

**Результаты.** Исследования показали, что из общего числа обследованных с ЮРА у 113 больных данное заболевание протекало на фоне туберкулезного инфицирования. Из них у 37,6% отмечалось первичное туберкулезное инфицирование, у 12,8% – гиперергическая реакция и у 19,6% имел место рост туберкулиновой пробы. У остальных детей и подростков туберкулезное инфицирование отмечалось в течение нескольких лет. В результате исследования у 58% детей и подростков получен отрицательный результат. Положительная реакция на ДСТ отмечена у 12,7% больных, сомнительный результат – у 25,3% и гиперергическая реакция – у 4,0%. Всем детям и подросткам, больным ЮРА, проведено рентгенологическое обследование органов грудной клетки, в отдельных случаях – компьютерное томографическое исследование органов грудной клетки. У большинства больных в лечении использовали комплекс лечебных мероприятий, воздействующих на одно из патогенетических звеньев развития болезни с использованием лекарственных средств, блокирующих, заменяющих или имитирующих эффекты эндогенных биологически активных веществ – генно-инженерные препараты (ГИБП – тоцилизумаб, абатацепт, этанерцепт, адалимумаб). Использование этих препаратов приводит к снижению реактивности организма

и повышению риска перехода латентной инфекции в активные формы туберкулеза. При данной патологии назначали также цитостатические и гормональные препараты, длительное применение которых приводит к активации туберкулезной инфекции. Всем детям и подросткам, инфицированным МБТ, по данным пробы Манту с 2 ТЕ, данную терапию проводили на фоне превентивного лечения. Больным с отрицательным результатом ДСТ назначали изониазид, с гиперергическим, положительным и сомнительным ответом на ДСТ – изониазид и пиразинамид в профилактических дозировках. По окончании курса лечения основного заболевания ставили повторно пробу с ДСТ и проводили КТ-обследование органов грудной полости. При обследовании ни у одного ребенка с данной патологией не отмечено заболевания туберкулезом.

**Заключение.** Больные дети и подростки с диагнозом ЮРА, получающие цитостатические, гормональные препараты и ГИБП, относятся к группе повышенного риска по заболеванию туберкулезом. Использование дифференцированного подхода к превентивной терапии у инфицированных туберкулезом, больных ЮРА, оказалось эффективным. За указанный период наблюдения ни одного случая заболевания туберкулезом в этой группе детей и подростков не зарегистрировано.

---

## ТЕЧЕНИЕ ТУБЕРКУЛЕЗНОГО МЕНИНГИТА В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ СРЕДИ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ

ГАЛИМЗЯНОВ Х. М., СТРЕЛЬЦОВА Е. Н., ЧЕРЕНОВА Л. П., КУРЯТНИКОВА Г. К.

### COURSE OF TUBERCULOSIS MENINGITIS IN ADULTS UNDER CURRENT CONDITIONS

GALIMZYANOV KH. M., STRELTSOVA E. N., CHERENOVA L. P., KURYATNIKOVA G. K.

ГБОУ ВПО «Астраханский государственный медицинский университет» МЗ РФ, г. Астрахань

Novosibirsk State Medical University, Novosibirsk, RF

---

Туберкулезный менингит является одним из самых тяжелых осложнений как первичного, так и вторичного туберкулеза. Туберкулезное воспаление возникает при непосредственном проникновении микобактерий в нервную систему вследствие нарушения сосудистого барьера. Это происходит при гиперергическом состоянии сосудов, сосудистых сплетений и оболочек головного и спинного мозга, вызванном неспецифической и специфической сенсibilизацией.

**Цель:** изучить особенности течения туберкулезного менингита среди взрослого населения на современном этапе.

**Материалы и методы.** Проанализированы 9 историй болезни больных туберкулезным менинги-

том. Клинико-рентгенологические и лабораторные методы исследования: общеклинические анализы, анализ цереброспинальной жидкости (ЦСЖ), постановка пробы Манту с 2 ТЕ и пробы с диаскинтестом (ДСТ), анализ мокроты на микобактерии туберкулеза методом простой микроскопии, абсолютных концентраций и методом иммуноферментного анализа (ИФА).

**Результаты.** За 2006-2012 гг. данное заболевание диагностировано у 9 человек (8 мужчин и 1 женщина). Возраст больных колебался от 21 года до 60 лет.

