

Антипенок Анастасия Андреевна
Студент педиатрического факультета
ФГБОУ ВО Кировский ГМУ Минздрава России

Калинина Екатерина Викторовна
Студент педиатрического факультета
ФГБОУ ВО Кировский ГМУ Минздрава России

Нелюбина Екатерина Владимировна
Ассистент кафедры внутренних болезней
ФГБОУ ВО Кировский ГМУ Минздрава России

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ: ТУБЕРКУЛЕЗ МНОЖЕСТВЕННЫХ ЛОКАЛИЗАЦИЙ С ПОРАЖЕНИЕМ ЛЕГКОГО И КИШЕЧНИКА

Аннотация. Описан клинический случай туберкулеза легких и кишечника у пациента 44 лет с лекарственной устойчивостью возбудителя, прогрессированием заболевания и низкой приверженностью к лечению. Проведена плевропневмонэктомия слева как терапия отчаяния. Случай иллюстрирует неблагоприятное течение заболевания и ограниченную эффективность хирургического лечения.

Ключевые слова: Туберкулез, туберкулез кишечника, множественная лекарственная устойчивость, генерализованный туберкулез.

Цель работы. Установить клинико-морфологические особенности на примере клинического случая туберкулеза множественных локализаций с поражением легкого и кишечника.

Материалы и методы. Основу исследования составила история болезни пациента Н., 44 года (на 2023 г.) за период с сентября 2023 г. по ноябрь 2023 г. Нами изучены и проанализированы данные представленной медицинской документации [1]. Полученные результаты статистически обработаны и обобщены.

Результаты. Пациент Н., мужчина, 44 года (на 2023 г.) поступил в КОГБУЗ «Областной клинический противотуберкулезный диспансер» (ОКПТД), отделение для больных туберкулезом с множественной лекарственной устойчивостью возбудителя 18.09.2023 г.

Впервые взят на учет по поводу туберкулеза легких в 2009 г. Исходная форма: инфильтративный туберкулез левого легкого, фаза распада и обсеменения 1МБТ+. Получал лечение одном из районных профильных отделений, ВК 19.05.2011г.: туберкуломы в верхней доле левого легкого 1МБТ+ (абациллирован). В 2016г. установлен рецидив туберкулезного процесса: инфильтративный туберкулез левого легкого, фаза распада 1МБТ+ (МЛУ). Находился на стационарном лечении в ОКПТД с апреля 2016 г. по ноябрь 2018 г. ВК от 23.06.2016 г. диагноз: генерализованный туберкулез: инфильтративный туберкулез левого легкого, фаза распада и обсеменения правого легкого. Туберкулез кишечника, активная фаза 1МБТ+ (ШЛУ). Получил лечение по схеме: моксифлоксацин, пиразинамид, ПАСК, кансамин, амикацин (90 доз), с октября 2026 г. к лечению добавлен линезолид, капреомицин (308 доз), с января 2018 г. лечение по схеме: бедаквиллин, левофлоксацин, пиразинамид, линезолид, экоклав+меропенем, ПАСК, кансамин (301 доза). Лечение пациент прекратил самовольно. Курс терапии признан неэффективным. С декабря 2018г. начал повторный курс химиотерапии по 5 режиму. Лечился амбулаторно с перерывами, от стационарного лечения отказывался. В 2019 г. отмечено прогрессирование заболевания, в связи с чем проходил стационарное лечение с октября 2019 г. по май 2020 г. В мае 2020 г. в состоянии алкогольного опьянения выпрыгнул из окна 2 этажа, получил травму:



закрытый чрезвертельный перелом правой бедренной кости со смещением. Для проведения остеосинтеза переведен в травмбольницу, после чего на стационарное лечение в ОКПТД не вернулся, продолжал лечение амбулаторно по месту жительства с перерывами. В ноябре 2020 г. повторный курс химиотерапии признан неэффективным в связи положительным посевом мокроты. От стационарного лечения пациент отказался, амбулаторно не лечился, удалось привлечь к стационарному лечению только в феврале 2021 г., в мае того же года отказался от лечения, продолжал прием терапии амбулаторно нерегулярно, являясь постоянным бактериовыделителем. В октябре 2022 г. торакальным хирургом рекомендована плевропневмонэктомия слева, после чего было две госпитализации для подготовки к оперативному лечению, которые прерывались ввиду отказа пациента от лечения. Хирургический совет от 03.04.2023 г.: в качестве терапии отчаяния показана клапанная бронхоблокация левого главного бронха и наложение пневмoperitoneума.

Из анамнеза: не работает, инвалид 2 группы. Курил, злоупотребляет алкоголем. Сопутствующий диагноз: хронический бронхит курильщика, хронический панкреатит в стадии умеренного обострения, хроническая респираторная недостаточность 1-2 степени на фоне туберкулеза легких.

В отделении получал лечение по схеме – 5 режим химиотерапии, интенсивная фаза: моксифлоксацин 400 мг, циклосерин 750 мг, линезолид 600 мг, деламанид 200 мг, ПАСК 9 мг; принято 182 дозы. В стационаре выполнены КТ, фибробронхоскопия. Консультирован торакальным хирургом. По результатам обследования и лечения: левое легкое разрушено полностью, в правом легком – многочисленные очаги отсева. В динамике с июля 2023 г. в одном из очагов в верхней доле появился распад. На фоне длительного лечения туберкулезный процесс в левом легком неуклонно прогрессировал, не абациллирован. Проведена клапанная бронхоблокация для предотвращения свежих бронхогенных засевов в правое легкое. Однако добиться ателектаза левого легкого и закрытия полостей распада не удалось, в связи с чем 28.09.2023 г. переведен в легочно-хирургическое отделение, где выполнена плевропневмонэктомия слева, операция прошла без осложнений. В ноябре 2023 г. выписан с улучшением по семейным обстоятельствам, лечение не закончено.

Выводы. Рассмотренный клинический случай туберкулеза множественных локализаций с поражением легкого и кишечника демонстрирует прогрессирование заболевания при низкой приверженности пациента к лечению и ограниченную эффективность оперативного вмешательства как терапии отчаяния.

Список литературы:

1. Аветисян, Н. А. Разбор клинического случая больного полиорганным туберкулезом (инфилтративный туберкулез легких, колликвативный туберкулез кожи) / Н. А. Аветисян // Проблемы экологической и медицинской генетики и клинической иммунологии. – 2022. – № 2 (170). – С. 104-109. – EDN MHIOXB.

