

2. Из 48 пациентов встретился 1 случай поствакцинального осложнения с локальным поражением на БЦЖ вакцину, что составляет 2% от общего числа обратившихся с ПППИ.

3. Наиболее часто поствакцинальные реакции встречались у детей младше 5 лет, в особенности на 1 году жизни. Поствакцинальные реакции преимущественно проявлялись после вакцины Пентаксим, на долю которого приходилось 37,5% случаев от общего числа обращений.

4. Среди всех обращений в ПДО ДГКБ №9 по поводу побочных проявлений после иммунизации госпитализация не потребовалась никому, так как состояние оценивалось как нетяжелое. Было назначено симптоматическое лечение, и пациенты были направлены на амбулаторный этап. Повторных обращений не зафиксировано.

5. Появление поствакцинальных побочных проявлений не повлияло на состояние здоровья детей в дальнейшем. 62% детей по данным ЕЦП продолжили вакцинацию согласно Национальному календарю профилактических прививок

6. Значительная часть анкетированных студентов 6 курса (16,3%-44,9%) не обладает должными знаниями об иммунизации детей, не различает поствакцинальные нежелательные реакции и осложнения вакцинации. Этот факт может негативно влиять на разъяснительную работу выпускников с родителями, на принятие решений о продолжении или прекращении вакцинации, на организацию мероприятий по расследованию нежелательных явлений после проведенных прививок.

СПИСОК ИСТОЧНИКОВ

1. Федеральная служба государственной статистики (Росстат). Статистический сборник «Здравоохранение в России». - 2023. - 27с.
2. World Health Organisation. Global vaccine safety blueprint 2.0 (GVSB2.0) 2021-2023. - 2021. - 19-23p.– URL: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/348966/9789240036963-eng.pdf?sequence=1> (дата обращения: 01.03.2025).– Текст: электронный.
3. Министерство здравоохранения Российской Федерации. Методические рекомендации по выявлению, расследованию и профилактике побочных проявлений после иммунизации. -2019. -11-14с. – URL: <https://roszdravnadzor.gov.ru/i/upload/images/2019/10/15/1571128320.33652-1-23583.pdf> (дата обращения: 02.03.2025).– Текст: электронный.
4. Nandi, A. Why vaccines matter: understanding the broader health, economic, and child development benefits of routine vaccination. / A.Nandi, A.Shet // Human Vaccines & Immunotherapeutics. - 2020. - Vol.16, № 8. - P. 1900-1904.
5. Аббас, А.К. Основы иммунологии функции иммунной системы и их нарушения. / А.К. Аббас, Э.Г. Лихтман, Ш. Пиллаи. - Москва: «ГЭОТАР-Медиа», 2022. - 16-18с.

Сведения об авторах

Е.В. Краснова* – студент

Д.И. Федорищева – студент

Е.И. Краснова – кандидат медицинских наук, доцент

Information about the authors

E.V. Krasnova* – Student

D.I. Fedorischeva – Student

E.I. Krasnova – Candidate of Sciences (Medicine), Associate Professor

***Автор, ответственный за переписку (Corresponding author):**

katek-2016@mail.ru

УДК: 616-002.5:618.3

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ПРОГРЕССИРУЮЩЕГО ТЕЧЕНИЯ ТУБЕРКУЛЕЗА У БЕРЕМЕННОЙ

Литовская Анна Дмитриевна¹, Борисевич Глеб Александрович¹, Борисевич Анастасия Александровна¹, Торлопова Анастасия Михайловна¹, Сабадаш Елена Венидиктовна^{1,2}

¹Кафедра инфекционных болезней, фтизиатрии и пульмонологии

ФГБОУ ВО «Уральский государственный медицинский университет» Минздрава России

²ФГБУ Уральский научно-исследовательский институт фтизиопульмонологии Минздрава России

