

гательного аппарата и направить пациента к соответствующему специалисту. Однако, значительная часть больных (более 2/3) направляются на оперативное лечение через 12 и более месяцев от начала заболевания [8]. Отсутствие индивидуальной работы с больными, направленной на повышение приверженности лечению, всеми врачами как общей лечебной сети, так и узкими специалистами, приводит к неэффективному лечению больных.

Заключение. Причинами позднего выявления больных на стадии осложненных форм течения туберкулезного спондилита у ВИЧ-положительных больных является атипичная клиническая картина заболевания, позднее обращение больных за медицинской помощью.

Для повышения эффективности лечения больного туберкулезом лёгких необходимо сделать его активным участником процесса выздоровления, вселить ему веру в благополучный исход, который зависит от его дисциплины лечения, точности выполнения врачебных назначений.

L.V. Lebed, L.I. Orlova

THE COURSE OF TUBERCULOUS SPONDYLITIS IN A PATIENT LIVING WITH HIV INFECTION WITH LOW ADHERENCE TO TREATMENT

Abstract. The article presents a clinical case of the development of generalized tuberculosis in a patient with HIV infection with reduced adherence to treatment: disseminated pulmonary tuberculosis and tuberculous spondylitis. The lack of individual work with the patient aimed at improving adherence to treatment, along with the peculiarities of hospitalization during the COVID-19 pandemic, led to ineffective treatment of the patient.

Key words: tuberculosis, spondylitis, HIV infection, treatment adherence

УДК 616-002.5-031-085+615.065

С.М. Лепшина¹, Е.В. Дубосар¹, Е.В. Сидорова²

НЕЖЕЛАТЕЛЬНАЯ ПОБОЧНАЯ РЕАКЦИЯ НА БЕДАКВИЛИН У БОЛЬНОГО МУЛЬТИРЕЗИСТЕНТНЫМ ТУБЕРКУЛЕЗОМ РЕБЕНКА

¹ ГОУ ВПО «Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького»,

² Республиканская клиническая туберкулезная больница МЗ ДНР

Резюме. В статье представлен опыт применения Бедаквилина у ребенка 2 лет. Пациентке на основании эпидемиологического анамнеза (семейного контакта с больной МРТБ матерью), выража пробы Манту с 2 ТЕ,

ЛИТЕРАТУРА

1. Решетнева Е.В. Туберкулезный спондилит у больных ВИЧ-инфекцией и эффективность его хирургического лечения: автореф. дис. ... канд. мед. наук. СПб., 2015. 22 с. Reshetneva E.V. Tuberkuleznyj spondilit u bol'nyh VICHinfekciej i ehffektivnost' ego hirurgicheskogo lecheniya: avtoref. dis. ... kand. med. nauk. St. Petersburg, 2015. 22 s.
2. Шувалова Е.В., Вишневский А.А. Туберкулезный спондилит у ВИЧ-положительных и ВИЧ-негативных пациентов: анализ коморбидности и влияния преморбидного фона на формирование инфекционных послеоперационных осложнений // ВИЧ-инфекция и иммуносупрессии. 2020. № 3. С. 104–110, <http://dx.doi.org/10.22328/2077-9828-2020-12-3-104-110>.
3. Национальные клинические рекомендации. Фтизиатрия. Диагностика и лечение туберкулеза костей и суставов у взрослых / под ред. П.К. Яблонского. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. С. 188–196. Nacional'nye klinicheskie rekomendacii. Ftiziatriya. Diagnostika i lechenie tuberkuleza kostej i sustavov u vzroslyh / pod red. P.K. Yablonskogo. Moscow: GEONTAR-Media, 2015. S. 188–196.
4. Цыбульская Ю.В. Современная клиничко-лучевая диагностика туберкулезного поражения позвоночника: автореф. дис. ... канд. мед. наук. М., 2016. 24 с.
5. Зимица, В. Н. Туберкулез и ВИЧ-инфекция у взрослых / В. Н. Зимица, А. В. Кравченко, И. Б. Викторова, В. А. Кошечкин. - 2-е изд., перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2020. - 256 с. - ISBN 978-5-9704-5824-2. - Текст : электронный // URL : <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970458242.html> (дата обращения: 13.04.2022).
6. Мамаева, Л.А., Подгаева, В.А., Климов М.Е., Доценко И.А., Шулев П.Л. Особенности выявления и клинических проявлений туберкулезного спондилита у больных ВИЧ-инфекцией / Л.А. Мамаева, В.А. Подгаева, М.Е. Климов, И.А. Доценко П.Л. Шулев // Уральский медицинский журнал. - 2016. - № 9. - С.126-129.
7. Афонина Л.Ю., Воронин Е.Е. Приверженность антиретровирусной терапии в разрезе биомедицинской сферы. Международная научно-практическая конференция «Актуальные вопросы ВИЧ-инфекции»: Материалы конференции. - СПб: Человек и его здоровье, 2019. - с. 16 - 35.
8. Бурлаков С.В., Вишневский А.А. Хирургическое лечение туберкулезного спондилита у пациентки, живущей с ВИЧ-инфекцией, на фоне глубокой иммуносупрессии. - ВИЧ-инфекция и иммуносупрессии, 2017 г., Т. 9, № 3. - с. 65-72.

