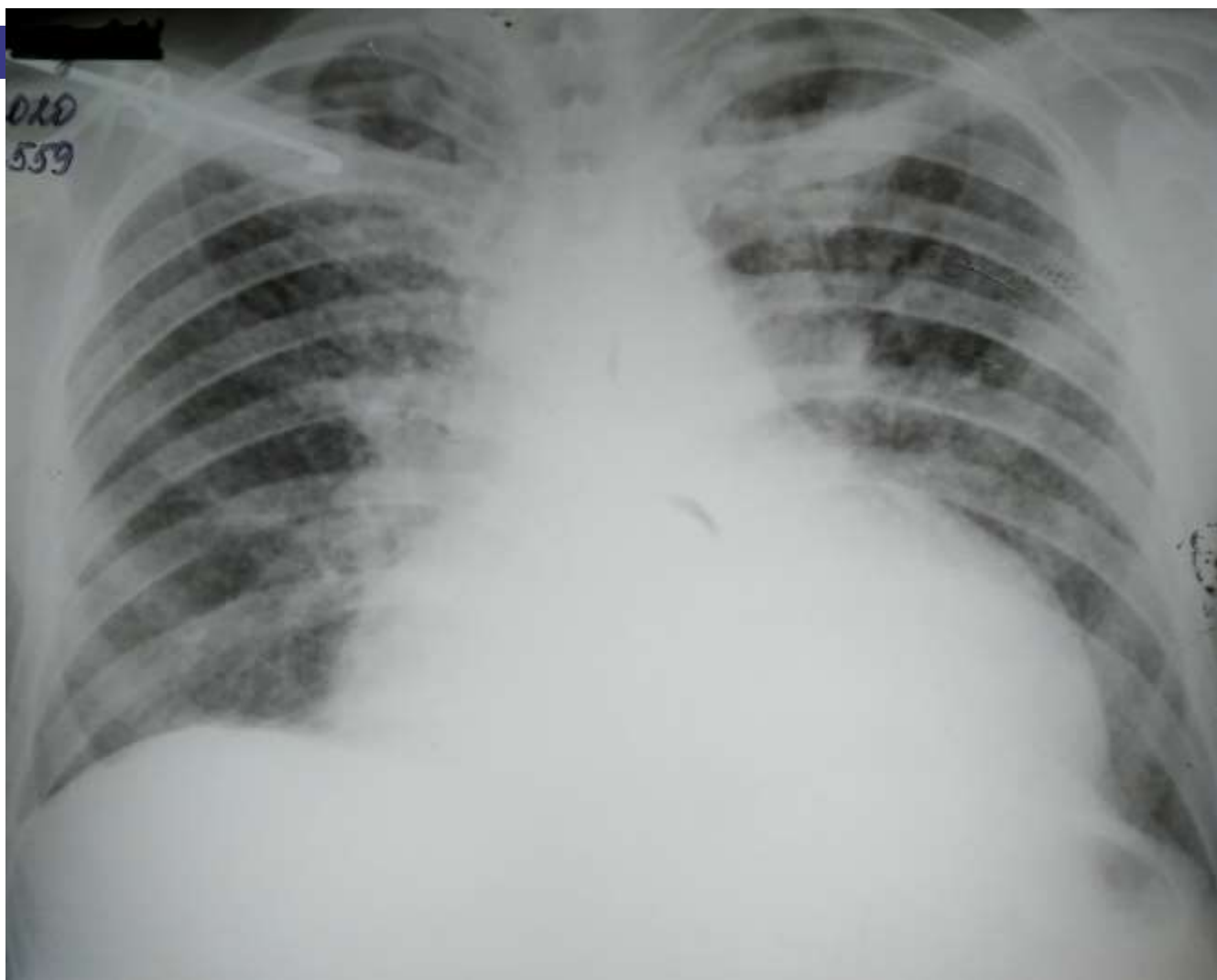
Нормостенического телосложения, пониженного питания. Температура тела – 36,7 С. Кожа чистая, периферические л/у не увеличены. ЧДД – 19 в минуту. При аускультации справа в средне-нижних отделах легких дыхание резко ослаблено, тоны сердца приглушены, ритм правильный, систолический шум на верхушке и в точке Боткина. ЧСС – 90/мин, АД – 125/80 мм рт.ст. Живот незначительно увеличен в объеме за счет свободной жидкости, при пальпации безболезненный. Печень - у края реберной дуги, селезенка не увеличена. Отеков нет

При поступлении: **в крови** – умеренная лимфопения (12 %), гипопропротеинемия – 61,5 г/л. Содержание билирубина, мочевины, креатинина, глюкозы, активность трансаминаз – в пределах нормы. Антитела к ВИЧ не обнаружены. В моче изменений нет.

**В ликворе:** р-я Ноне-Аппельта отрицательная, р-я Панди – 2+, цитоз – 134 кл/мл (лимфоциты – 89 %), содержание белка – 0,62 г/л. **Методом ПЦР** в ликворе **обнаружена ДНК МБТ** с сохраненной чувствительностью к рифампицину. В дальнейшем из ликвора рост МБТ не получен

**В мокроте** методом микроскопии КУБ не обнаружены, методом посева роста МБТ не получено

**ЭКГ:** синусовая тахикардия. ЧСС-94/мин. Нарушение реполяризации в нижнебоковой ст. и верхушечно-септальном отделе ЛЖ. **УЗИ:** Плевральные полости не расширены. В перикарде - жидкостный компонент толщиной 1,5-2,5 см. Спленомегалия



Рентгенологически: в легких – множественные очаги диссеминации, местами сливного характера. В в/долях - множественные мелкие кальцинаты. В средостении – группы паратрахеальных, парааортальных, бифуркационных л/узлов (от 14 до 17 мм). В правой плевральной полости и в полости перикарда – жидкость

В отделении выставлен диагноз:

ВДТБ (л) (10.2020) миллиарный: легких (диссеминированный)  
Дестр- МБТ- М- К0 Резист0 Гист0, правосторонний  
экссудативный плеврит, перикардит, асцит,  
менингоэнцефалит (ПЦР+/Rif- ликвор), кат 1.1 ког 4  
(2020).

