
Случай из практики

УДК 616.45-002.5-07

ТУБЕРКУЛЕЗ НАДПОЧЕЧНИКОВ В СОЧЕТАНИИ С МНОЖЕСТВЕННЫМИ СОМАТИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ: КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ

Е. О. Соловьев¹, кандидат медицинских наук,
О. Г. Челнокова^{1*}, доктор медицинских наук,
Е. В. Караганова²,
Я. Ю. Бойко¹

¹ ФГБОУ ВО «Ярославский государственный медицинский университет» Минздрава России, 150000, Россия, г. Ярославль, ул. Революционная, д. 5

² ГБУЗ ЯО «Областная клиническая туберкулезная больница», 150000, Россия, г. Ярославль, ул. Собинова, д. 43

Представлен клинический случай сочетания туберкулеза надпочечников с туберкулезом легких и множественными соматическими заболеваниями (бронхиальная астма, хроническая обструктивная болезнь легких, гипертоническая болезнь, сахарный диабет, язвенная болезнь желудка). Установлены проявления неспецифических заболеваний, маскирующие симптоматику специфического поражения надпочечников и затрудняющие постановку соответствующего диагноза. Сформулированы практические рекомендации для совершенствования диагностики внелегочных локализаций туберкулеза у пациентов с комбинированной соматической патологией: целесообразно исследовать содержание гормонов надпочечников в крови, а также использовать не ультразвуковое исследование, а компьютерную томографию, в том числе с контрастированием.

Ключевые слова: надпочечники, туберкулез внелегочной локализации, диагностика, сочетанные заболевания, симптомы.

* Ответственный за переписку (corresponding author): chelnokova@bk.ru

Туберкулез надпочечников – достаточно редкое заболевание. Как причина хронической надпочечниковой недостаточности он встречается не более чем в 10% случаев, а болезнь Аддисона имеет распространенность от 40 до 60 случаев на 1 млн чел. [3, 4].

Главными клиническими проявлениями заболевания являются: слабость, повышенная утомляемость, усиление пигментации кожи, преимущественно на сгибательных поверхностях, дисфункция органов пищеварения, артралгии, снижение артериального давления (АД) [1, 2].

При исследовании крови выявляются: анемия, лейкопения, эозинофилия, гипогликемия, гипонатриемия, гиперкалиемия, гиперфосфатемия, высокое содержание мочевины и креатинина. Главным диагностическим критерием считается снижение уровня кортизола в крови.

В данной публикации мы представляем клинический пример сочетания туберкулеза надпочечников и диссеминированного туберкулеза легких у больного с сочетанной соматической патологией.

Мужчина, 73 лет, наблюдался у пульмонолога по поводу хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ). При консультации фтизиатра 09.02.2016 была выявлена очаговая диссеминация в верхней доле левого легкого.

При поступлении в стационар туберкулезной больницы предъявлял жалобы на одышку при минимальной физической нагрузке, кашель с отделением умеренного количества слизисто-гноющей мокроты.

Объективно: состояние средней степени тяжести. Подкожно-жировой слой развит умеренно. Кожные покровы обычного цвета, без высыпаний. Дыхание в легких везикулярное, в задненижних отделах выслушиваются влажные среднепузырчатые хрипы. Тоны сердца ритмичные. Частота сердечных сокращений (ЧСС) – 71 уд/мин, АД – 140/65 мм рт. ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Отеков нет.

Клинический анализ крови от 12.02.2016: эритроциты – $4,9 \times 10^{12}/л$, гемоглобин – 133 г/л, цветовой показатель – 0,81, лейкоциты – $8,1 \times 10^9/л$, эозинофилы – 3%, палочкоядерные нейтрофилы – 1%, сегментоядер-

ные нейтрофилы – 61%, лимфоциты – 25%, моноциты – 10%, скорость оседания эритроцитов – 32 мм/ч.

Биохимические показатели крови от 12.02.2016: глюкоза – 3,2 ммоль/л, креатинин – 63 мкмоль/л, общий белок – 71 г/л, билирубин – 10,1 мкмоль/л.

Общий анализ мочи от 12.02.16: удельный вес – 1,014, белка, сахара не выявлено, лейкоциты – 0–1 в поле зрения, эритроциты не обнаружены.

При исследовании мокроты методом люминесцентной микроскопии от 15.02.2016 обнаружены кислотоустойчивые микобактерии. Методом посева рост культуры микобактерий туберкулеза установлен 29.02.2016.

При компьютерной томографии от 12.02.2016 в верхней доле левого легкого обнаружены очаговые тени и участки уплотнения легочной ткани, преимущественно располагающиеся в 3, 4, 5-м сегментах. Здесь же выявлен избыточный легочный рисунок по тяжистому типу. В средних и нижних отделах обоих легких бронхоэктазы. Корни структурны. Диафрагма деформирована за счет плевродиафрагмальных спаек.

Электрокардиография от 13.02.2016: синусовый ритм, ЧСС – 81 уд/мин, атриовентрикулярная блокада I степени.

По данным ультразвукового исследования (УЗИ) от 19.02.2016 **область надпочечников не изменена.**

Обоснован **основной клинический диагноз:** диссеминированный туберкулез легких в фазе инфильтрации микобактериями туберкулеза (+). **Сопутствующие заболевания:** бронхиальная астма средней степени тяжести, контролируемая; ХОБЛ II стадии, среднетяжелая; гипертоническая болезнь II степени; сахарный диабет II типа; язвенная болезнь желудка в фазе ремиссии.

Схема лечения туберкулеза включала 3 антибактериальных препарата. Терапию сопутствующих заболеваний назначал врач-терапевт.