беркулеза в промывных водах желудка методом посева на жидкой питательной среде (ВАСТЕС). Девочке был назначен курс химиотерапии по III режиму с включением в схему лечения нового противотуберкулезного препарата бедаквилин, который пациентка получала до появления нежелательной побочной реакции.

Ключевые слова: дети, мультирезистентный туберкулез, бедаквилин, нежелательные побочные реакции

По оценкам Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), в 2021 г. в мире зарегистрировано 150359 случаев мультирезистентного туберкулеза (МРТБ), 3227 из них составляют дети младше 15 лет [7]. В последние годы для лечения больных мультирезистентным туберкулезом широко применяется Бедаквилин, в т. ч. в нашем регионе [4, 8]. Препарат относится к группе диарилхинолинов. Оказывает бактерицидный эффект за счет ингибирования помпы аденозинтрифосфат-синтазы микобактерий, разобщая процессы клеточного дыхания микобактерий туберкулеза и приводя к гибели микробной клетки [2]. Несмотря на высокую эффективность, препарат не лишен нежелательных побочных реакций, из которых наиболее часто встречается удлинение интервала QT (N у детей дошкольного возраста — 400 мс). ВОЗ рекомендует назначать бедаквилин детям в возрасте 6 лет и старше [1]. Однако, в виде исключения по жизненным показаниям он может быть назначен и в более раннем возрасте [1, 3, 5, 6].

Приводим клинический пример. Ребенок Г., 2-х лет от первой беременности, первых срочных самопроизвольных родов, масса при рождении — 3500 г, оценка по шкале Апгар — 7/9 баллов; не вакцинирована БЦЖ в родильном доме, остальные прививки согласно Календарю профилактических прививок. Наследственность не отягощена. Девочка проживает в неполной малообеспеченной семье. Детский сад не посещает. Контакт с больной туберкулезом матерью. На момент поступления ребенка в стационар мать находилась в противотуберкулезном учреждении с диагнозом ВДТБ л (06.21) легких (диссеминированный) Дестр+ ПЦР МБТ+/R- М+ К в работе РезI- туберкулез гортани и получала лечение по I режиму химиотерапии. У ребёнка изменения в легких были выявлены в ходе диспансерного

наблюдения по поводу туберкулезного контакта. Реакция на пробу Манту с 2 ТЕ оценена как вираж туберкулиновой чувствительности — папула 12 мм (проба Манту от 04.12.2020 г. — не учтена). На рентгенограмме ОГК от 25.06.21 г. выявлена патология, после чего девочка была направлена на стационарное обследование и лечение в туберкулезное легочное отделение для детей Республиканской клинической туберкулезной больницы (РКТБ) МЗ ДНР.