Екатеринбург, Россия

Аннотация

Введение. По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) треть населения земного шара инфицирована микобактериями туберкулеза (МБТ). Серьезным препятствием на пути ликвидации туберкулеза является проблема лекарственно-устойчивого туберкулеза и ко-инфекции ВИЧ (вирус иммунодефицита человека)/туберкулез. На фоне тенденции к снижению заболеваемости, среди беременных туберкулез по-прежнему встречается. Симптоматика заболевания во время беременности может быть стерта, нетипична, с чем связаны трудности диагностики. Учитывая риски туберкулеза во время беременности, крайне важна совместная работа фтизиатра и акушера-гинеколога для обеспечения тщательной прегравидарной подготовки и ведения беременности. **Цель исследования** – на примере клинического случая акцентировать внимание на возможности нетипичного дебюта и прогрессирующего течения туберкулеза у беременных. **Материал и методы.** Ретроспективный анализ истории болезни пациентки с прогрессирующим течением туберкулеза, протекавшего на фоне развивающейся беременности, наступившей в результате повторного протокола ЭКО (экстракорпоральное оплодотворение). **Результаты.** Неблагоприятное течение туберкулеза у пациентки в данном клиническом случае связано с отсутствием данных о перенесенном ранее туберкулезе и его профилактике, неправильной интерпретацией симптомов интоксикации как проявление ОРВИ (острая респираторная вирусная инфекция), в связи с чем диагноз менингоэнцефалита был выставлен несвоевременно, а также наличием коморбидного фона и несоблюдением прегравидарной подготовки. **Выводы.** Беременность, а также беременность методом ЭКО, не является истинно иммуносупрессивным состоянием, однако возможно избирательное подавление тех или иных звеньев иммунной системы. Игнорирование принципов проведения прегравидарной подготовки может привести к развитию тяжелых последствий. Сочетание туберкулеза и беременности оказывает взаимное отрицательное влияние, как на течение заболевания, так и на здоровье матери, что подчеркивает важность комплексного подхода к прегравидарной подготовке и лечению беременных. **Ключевые слова:** туберкулез, бесплодие, беременность, прегравидарная подготовка, менингоэнцефалит, спондилит.

A CLINICAL CASE OF PROGRESSIVE TUBERCULOSIS IN A PREGNANT WOMAN

Litovskaya Anna Dmitrievna¹, Borisevich Gleb Alexandrovich¹, Borisevich Anastasia Alexandrovna¹, Torloпова Anastasia Mikhailovna¹, Sabadash Elena Venediktovna^{1,2}

¹Department of Infectious Diseases, Phthisiology and Pulmonology

Ural State Medical University

²Federal State Budgetary Institution Ural Scientific Research Institute of Phthisiopulmonology
Yekaterinburg, Russia

Abstract

Introduction. According to the World Health Organization (WHO), one third of the world's population is infected with Mycobacterium tuberculosis (MBT). A serious obstacle to the elimination of tuberculosis is the problem of drug-resistant tuberculosis and HIV (human immunodeficiency virus)/tuberculosis co-infection. Against the background of a downward trend in morbidity, tuberculosis is still found among pregnant women. The symptoms of the disease during pregnancy may be erased or atypical, which is why it is difficult to diagnose. Given the risks of tuberculosis during pregnancy, it is extremely important for a phthisiologist and an obstetrician-gynecologist to work together to ensure thorough pre-pregnancy preparation and management. **The aim of the study** is to focus on the possibility of atypical onset and progressive course of tuberculosis in pregnant women using the example of a clinical case. **Materials and methods.** A retrospective analysis of the medical history of a patient with progressive tuberculosis, which occurred against the background of a developing pregnancy resulting from repeated IVF protocol (in vitro fertilization). **Results.** The unfavorable course of tuberculosis in the patient in this clinical case is due to the lack of data on previous tuberculosis and its prevention, misinterpretation of symptoms of intoxication as a manifestation of acute respiratory viral infections (ARVI), and therefore the diagnosis of meningoencephalitis was made untimely, as well as the presence of a comorbid background and non-compliance with pre-treatment. **Conclusions.** Pregnancy, as well as IVF pregnancy, is not a true immunosuppressive condition, however, selective suppression of certain parts of the immune system is possible. Ignoring the principles of pre-gravidar preparation can lead to the development of serious consequences. The combination of tuberculosis and pregnancy has a mutually negative effect on both the course of the disease and the health of the mother, which underlines the importance of an integrated approach to pre-pregnancy preparation and treatment.

Keywords: tuberculosis, infertility, pregnancy, pregravidar preparation, meningoencephalitis, spondylitis.