Анализируя клиническую картину туберкулезного менингита, необходимо отметить, что у большинства больных заболевание протекало длительно. Температура сначала была субфебрильная,

а затем повышалась до 39-39,5°C. Острое начало болезни встречается редко, начинается с повышения температуры до 39°C, которая сохраняется на высоких цифрах (выше 38°C) 14 дней. У больных с постепенным началом заболевания продолжительность лихорадки составляла 15-21 день. В клинике отмечалась интенсивная головная боль, которая носила диффузный характер. Интенсивность головной боли нарастала в динамике болезни. У всех пациентов отмечалась тошнота. Почти у всех больных была повторная рвота. Лишь в 11% случаев головная боль была умеренная, рвоты не наблюдалось. Все пациенты предъявляли жалобы на выраженную слабость, снижение аппетита, нарушение сна, потливость.

Рентгенологически у 66% больных выявлен туберкулезный процесс в легких в виде диссеминированной и инфильтративной форм. При обследовании: в мокроте микобактерии туберкулеза не обнаружены методами простой микроскопии и посева. В 11% были положительные реакции на пробы Манту с 2 ТЕ и с ДСТ, в 11% случаев в крови больных обнаружены антитела к микобактериям туберкулеза методом ИФА.

Результаты исследования ЦСЖ: цитоз колебался от 92 до 520 клеток в 1 мм<sup>3</sup>. У 77% больных от-

мечался лимфоцитарный плеоцитоз от 60 до 92%. У 22% – нейтрофильный плеоцитоз с последующим переходом в лимфоцитарный у 11% больных. В ЦСЖ наблюдалось умеренное повышение уровня белка (до 1,33 г/л). В 44% случаев было снижение содержания глюкозы в ЦСЖ от 1,8 до 0,5 ммоль/л. В крови отмечался умеренный лейкоцитоз, ускоренная СОЭ была в 30% случаях (до 48 мм/ч).

**Заключение.** Особенности течения туберкулезного менингита на современном этапе следующие:

- в 12% случаев острое начало болезни у ряда больных (высокая температура тела и волнообразное нарушение сознания);
- у 22% больных – нейтрофильный лейкоцитоз с последующей трансформацией в лимфоцитарный у 11% больных;
- умеренное повышение содержания белка в ликворе;
- снижение уровня глюкозы в спинномозговой жидкости в единичных случаях;
- только в 11% случаев анализ мокроты на МБТ, проба с ДСТ, ПЦР на РНК микобактерий туберкулеза и ИФА на антитела к микобактериям туберкулеза дают положительный результат;
- у 34% больных отсутствуют специфические изменения процесса в легких на рентгенограмме.

---

## ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТА ГЛУТОКСИМ В СХЕМАХ ЛЕЧЕНИЯ ТУБЕРКУЛЕЗА В ГУЗ «ЛОПТД»

ГАПОТЧЕНКО И. И., КОРОЛЕВА М. А., ОВЧИННИКОВА О. А.

### EXPERIENCE OF USING GLUTOXIM IN TUBERCULOSIS TREATMENT REGIMENS IN LIPETSK REGIONAL ANTI-TUBERCULOSIS DISPENSARY

GAPOTCHENKO I. I., KOROLEVA M. A., OVCHINNIKOVA O. A.

ГУЗ «Липецкий областной противотуберкулезный диспансер», г. Липецк

Lipetsk Regional Anti-tuberculosis Dispensary, Lipetsk, RF

---

**Цель:** оценить эффективность применения в схеме этиотропной терапии больных туберкулезом препарата Глутоксим.

**Материалы и методы.** Изучены истории болезни больных, получавших лечение в стационаре в 2011-2013 гг.

Глутоксим назначали на фоне базовой химиотерапии и в фазе продолжения лечения. Препарат назначали внутримышечно или внутривенно 3% раствора 1-2 мл, продолжительность введения от 10 до 30 дней. Эффективность применения Глутоксима в схемах лечения больных туберкулезом оценивали по следующим критериям: динамике исчезновения симптомов туберкулезной интоксикации, срокам негативации мокроты, срокам рассасывания инфильтративных изменений и очагов диссеминации,

уменьшению размеров или закрытию полостей распада.

За три года (2011-2013 гг.) Глутоксим в схемах лечения получили 193 человека. У всех больных диагностирован инфильтративный туберкулез. В структуре анализируемой группы бактериовыделители составили 39,9% (77 человек), из них с множественной лекарственной устойчивостью возбудителя 28 пациентов, что составило 36,3% от больных с бактериовыделением. Полости распада легочной ткани имели 42 человека, что составило 21,8%. У всех больных, получающих курс лечения Глутоксимом, в течение первых двух месяцев исчезли симптомы туберкулезной интоксикации, что выразилось в нормализации температуры в короткие сроки, нормализации показателей перифе-