При поступлении пациентка жалоб не предъявляла, общее состояние удовлетворительное. Девочка нормостенического телосложения, удовлетворительного питания, масса 10,4 кг, рост 83 см (ИМТ 15,1 кг/м²). Кожные покровы и видимые слизистые чистые, розовые, нормальной влажности, сыпи нет. Язык розовый, влажный, чистый. Кости, суставы — без видимой патологии. Подкожный жировой слой выражен умеренно, распределен равномерно.

Тургор тканей в норме. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Дыхание через нос свободное. Обе половины грудной клетки симметрично участвуют в акте дыхания. ЧДД 30 в 1 мин. Над легкими перкуторно — ясный легочный звук. Аускультативно — дыхание везикулярное, хрипов нет. Границы относительной сердечной тупости в пределах возрастных норм. ЧСС 120 ударов в 1 мин. АД 90/55 мм рт.ст. на обеих руках. Тоны сердца ритмичные, систолический шум в I и V точке. Живот мягкий, безболезненный. Печень у края реберной дуги. Селезенка не пальпируется. Отрезки кишечника обычных пальпаторных свойств. Область почек визуально не изменена. Стул регулярный, оформленный. Мочеиспускание не нарушено. В клиническом анализе крови — анемия легкой степени (Hb — 114 г/л), лейкоцитарная формула — без отклонений, ускорена СОЭ (17 мм/ч). Клинический анализ мочи — лейкоцитурия (до 20 в п/зр), протеинурия (0,12), слизь. Биохимический анализ крови — без патологии.

ЭКГ от 29.06.2021г. — норма.

Микроскопия на КУБ промывных вод желудка — отр., посев на МБТ — в работе.

Рентгенограмма органов грудной клетки (рис. 1, 2).

На обзорной и левой боковой рентгенограммах ОГК от 29–30.06.2021 г.: в верхней доле (S 1, 2, 3) левого легкого визуализиру-

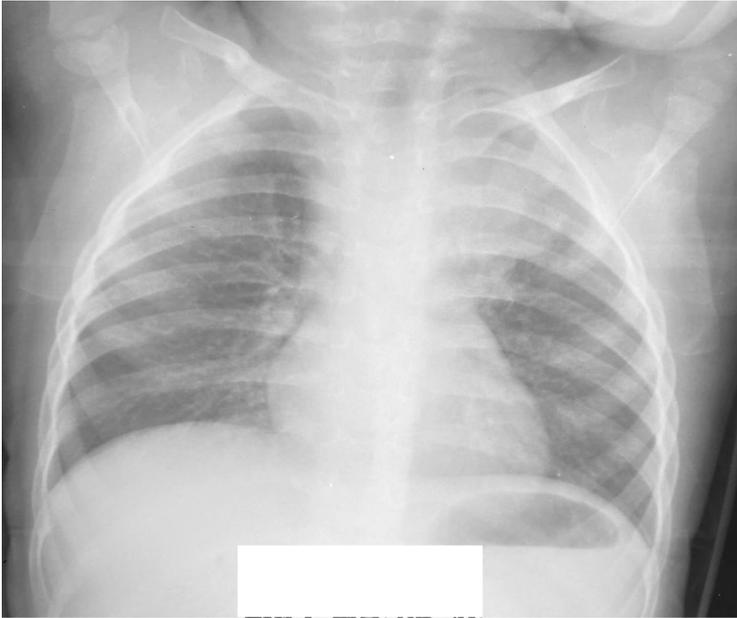


Рис. 1. Обзорная рентгенограмма ОГК от 29.06.2021 г.



Рис. 2. Левая боковая рентгенограмма ОГК от 30.06.2021 г.

ется участок уплотнения легочной ткани. В верхнем отделе корня слева и парааортально — увеличенные лимфоузлы, лимфангит. Правое лёгкое и сердце — норма. Правый корень не расширен.

Заключение: Первичный туберкулёзный комплекс. 03.07.2021 г. получен результат ПЦР: выявлены МБТ, устойчивость к R не установлена.