ВВЕДЕНИЕ

Туберкулёз является одной из наиболее распространённых в мире инфекций. Ежегодно им заболевают 10 млн. человек, умирают 1,2 млн. Несмотря на несомненные успехи в борьбе с данным заболеванием, в России, как и во всём мире, в структуре туберкулёзного процесса произошли определённые сдвиги, существенно влияющие на эпидемиологическую ситуацию. Актуальной проблемой на пути ликвидации туберкулеза является наличие лекарственной

устойчивости микобактерии, а также ко-инфекция ВИЧ/туберкулез [1]. Несмотря на тенденцию к снижению заболеваемости, туберкулез по-прежнему встречается среди беременных, при этом симптоматика может быть стертой или нетипичной, что существенно затрудняет диагностику [2]. Учитывая риски, связанные с туберкулезом во время беременности, крайне важна совместная работа фтизиатра и акушера-гинеколога для обеспечения тщательной подготовки к беременности и ее ведения. Беременность и туберкулез – неблагоприятное сочетание для женщины, несмотря на противоречивость взглядов исследователей. Последствия влияния туберкулеза на беременность могут зависеть от многих факторов, в том числе от тяжести заболевания, срока беременности на момент диагностики, наличия внелегочного распространения, ко-инфекции ВИЧ/туберкулез и качества прегравидарной подготовки и лечения [3]. Беременность не является истинно иммуносупрессивным состоянием, однако возможно избирательное подавление тех или иных звеньев иммунной системы [2]. Первый триместр беременности, во время которого происходит значительная гормональная перестройка организма, а также первое полугодие после родов, связанное с быстрой демобилизацией, чрезмерной деятельностью эндокринных желез, снижением давления в брюшной полости и увеличением количества и активности Т-хелперов, представляет наибольшую опасность для развития или обострения специфического процесса. Дефицит кальция в крови беременной (демнерализация) в результате расходования его на построение костной системы плода, может привести к экстацербации старых петрифицированных очагов, их размягчению и реактивации специфического процесса [3]. Наличие туберкулеза во время беременности, родов и в послеродовом периоде, как известно, приводит к неблагоприятным последствиям как для беременных женщин, так и для новорожденных. Это проявляется примерно в двукратном повышении риска преждевременных родов, замедлении внутриутробного роста плода, низкой массой новорождённых при рождении и шестикратном увеличении частоты перинатальной смертности [3].

Цель исследования – на примере клинического случая акцентировать внимание на возможности нетипичного дебюта и прогрессирующего течения туберкулеза у беременных.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Ретроспективный анализ истории болезни пациентки с прогрессирующим течением туберкулеза, протекавшего на фоне развивающейся беременности, наступившей в результате повторного протокола ЭКО.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Пациентка Б., 33 года, на ранних сроках беременности, достигнутой 6 протоколом ЭКО (в связи с вторичным бесплодием на фоне хронического сальпингоофарита и эндометриоза), стала обращать внимание на головную боль, боль в грудном отделе позвоночника, которые связывала с беременностью. Постепенно боль усиливалась, состояние ухудшалось. 05.06.2024 обратилась в СМП (скорую медицинскую помощь), был выставлен диагноз ОРВИ и даны рекомендации по лечению. Туберкулезом, со слов пациентки, ранее не болела, ВИЧ, вирусные гепатиты, перенесенные травмы и операции отрицала. 14.06.2024 на 32 неделе беременности обратилась в Центральную районную больницу по месту жительства с жалобами на интенсивные головные боли и боли в грудной клетке, повышение температуры тела до 38,8°C, рвоту, тошноту, усталость, повышенную утомляемость, снижение массы тела до 37 кг. Госпитализирована для дальнейшего обследования и лечения, состояние пациентки ухудшалось, присоединились симптомы поражения ЦНС (центральной нервной системы), тогда же впервые были обнаружены антитела к вирусному гепатиту С. Получала лечение цефтриаксоном 20 г в/в капельно. В связи с прогрессированием заболевания и нарастанием симптомов поражения ЦНС, 17.06.2024 госпитализирована по СМП в ОРИТ (отделение реанимации и интенсивной терапии) многопрофильной клинической больницы с диагнозом менингоэнцефалит неуточненной этиологии. Проведена МРТ (магнитно-резонансная томография) головного мозга, заключение: субкортикальный очаг перестройки структуры в левой затылочной доле 0,5x0,8 см – воспалительная демиелинизация? В этот же день

