

УДК 616-06

Савинцева Е.В.

ассистент кафедры фтизиатрии

ФГБОУ ВО «Ижевская государственная медицинская академия»

Российская Федерация, Удмуртская Республика, г. Ижевск

Федотова Н.Н.

заведующая отделением – врач-фтизиатр

БУЗ УР «Республиканская клиническая туберкулёзная больница

МЗ УР»

Российская Федерация, Удмуртская Республика, г. Ижевск

Капустина Ю.Л.

студент 6 курса лечебного факультета

ФГБОУ ВО «Ижевская государственная медицинская академия»

Российская Федерация, Удмуртская Республика, г. Ижевск

Корякина А.И.

студент 6 курса лечебного факультета

ФГБОУ ВО «Ижевская государственная медицинская академия»

Российская Федерация, Удмуртская Республика, г. Ижевск

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ГЕНЕРАЛИЗОВАННОГО ТУБЕРКУЛЁЗА И ВИЧ-ИНФЕКЦИИ

Аннотация: В статье описан клинический случай особенностей диагностики, комплексного лечения и исхода генерализованного диссеминированного туберкулёза в сочетании с другими вторичными

оппортунистическими заболеваниями у больного на поздних стадиях ВИЧ-инфекции.

Ключевые слова: генерализованный диссеминированный туберкулёз, ВИЧ-инфекция, вторичные оппортунистические заболевания, химиотерапия туберкулёза, антиретровирусная терапия.

Savintseva E.V.

assistant at the department of phthisiologi

FSBEI of HE "Izhevsk State Medical Academy"

Russian Federation, Udmurt Republic, Izhevsk

Fedotova N.N.

head of the department-phthisiatrician

BUZ UR "Republican Clinical Tuberculosis Hospital MH UR"

Russian Federation, Udmurt Republic, Izhevsk

Kapustina Y.L.

6th year student of the medical faculty

FSBEI of HE "Izhevsk State Medical Academy"

Russian Federation, Udmurt Republic, Izhevsk

Koryakina A.I.

6th year student of the medical faculty

FSBEI of HE "Izhevsk State Medical Academy"

Russian Federation, Udmurt Republic, Izhevsk

**CLINICAL CASE OF GENERALIZED TUBERCULOSIS AND HIV
INFECTION**

Abstract: The article describes a clinical case of the peculiarities of diagnosis, complex treatment and outcome of generalized disseminated tuberculosis in combination with other secondary opportunistic diseases in a patient with late stages of HIV infection.

Key words: generalized disseminated tuberculosis, HIV infection, secondary opportunistic diseases, tuberculosis chemotherapy, antiretroviral therapy.

Генерализованные диссеминированные туберкулёзные процессы у больных ВИЧ наблюдаются, как правило, на поздних стадиях заболевания при снижении количества CD⁺ лимфоцитов менее 200 кл/мкл и ниже, при отсутствии антиретровирусной терапии (АРВТ). При таком состоянии у пациентов отмечается генерализация специфического процесса и развитие внелегочных форм туберкулёза, таких как экссудативный плеврит, выпотной перикардит, туберкулёз внутригрудных и периферических лимфатических узлов, кишечника, печени, селезёнки, почек, мозговых оболочек, вещества мозга и прочих органов. А также присоединяются и другие вторичные оппортунистические заболевания (вирусные, грибковые и др.).

Больной А, 41 год, поступил в 7фтизиатрическое отделение БУЗ УР «РТКБ МЗ УР» в плановом порядке для продолжения основного курса лечения.

Клинический диагноз:

Основной: Генерализованный туберкулёз: Диссеминированный туберкулёз легких в фазе рассасывания. Туберкулёз кишечника. Туберкулёзный мезаденит. Туберкулёзный хориоретинит левого глаза. Туберкулёз почек? Менингоэнцефалит смешанной этиологии (туберкулёз+ВИЧ?). МБТ(+). Устойчивость Н. ВИЧ 4В(СПИД), прогрессирование на фоне нерегулярного приёма ВААРТ(CD4-2 кл/мкл., РНК ВИЧ-1200000 коп/мл.).

Осложнение: ДН1. Анемия хронических болезней II степени. Тромбоцитопения. Отёк набухание головного мозга. Полиорганная недостаточность.