Учитывая положительный результат ПЦР, изменения на рентгенограммах при отсутствии жалоб, симптомов интоксикации, а

также впервые положительную туберкулиновую пробу, пациентке выставлен клинический диагноз: ВДТБ(л) (07.21) верхней доли левого лёгкого (первичный туберкулёзный комплекс) Дестр- ПЦР (МБТ+/R-) М- К(в работе) Рез 0 Гист 0 Кат 1.1 Ког 3(2021).

Назначено лечение по режиму I. Схема: HRZE до получения результата ТЛЧ.

23.07.21 г. получен ответ посева (промывные воды желудка) от 29.06.21 г. — ВАСТЕС-зарост.

04.08.21 г. получен ответ посева мокроты матери от 02.07.21 г. — выявлена устойчивость ко всем препаратам I линии (HRZE). Диагноз изменен и у матери и у ребенка.

Диагноз: МРТБ(л) (08.21) ВДТБ(л) (07.21) верхней доли левого лёгкого (первичный туберкулёзный комплекс) Дестр- ПЦР (МБТ+/R-) М- К(в работе) Рез1+(HRZE-по ТЛЧ матери) РезII- Гист0 Кат4.1А Ког3(2021). ЭКГ от 04.08.21г. — без особенностей.

Учитывая спектр резистентности возбудителя, возраст ребенка и распространенность туберкулёзного процесса, ХРТБ-консилиумом принято решение назначить пациентке III режим химиотерапии: Vdq0,066 Lfx0,083 Lzd0,1 Cfx0,1 Cs0,188. 16.09.21 г. на ЭКГ (контроль) отмечено удлинение интервала QT. Кардиологом Республиканской Детской Клинической Больницы МЗ ДНР принято решение отменить кардиотоксичный препарат — Бедаквилин.

ХРТБ-консилиум от 16.09.21 г. — заменить Vdq на Am0,2+Et0,188 под контролем ЭКГ.

Проведена контрольная обзорная и боковая рентгенография органов грудной клетки (рис. 3, 4).

На обзорной и левой боковой рентгенограммах ОГК от 18.10.2021 г.: динамика частичного рассасывания участка уплотнения в верхней доле левого легкого, уменьшение в размерах лимфоузлов в верхнем отделе левого корня и парааортально по сравнению с 29.06.2021 г. 10.11.21 г. дообследована и консультирована кардиологом ИНВХ им. Гусака — по сравнению с 16.09.21 г. отмечено



Рис. 3. Обзорная рентгенограмма ОГК от 18.10.2021 г.

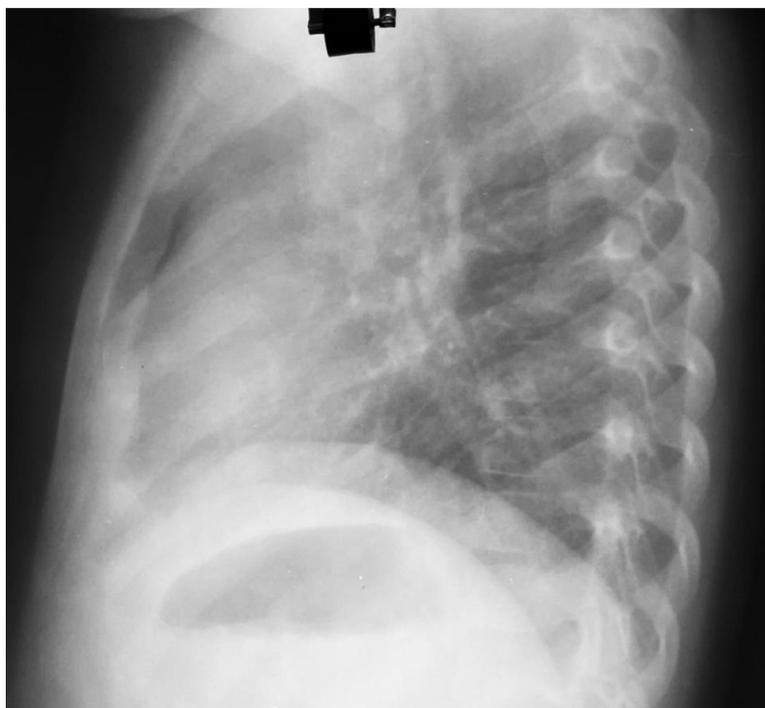


Рис. 4. Левая боковая рентгенограмма ОГК от 18.10.2021 г.