проведена рентгенография органов грудной клетки с обнаружением единичного кальцината 0,5x0,4 см в проекции 3 ребра слева и люмбальная пункция, в ликворе – глюкоза 0,72 ммоль/л. 19.06.2024 появляется менингеальная симптоматика и левосторонний гемипарез. 21.06.2024 выполнена МРТ ГОП (грудного отдела позвоночника), обнаружен очаг деструкции Th10-Th11 с наличием паравертебральных натечных абсцессов. В тот же день по жизненным показаниям на 34 неделе беременности проведено оперативное родоразрешение методом кесарева сечения. Родилась девочка, масса 2200 г, рост 47 см, без признаков туберкулезного процесса. После родоразрешения состояние пациентки ухудшилось, что потребовало искусственной вентиляции легких. 28.06.2024 на основании лучевого обследования органов грудной клетки, данных МРТ, анализа ликвора фтизиатром установлен диагноз: Генерализованный туберкулёз. Диссеминированный туберкулёз лёгких, фаза инфильтрации. МБТ(-). Острый туберкулёзный менингоэнцефалит. МБТ(-) Туберкулёзный спондилит Th10-Th11, с наличием паравертебральных натечных абсцессов. МБТ(-). Группа диспансерного учета 1, назначен режим химиотерапии (H0,6 R0,45 Z1,5 Lfx0,75). 08.07.2024 после стабилизации состояния пациентка переведена в ПТД (противотуберкулезный диспансер) для продолжения лечения. Полученно 69 доз ПТП (противотуберкулезных препаратов). При повторной КТ ОГК (компьютерная томография органов грудной клетки) от 05.08.2024 выявлено уменьшение экстралобулярных воспалительных изменений в нижней доле слева, а также небольшой участок снижения прозрачности по типу «матового стекла» S2 правого легкого. Очаговой деструкции не было. Учитывая данные КТ, было принято решение об изменении режима химиотерапии с включением линезолида 600 мг два раза в сутки.

Для решения вопроса о возможности оперативного вмешательства по поводу спондилита, пациентка направлена в НМИЦ ФПИ УНИИФ. 31.10.2024 проведена КТ ОГК, КТ и МРТ ГОП и ПОП (поясничного отдела позвоночника), по результатам – диссеминированный туберкулёз в фазе рассасывания, небольшой плевральный выпот слева и туберкулёзный спондилит Th10-Th11, осложненный эпидуральным абсцессом. Во время нахождения в стационаре, сохранялась лихорадка выше 38°C на фоне лейкопении $3,8 \times 10^{12}$, повышение уровня Д-димеров в динамике с 950 до 2000 нг/мл и СРБ (С-реактивный белок) до 15,91 мг/л. Ввиду крайне высокого риска тромбэмболических осложнений, выраженного метаболического синдрома, проявлений гипоальбуминемии, анемии, плановое оперативное лечение было отложено.

ОБСУЖДЕНИЕ

Жалобы у беременных, больных туберкулезом, могут носить неспецифический характер и зависят от локализации инфекционного процесса, срока беременности и времени установления заболевания. На фоне беременности отмечается усиление симптомов интоксикации. Ранняя диагностика и лечение активного туберкулеза могут снизить заболеваемость и смертность матерей и новорожденных [4]. Диагностика туберкулеза у беременных включает выполнение рентгенографии органов грудной клетки, молекулярно-генетических методов, традиционного культурального исследования, ультразвукового исследования плевральной полости. Наиболее распространенными материнскими и перинатальными неблагоприятными исходами являются материнская смерть, невынашивание беременности, преждевременные роды, низкая и очень низкая масса тела при рождении, врожденные пороки развития и другие неонатальные патологии. Послеродовый период чаще всего протекает осложненно [5].

ВЫВОДЫ

1. Нетипичный дебют туберкулезной инфекции и дальнейшее прогрессирующее течение заболевания в данном клиническом случае обусловлены рядом причин: пациентка ранее перенесла ограниченный туберкулезный процесс, однако в медицинской документации сведения об этом отсутствуют, как и об обязательных противотуберкулезных профилактических мероприятиях.

2. Интоксикационный синдром при первичном обращении беременной за медицинской помощью был неверно расценен как проявление ОРВИ.

3. Наличие симптомов поражения ЦНС и мозговых оболочек трактовались некорректно, в связи с чем диагноз менингоэнцефалита был выставлен несвоевременно.

4. Прогрессирующее течение туберкулеза в данном случае обусловлено коморбидным фоном, несоблюдением протоколов прегравидарной подготовки, недооценкой симптомов прогрессирующего туберкулеза.