Сопутствующий: Тотальный кандидомикоз пищевода. Энцефалопатия токсико-метаболическая, 2 степени, в форме умеренного мнестического снижения, легкой вестибулопатии, полинейропатии (легкий дистальный нижний парапарез). Умеренный амиотрофический синдром. ЦМВ хориоретинит левого глаза. Хронический вирусный гепатит С минимальной активности. Хронический бронхит смешанного генеза, ремиссия. Реактивный панкреатит с ферментативной недостаточностью. Токсическая нефропатия?

Из развития и течения заболевания известно, в 2015г. обратился с жалобами на боли в животе в хирургическое отделение БУЗ УР «ГКБ№6 МЗ УР», где по экстренным показаниям проведена операция - правосторонняя гемиколэктомия, по результатам гистологического исследования операционного материала переведён в БУЗ УР «РТКБ МЗ УР» с диагнозом: Инфильтративный туберкулёз нижней доли левого легкого, туберкулёз кишечника. МБТ(+). Устойчивость H5. После выписки из стационара взят на диспансерный учёт, лечился амбулаторно, с перерывами. В июне 2018г. отмечал слабость, повышение температуры до 38,5 градусов, боль в грудной клетке справа, влажный кашель со слизисто-гнойной мокротой, за медицинской помощью обратился у участковому терапевту по месту медицинского обслуживания, проведена обзорная рентгенография органов грудной клетки, после чего, госпитализирован в инфекционное отделение районной больницы с диагнозом: Внебольничная полисегментарная правосторонняя пневмония средней степени тяжести. После выписки на прием не явился. В январе 2020г. почувствовал слабость, потливость, повышение температуры до 37,5 градусов, влажный кашель со слизистой мокротой, вызвал БСМП, доставлен РКТБ для прохождения

стационарного лечения, где по апрель 2020г получал II режим химиотерапии, интенсивная фаза; с апреля переведён на фазу продолжения. Последняя госпитализация с апреля по август 2020г. с целью продолжения основного курса лечения.

Анамнез жизни: Родился в сельской местности, в раннем детстве в физическом и психическом развитии от сверстников не отставал, образование среднее, в течении жизни работал водителем, на данный момент безработный. Женат, есть дети, проживают отдельно с мамой. Больной живет один в частном доме. Условия питания- пониженные. Перенесённые заболевания- ВИЧ с 2014г. Гепатиты, сифилис, язвенную болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, артериальную гипертензию, сахарный диабет отрицает. Тубконтакт отрицает. Операции: правосторонняя гемиколэктомия(2015г.), аппендэктомия(2015г.). Наследственность не отягощена. Вредные привычки: не курит с января 2020г., алкогольные напитки употребляет редко, наркотики отрицает. Аллергологический анамнез не отягощен.

На момент поступления предъявлял жалобы на одышку при ходьбе, незначительной нагрузке, общую слабость, периодическое повышение температуры до 37,0-37,4 градусов. Состояние средней степени тяжести. Положение активное. Сознание ясное. Конституция астеническая. Кожные покровы и видимые слизистые чистые, бледно-серые, цианоз лица и губ, акроцианоз. На передней брюшной стенке по средней линии живота и правой подвздошной области послеоперационные рубцы, зажившие первичным натяжением. Тургор тканей сохранен. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Суставы не изменены, при пальпации безболезненные, движения свободные. Форма грудной клетки астеническая. Дыхание везикулярное, жёсткое, проводится во все отделы. ЧДД-22 в мин. Тоны ясные, ритмичные. АД-110/60 мм.рт.ст., ЧСС-90 уд в мин, SpO2-88%. Язык влажный, обложен белым налётом у корня языка.

Живот обычной формы, мягкий, безболезненный. Печень плотно-эластической консистенции, на 2 см ниже края реберной дуги, безболезненная. Желчный пузырь не пальпируется. Пузырные симптомы отрицательные. Селезенка не пальпируется. Почки не пальпируются. Симптомы раздражения брюшины отрицательные. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Отеков нет.

Лабораторно - инструментальные методы исследования:

Полный анализ крови: эритроциты- $2,92 \cdot 10^{12}$ /л, гемоглобин-89 г/л, тромбоциты- $81 \cdot 10^9$ /л, лейкоциты- $5 \cdot 10^9$ /л, сегментоядерные нейтрофилы-86%, лимфоциты-11%, моноциты-3%, СОЭ 41 мм/ч.