укорочение интервала QT на 6%. Рекомендовано воздержаться от приема препаратов, обладающих кардиотоксичным эффектом. Отменён Ам. По состоянию на 26.11.2021 г.: общее состояние пациентки удовлетворительное, жалоб нет. Кожные покровы и видимые слизистые чистые, розовые, нормальной влажности, сыпи нет. Язык розовый, влажный, чистый. Кости, суставы — без видимой патологии.

Тургор тканей в норме. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Дыхание через нос свободное. ЧДД 32 в 1 мин.

Над легкими перкуторно — ясный легочный звук. Аускультативно — дыхание везикулярное, хрипов нет.

ЧСС 119 ударов в 1 мин. АД 95/55 мм рт.ст. на обеих руках. Тоны сердца ритмичные. Живот мягкий, безболезненный. Печень у края реберной дуги. Селезенка не пальпируется. Отрезки кишечника обычных пальпаторных свойств. Стул, мочеиспускание не нарушены. В клиническом анализе крови — все показатели в пределах возрастных норм, лейкоцитарная формула — без отклонений, ускорена СОЭ (17 мм/ч). Клинический анализ мочи — небольшое количество оксалатов. Биохимический анализ крови — без патологии. Микроскопия промывных вод желудка — отр., посев — роста нет. Пациентка продолжает лечение по Режиму III. Схема: Lfx0,083 Lzd0,1 Cfz0,1 Cs0,188 Et0,188 под контролем ЭКГ. ПТП переносит удовлетворительно.

Выводы. Использование III режима химиотерапии у ребенка 2-х лет с МРТБ из контакта позволило получить быструю положительную динамику туберкулёзного процесса. Однако, бедаквилин (по данным ЭКГ) оказался кардиотоксичным и был отменен. Мониторинг ЭКГ позволил своевременно внести изменения в схему противотуберкулёзной терапии.

S.M. Lepshina, E.V. Dubosar, E.V. Sidorova

ADVERSE REACTION TO BEDAQUILINE IN A CHILD WITH MULTIDRUG-RESISTANT TB

Summary. The article presents the experience of using bedaquiline in a 2-year-old child. Based on the epidemiological history (family contact with a mother with MRTB), Mantoux test with 2 TU, revealed pathological changes in the lung tissue and intrathoracic lymph nodes, the patient was diagnosed with a primary tuberculosis complex. The diagnosis was verified by detection of *Mycobacterium tuberculosis* in the gastric lavage by the method of inoculation on a liquid nutrient medium (BACTEC). The girl was prescribed a course of chemotherapy according to regimen III with the inclusion of a new anti-tuberculosis drug bedaquiline in the treatment regimen, which the patient received before the appearance of an undesirable side reaction.

Keywords: children, multidrug-resistant tuberculosis, bedaquiline, adverse reactions