СПИСОК ИСТОЧНИКОВ

1. Министерство здравоохранения Российской Федерации. Клинические рекомендации «Туберкулез у взрослых». – 2024. – 117 с. – URL: <https://diseases.medelement.com/disease/туберкулез-у-взрослых-кп-рф-2024/17987> (дата обращения: 17.03.2025). – Текст: электронный.
2. Евсеев, П.Ю. Туберкулез легких и беременность / П.Ю. Евсеев. – Текст: электронный // Научно-практическая конференция «Горизонты фтизиатрии 2024» (Санкт-Петербург, 15 марта 2024). – 2024. – URL: <https://congress-ph.ru/common/htdocs/upload/fm/phthisiatrics/24/prez/26.pdf> (дата обращения: 17.03.2025).
3. Валдошова, С.Ш. Беременность и туберкулёз: проблемы и пути их решения / С.Ш. Валдошова, М.Ф. Додхоева, У.Ю. Сироджидинова. – Текст: электронный // Вестник Авиценны. – 2019. - №21. – С. 147-153. – URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/beremennost-i-tuberkulyoz-problemy-i-puti-ih-resheniya> (дата обращения: 17.03.2025).
4. Hui, S.Y.A. Tuberculosis in pregnancy / S.Y.A. Hui, T.T. Lao. – Текст: электронный // Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol. – 2022. – №85. – С. 34-44. – URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36002371/> (дата обращения: 17.03.2025).
5. Амирова, З.Р. Туберкулез и беременность: обзор литературы / З.Р. Амирова, Д.А. Тяпкина, А.А. Бородай. – Текст: электронный // Медицинский альянс. – 2023. - №11. – С. 26-34. – URL: <https://med-alyans.ru/index.php/Hahn/article/view/828> (дата обращения: 17.03.2025).

Сведения об авторах

А.Д. Литовская – ассистент кафедры
Г.А. Борисевич – ассистент кафедры
А.А. Борисевич – ассистент кафедры
А.М. Торлопова* – ординатор кафедры
Е.В. Сабадаш – кандидат медицинских наук, доцент

Information about the authors

A.D. Litovskaya – Department assistant
G.A. Borisevich – Department assistant
A.A. Borisevich – Department assistant
A.M. Torloпова* – Postgraduate student
E.V. Sabadash – Candidate of Sciences (Medicine), Associate Professor

*Автор, ответственный за переписку (Corresponding author):

asr.torlopova@yandex.ru

УДК: 616.2

БОЛЬ В ГРУДНОЙ КЛЕТКЕ У ПАЦИЕНТОВ ФТИЗИАТРИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ

Маржина Иван Иванович¹, Прохоров Кирилл Андреевич¹, Литовская Анна Дмитриевна¹, Сабадаш Елена Венедиктовна^{1,2}

¹Кафедра инфекционных болезней, фтизиатрии и пульмонологии

ФГБОУ ВО «Уральский государственный медицинский университет» Минздрава России

²Уральский научно-исследовательский институт фтизиопульмонологии – филиал ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр фтизиопульмонологии и инфекционных заболеваний» Министерства здравоохранения РФ

Екатеринбург, Россия

Аннотация

Введение. Основные причины боли в груди весьма разнообразны и, помимо заболеваний сердца и сосудов, могут быть обусловлены патологией других органов, таких как: лёгкие, плевра, диафрагма, пищеварительный тракт, костно-мышечные и нервные структуры грудной клетки, а также психогенными состояниями. Очевидно, что такое многообразие причин более обуславливает трудности, с которыми сталкивается врач при проведении диагностики. **Цель исследования** - изучить частоту и причины возникновения боли в грудной клетке у пациентов, госпитализированных в ФГБУ УНИИФ «НМИЦ ФПИ» в период с октября 2024 года по февраль 2025 года. **Материал и методы.** Был использован метод ретроспективного анализа историй болезни пациентов ФГБУ УНИИФ «НМИЦ ФПИ» в период с октября 2024 года по февраль 2025 года. **Результаты.** Распространенность: из 225 пациентов 14,6% (33 человека) жаловались на боль в грудной клетке, лишь у 84,8% (28 из 33) была описана локализация боли. Характер боли: 84,8% (28 из 33) испытывали периодическую боль, 15,2% (5 из 33) — постоянную. Причины боли описаны только у 27% (9) из 33 человек. **Выводы.** 1. Только 14,6% пациентов