Биохимическое исследование крови: общий билирубин-7 мкмоль/л, аланинаминотрансфераза (АЛТ)-16,1 ед/л, аспартатаминотрансфераза (АСТ)-45,7ед/л, глюкоза натощак в сыворотке-5,22 ммоль/л.

Коагулограмма: АЧТВ-40,7 сек, МНО-1,04, фибриноген-1,8г/л, ПТИ-99%.

ИФА на гепатит С- положительный.

Иммунологический анализ крови: CD 4+ лимфоциты-2 кл/мкл. Вирусная нагрузка: 1200000 РНК ВИЧ коп./мл.

Полный анализ мочи: цвет- насыщенно жёлтый, прозрачная, цилиндры гиалиновые-0-2 в поле зрения, эпителий плоский-0-3 в поле зрения, лейкоциты-до 6 поле зрения, слизь -+.

При микроскопии, посеве и ПЦР мокроты обнаружены МБТ(+). При микроскопии, посеве мочи и кала не обнаружены МБТ(-).

На обзорной рентгенограмме органов грудной клетки в двух проекциях отмечается диффузное усиление легочного рисунка за счёт перибронховаскулярного фиброза, деформирован по мелкоячеистому типу, на этом фоне с обеих сторон, больше справа определяются немногочисленные мелкие интенсивные очаги. Корни не расширены, малоструктурные. Срединная тень без особенностей. Плевро-диафрагмальная спайка слева. Синусы свободные.

Ультразвуковое исследование органов брюшной полости и почек: Диффузные изменения печени, гепатит, спленомегалия, асцит. Кисты левой почки, усиление кортико- медуллярной дифференциации.

Бронхоскопия: Диффузный катаральный эндобронхит.

Эзофагогастродуоденоскопия: Выраженный тотальный кандидомикоз пищевода. Диффузный поверхностный гастрит.

Больной продолжил основной курс лечения, состоящий из комбинации: рифампицин(0,3 г/сут), пиразинамид(1,5 г/сут), левофлоксацин(0,75 /сут), протионамид(0,75 г/сут), циклосерин(0,5 г/сут). Назначена также АРВТ: тенофовир, ламивудин, эфавиренз. Получал также гепатопротекторы, витамины, ГКС, дезинтоксикационную терапию, НПВП, ферменты, ингибиторы протонного насоса, противогрибковые и мочегонные лекарственные средства. Был выписан с направлением в кабинет противотуберкулёзной помощи больным ВИЧ-инфекцией в ПТД по месту жительства для продолжения лечения в амбулаторных условиях и в СПИД-центр – для продолжения АРВТ.

Выводы:

1. При диссеминированном туберкулёзе легких в сочетании с ВИЧ-инфекцией высок риск быстрой генерализации процесса.
2. При распространенном генерализованном туберкулёзе поражаются, как правило, все органы и ткани, включая и те, в которых туберкулёзное воспаление развивается редко.
3. Туберкулёз на фоне ВИЧ-инфекции протекает злокачественно и быстро приводит к гибели больных, характеризуется тяжелым клиническим течением с гематогенной генерализацией процесса во все органы, с выделением возбудителя в мокроте и другом патологическом материале.
4. Так же можно отметить, что у данного пациента был диагностирован абдоминальный туберкулёз в ургентной хирургии, что является упущением в ранней диагностике туберкулёзного процесса.

Использованные источники:

- 1.Мишина А.В., Мишин В.Ю., Эргешов А.Э., Левченко М.В. Диссеминированный туберкулёз на поздних стадиях ВИЧ-инфекции: диагностика и течение генерализованного диссеминированного туберкулёза в сочетании с другими вторичными оппортунистическими заболеваниями у больного с ВИЧ-инфекцией и наркозависимостью (клинический случай)// Consilium Medicum.- 2018.- № 20 (3).-С. 14–20.
- 2.Бабаева И.Ю., Яцукова А.В. Пример смерти больного от генерализованного туберкулёзного процесса на поздней стадии ВИЧ-инфекции// Consilium Medicum.- 2020.-№ 22 (3).-С. 65–69.
- 3.Нечаева О.Б. Социально значимые инфекционные заболевания, представляющие биологическую угрозу населению России// Туберкулёз и болезни легких.-2019.-№ 97 (11).-С. 7–17.