Пребывание больного в стационаре с 11.02.2016 по 12.06.2016 можно разделить на 2 периода. **Первый период** (с момента госпитализации до 13.05.2016) был относительно благополучным. Пациент периодически предъявлял жалобы на тошноту и боли в эпигастрии, которые связывал с приемом антибактериальных препаратов. АД на фоне приема гипотензивных препаратов варьировало от 130/75 до 125/70 мм рт. ст. Уровень глюкозы крови на фоне приема сахароснижающих препаратов составлял 3–5 ммоль/л. Содержание мочевины и креатинина оставалось в пределах нормы. При контрольной компьютерной томографии от 18.04.2016 установлено значительное рассасывание очаговых теней в верхней доле левого легкого. Результаты исследования мокроты в апреле и мае 2016 г. – отрицательные.

Таким образом, в этот период была зафиксирована явная положительная динамика в лечении диссеминированного туберкулеза легких. Жалобы на тошноту и боли в эпигастрии связывали с побочным действием противотуберкулезных препаратов.

Второй период (с 13.05.2016) характеризовался неуклонным ухудшением состояния пациента. Появились резкая слабость, рвота после приема пищи и лекарственных препаратов, кожный зуд. Артериальное давление снизилось до 115/63 мм рт. ст. Врач-терапевт установил диагноз «лекарственное поражение печени». Были отменены антибактериальные препараты и назначена гепатотропная терапия. Через несколько дней изменился цвет кожных покровов, который 18.05.2016 описывался как желтушный, а 30.05.2016 как «бронзовый». Резко повысился уровень креатинина – до 677 мкмоль/л (30.05.16). Диагностирована декомпенсированная почечная недостаточность, пациент переведен в реанимационное отделение.

Несмотря на весь комплекс мер интенсивной терапии, состояние больного оставалось стабильно тяжелым, а с 10.06.2016 резко ухудшилось: АД снизилось до 90/50 мм рт. ст., возникли боли в животе, рвота, не приносящая облегчения, резкая слабость и апатия. Пациент скончался 12.06.2016.

Посмертный клинический диагноз: основное заболевание: сахарный диабет II типа. Осложнение основного заболевания: диабетическая нефропатия. Хроническая болезнь почек, терминальная фаза. Сопутствующие заболевания: диссеминированный туберкулез легких, бронхиальная астма, ХОБЛ II стадии, средней степени тяжести, гипертоническая болезнь II степени, язвенная болезнь желудка.

Патологоанатомический диагноз: основное заболевание: туберкулез левого надпочечника. Осложнение основного заболевания: острая сердечно-сосудистая недостаточность. Сопутствующие заболевания: сахарный диабет II типа, двусторонний хронический пиелонефрит.

Гистологическое описание надпочечников: левый надпочечник – зона казеозного некроза, отграниченная узкой полоской ткани, содержащей эпителиоидные и лимфоидные клетки. Правый надпочечник атрофирован.

Причиной смерти больного явился не диагностированный при жизни туберкулез левого надпочечника на фоне атрофии правого. Специфические изменения в легких при этом практически исчезли.

Постановке диагноза туберкулеза надпочечников при жизни помешала сочетанная соматическая патология. Сахарный диабет и гипертоническая болезнь маскировали такие проявления надпочечниковой недостаточности, как гипогликемия и падение ар-

териального давления. А тошнота, рвота и темное окрашивание кожи на поздних этапах пребывания в стационаре были ошибочно связаны с лекарственным поражением печени.

Данный клинический пример позволяет сформулировать следующие **практические рекомендации**:

1. В лечебно-профилактических учреждениях общей лечебной сети больных с множественными соматическими заболеваниями следует относить к группе риска внелегочных форм туберкулеза.
2. При ухудшении общего состояния пациента с диссеминированным туберкулезом легких на фоне положительной рентгенологической динамики необходимо заподозрить туберкулез редкой локализации и провести целенаправленный диагностический поиск.
3. У пациентов с признаками генерализованного туберкулеза целесообразно определять уровень гормонов надпочечников в крови. Предпочтительно также использовать не УЗИ, а компьютерную томографию, в том числе с применением контрастирования.

ЛИТЕРАТУРА

1. Алгоритмы диагностики и лечения болезней эндокринной системы / под ред. И. И. Дедова. – М., 1995. – 225 с.
2. Эндокринология по Вильямсу. Заболевания коры надпочечников и эндокринная артериальная гипертензия / Генри М. Кроненберг [и др.] ; пер. с англ. под ред. И. И. Дедова, Г. А. Мельниченко. – М. : Рид Элсивер, 2010. – 206 с.
3. Эндокринология : национальное руководство / под ред. И. И. Дедова, Г. А. Мельниченко. – М. : Гэотар-Медиа, 2015. – 1112 с.
4. Фтизиатрия : национальное руководство / под ред. М. И. Перельмана. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2010. – 512 с.

TUBERCULOSIS OF SUPRARENAL GLANDS IN COMBINATION WITH MULTIPLE SOMATIC DISEASES: A CLINICAL CASE

E.O. Soloviyov, O.G. Chelnokova, E.V. Karaganova, Ya.Yu. Boiko

The clinical case of the combination of tuberculosis of suprarenal glands and pulmonary tuberculosis with multiple somatic diseases (bronchial asthma, chronic obstructive lung disease, hypertension, diabetes mellitus, stomach ulcer) is presented. The manifestations of nonspecific diseases which disguise the symptoms of specific lesion of suprarenal glands and which impede the correct diagnosis are determined. Some practical recommendations to improve the diagnosis of extra-pulmonary tuberculosis localizations in patients with combined somatic pathology are formulated namely it is expediently to examine the content of suprarenal glands hormones in blood and to use computer tomography including contrast ratio instead of ultrasound investigation.

Key words: suprarenal glands, extra-pulmonary tuberculosis, diagnosis, nonspecific diseases, symptoms.