ЛИТЕРАТУРА

1. Доклад о глобальной борьбе с туберкулезом 2021 // ВОЗ. – Женева: Всемирная организация здравоохранения. – 2021. – С. 24.
2. Кофанов Ю.В., Докторов Н.П. Использование нового препарата «Бедаквилин» в терапии лекарственно-устойчивого туберкулеза (клиническая демонстрация) // Бюллетень медицинских Интернет-конференций (ISSN 2224-6150). – 2015. – № 5. – С. 412-414.
3. Н.И. Клевно Клинические рекомендации «Туберкулез у детей» // Тихоокеанский медицинский журнал. – 2021. – № 1. – С. 5-9.
4. Юрковец А.С. Клинический случай заболевания ребёнка грудного возраста лекарственно устойчивой формой туберкулеза // Материалы всероссийского научного форума студентов международным участием «Студенческая наука – 2019». – 2019. – Том 2. – С. 911-912.
5. Жукова Е.М., Вохминова Л.Г., Кудлай Д.А. Влияние современной химиотерапии туберкулеза с МЛУ/ШЛУ на изменение у больных интервала QT на ЭКГ // Туберкулез и болезни легких. – 2019. – № 97. – С. 19-22.
6. Ставицкая Н.В., Фелькер И.Г., Жукова Е.М., Глиф А.И., Докторов Н.П.,
7. Кудлай Д.А. Многофакторный анализ результатов применения бедаквилина в терапии МЛУ/ШЛУ-туберкулеза легких // Туберкулез и болезни легких. – 2020. – № 98. – С. 56-62.
8. Аксенова В.А., Клевно Н.И., Пахлавонова А.Д., Казаков А.В., Сокольская Е.А. Опыт применения препарата бедаквилин в схеме лечения туберкулеза с множественной лекарственной устойчивостью (клиническое наблюдение) // Медицинский совет. – 2020. – № 17. – С. 91-97.
9. Донецкая народная Республика, Министерство здравоохранения. Приказ №1191 «Об утверждении унифицированного клинического протокола медицинской помощи (УКПП) «Туберкулез» от 13.10.2016 г. с Изменениями от 25.03.2020 № 571, 15.07.2020 № 1698/01-08 и 13.10.2020 № 2630/01-08». – Донецк, 2020. – С. 209.

УДК 616-002.5-031.14+618.3

С.М. Лепшина¹, И.В. Логвиненко¹, Н.А. Подкос²

ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫЙ ТУБЕРКУЛЕЗ У БЕРЕМЕННОЙ

¹ ГОУ ВПО «Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького»,² Республиканская клиническая туберкулезная больница МЗ ДНР, г. Донецк

Резюме. В статье представлен клинический случай поздней диагностики генерализованного туберкулеза у беременной женщины двадцати трех лет. Несмотря на то, что больная была ВИЧ-негативная, у нее был выявлен чувствительный туберкулез и ей проводилась комплексная противотуберкулезная терапия, спасти ее от летального исхода не удалось. Причиной позднего выявления туберкулеза явилось снижение настороженности в отношении туберкулеза у врачей разных специальностей, пандемия Covid-19, а также стигматизация больной и родственников. Больная скрыла факт контакта с отцом, который лечился по поводу туберкулеза.

Ключевые слова: генерализованный туберкулез, менингоэнцефалит, беременность, диагностика, исход

Ситуация по туберкулезу в мире остается неблагоприятной. Впервые отмечен рост смертности от туберкулеза [1, 2]. Генерализованный туберкулез, включая менингоэнцефалит, является самым тяжелым его проявлением [3–6].

Согласно данным научной литературы, большинство авторов считают, что в период беременности заболеваемость женщин туберкулезом возрастает в 2–2.5 раза [7]. Причем течение туберкулеза существенно отличается от того в какой период возникло заболевание: до беременности, в период беременности и после родов [8].

Исход туберкулеза всецело зависит от сроков диагностики заболевания, особенно

это касается туберкулезного менингоэнцефалита, который, как правило, является осложнением легочного процесса [9, 10].

Особые трудности диагностика туберкулеза стала представлять в период пандемии Covid-19, так как в клинической картине обоих заболеваний имеют место интоксикационный и бронхолегочный синдромы. [11]. Кроме того, при пандемии Covid-19 проводились строгие противоэпидемические мероприятия, включающие режим самоизоляции. Это оказало отрицательное влияние на организацию выявления туберкулеза. [12].

Приводим клинический пример, неблагоприятного исхода генерализованного туберкулеза у беременной женщины.

Клинический случай. Больная К., 23 года, находилась в специализированном отделении РКТБ с 10.02.2022 г. по 25.02.2022 г.

Жалобы при поступлении собрать не удалось из-за отсутствия продуктивного контакта с больной.

Анамнез жизни: из представленной медицинской документации и со слов родственников — замужем, в семье двое детей (5 лет и новорожденный — 06.02.22 г.). Семья проживает в частном секторе. Санитарно-бытовые условия удовлетворительные. Не работает. Последняя ФЛГ весной 2021 г., — норма (не представлена).