Начато лечение противотуберкулезными препаратами 1-й  
линии (изониазид, рифампицин, пиразинамид, этамбутол)  
на фоне кортикостероидов, мочегонных, противоотечных.  
Проводились санационные люмбальные пункции

Через 5 месяцев (150 доз ПТП) отмечено уменьшение  
симптомов интоксикации, отека головного мозга,  
санирован ликвор

Однако сохранялись эпизоды лихорадки с ознобами, асцит,  
отеки нижних конечностей. При контрольной  
рентгенографии наблюдалась отрицательная динамика  
нарастания изменений в легких

Проведена абдоминальная пункция, получена соломенно-желтая, слабо мутная асцитическая жидкость. В жидкости: проба Ривальта – отрицательная, содержание белка – 19,2г/л, глюкозы – 5,4 ммоль/л, лейкоцитов – 0-1-2-3 в п/зр. (100 % лимфоциты). МБТ методом микроскопии, ПЦР и посева не обнаружены. Данные изменения расценены как проявление застойных явлений в системе большого круга кровообращения в результате длительного течения экссудативного перикардита

**ЭХО-КГ:** пролапс передней створки митрального клапана в систолу до 7 мм. Сепарация листков перикарда в области задней стенки ЛЖ до 9 мм, в области передней стенки ПЖ до 5 мм, вдоль стенки ПЖ до 6 мм – выпот в полость перикарда (170-200 мл). Умеренная недостаточность митрального клапана. Относительная недостаточность трикуспидального клапана и клапана легочной артерии. Расширение полости левого предсердия. Миокард не утолщен

- Консультация кардиолога ДОКТМО: экссудативный перикардит, СН 2Б. Даны рекомендации по лечению: верошпирон, торасемид, препараты калия, дексаметазон  
Консультация кардиохирурга ДоКТМО: в пункции перикарда не нуждается.

Продолжена прежняя терапия туберкулеза и лечение с учетом рекомендаций кардиолога

На фоне лечения состояние оставалось стабильным, отмечалось уменьшение отечного синдрома, частичное рассасывание изменений в легких

- Лечение туберкулеза было продолжено. Еще через 60 доз (всего – 210) рентгенологически наблюдалась отрицательная динамика в виде появления крупных очагов и мелких инфильтратов в верхней доле левого легкого




Рентгенография ОГК больного К. через 7 месяцев лечения:  
появление крупных очагов и мелких инфильтратов в  
верхней доле левого легкого

ЦВКК от 09.06.21 г случай расценен как «неудача лечения»  
вынесен диагноз : НЛ (06.21) ВДТБ(11.20) миллиарный:  
легких (диссеминированный) Дестр + МБТ- М- Кв/р Рез0  
ВГЛУ ,перикардит, менингоэнцефалит Гист0 кат2.1 А ког 2  
(2021). Рекомендовано лечение по 2 категории препараты  
1-й линии (изониазид, рифампицин, пиразинамид,  
этамбутол)

Консилиумом РКТБ по химиорезистентному туберкулезу  
(ХРТБ-консилиум) от 09.07.21 г заподозрено наличие  
устойчивости МБТ. Вынесен диагноз рифампицин-  
устойчивого туберкулеза: РУТБ(л) (07.2021) НЛ (06.2021)  
ВДТБ(11.2020) миллиарный: легких (диссеминированный)  
Дестр + МБТ+ ПЦР+ R- М- Кв/р РезI(0) II(0) ВГЛУ  
перикардит, менингоэнцефалит Гист0 кат4.1 ког 3(21)

Назначено лечение с применением препаратов 2-й линии:  
бедаквилин, линезолид, левофлоксацин, клофазимин,  
циклосерин в течение года





За весь период лечения препаратами 2-й линии в течение года при многократном исследовании мокроты методом микроскопии и посева МБТ обнаружены не были

На фоне приема ПТП 2 линии, верошпирона и торасемида через год отмечена положительная клинико-рентгенологическая динамика уменьшения изменений в легких. Уменьшились явления перикардита, разрешился асцит



Рентгенограмма ОГК больного К. через год лечения противотуберкулезными препаратами 2-й линии. Динамика частичного рассасывания и отграничения очагов и инфильтратов в легких. Уменьшение размеров сердца



По результатам лечения выставлен диагноз:

ОИТБ (07.22) в виде интенсивных очагов, фиброза в легких, уплотненных лимфоузлов в корнях, состояние после перенесенного менингоэнцефалита в виде астено-невротического синдрома, умеренной левосторонней пирамидной недостаточности, вторичной атрофии дисков зрительного нерва обоих глаз, состояние после перенесенного перикардита в виде СН 2Б Кат.5.1

В удовлетворительном состоянии больной выписан из отделения под наблюдение фтизиатра и кардиолога по месту жительства

# ВЫВОДЫ

- Данный клинический случай демонстрирует развитие милиарного туберкулеза с вовлечением в процесс лимфоузлов и развитием полисерозита у ВИЧ-негативного больного
- Устойчивость МБТ к ПТП 1 линии подтверждена клинически в процессе длительного клинико-динамического наблюдения и лечения
- Вероятной причиной развития милиарного туберкулеза у данного больного мог быть врожденный иммунодефицит, не проявившийся в более раннем возрасте

**Спасибо за  
внимание!**

