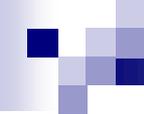




ПОРАЖЕНИЕ ЦНС,  
АССОЦИИРОВАННОЕ С СИНДРОМОМ  
ВОССТАНОВЛЕНИЯ ИММУННОЙ СИСТЕМЫ  
(КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ)

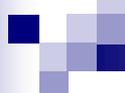
зав.туберкулезно-легочным отд.№1  
для взрослых Подсос Н.А.



Больной Л., 34 года, подземный  
горнорабочий

Поступил в туберкулезно-легочное  
отделение №1 РКТБ 20.03.2017г

**ЖАЛОБЫ** на общую слабость, сонливость,  
повышение Т-ры тела до 38,0 к вечеру



Из анамнеза жизни:

Трудовой стаж – 3 года (подземный стаж)

В марте 2017 впервые выявлены ВИЧ-инфекция, АРТ не получает

Подтверждены иммунологически гепатиты

В и С

Туб.контакт отрицает. ФЛГ в 2013 – норма (не представлена)

Проживает с женой

Курит. Алкоголем не злоупотребляет

Употребление парентерально наркотических веществ отрицает

Анамнез болезни:

Заболел остро в конце декабря 2016г, когда появилось стала повышаться температура тела до 39,0-40,2 С, появилась рвота

При обращении к врачу в январе 2017г рентгенологически выявлены изменения в легких, мокроту не выделял

Лечился по поводу пневмонии в течение 6 дней без клинического эффекта.

Для уточнения диагноза направлен на консультацию в РКТБ, после чего госпитализирован в ТО-1 для дообследования и лечения

**ОБЪЕКТИВНО:** Общее состояние удовлетворительное. В сознании, но несколько заторможен, сонлив. На вопросы отвечает после короткой паузы. Ориентирован правильно. Менингеальные знаки отрицательные. Функции тазовых органов контролирует. Кожа на груди и спине покрыта обильными, местами сливающимися, папулезно-макулезными высыпаниями с небольшим шелушением. На губах – заживающие герпетические высыпания. Слизистая щек, верхнее небо, язык густо обложены кандидозными налетами. Периферические лимфоузлы не увеличены. ЧДД – 18 в минуту. Дыхание в легких везикулярное, с жестким оттенком, хрипов нет. Границы сердца не изменены, тоны ясные, ритм правильный. ЧСС- 110/мин, АД- 125/80 мм.рт.ст. Живот мягкий, болезненный при пальпации в области печени. Печень увеличена на 4-5 см, край острый. Селезенка не увеличена. Периферических отеков нет

## **В отделении больной обследован:**

В крови: эр. – 2,9 Т\л, Нв – 86,6 г/л, лейкоц. – 6,5Г/л, э – 1 %, п – 2 %, с – 79 %, л – 17 %, м – 1 %, СОЭ – 57 мм/час

Билирубин 24,1 (8,0-16,1) ммоль/л, АЛТ– 1,4, АСТ–0,72, сахар– 5,5 ммоль/л, тимол.проба– 16,9 ед., общ.белок. – 85,6 г\л, мочевины – 7,4 ммоль\л, креатинин – 140,5 мкмоль\л

RW, HBS-антиген отрицательные, СД4 – 63кл (7,14%) от 24.03.17г

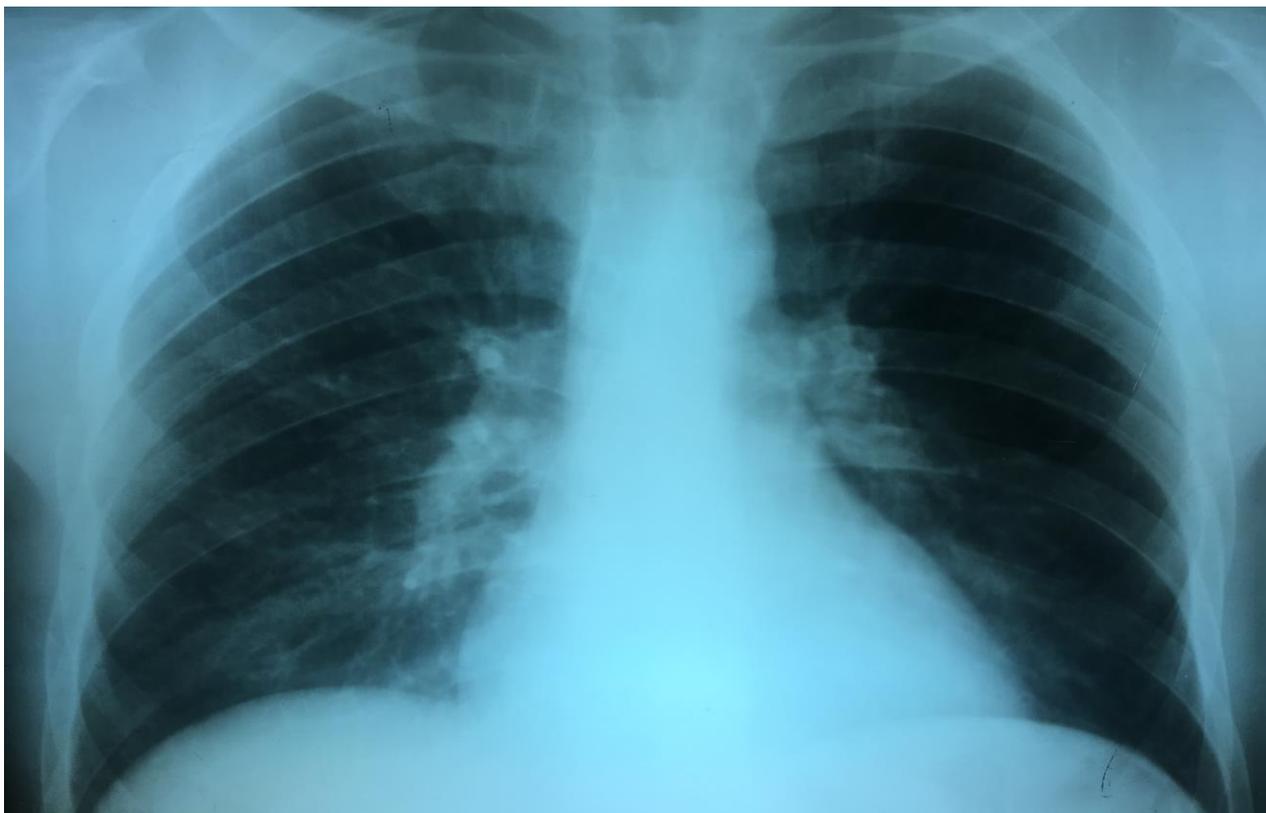
В моче: уд.вес - 1014, белок – не обн., лейкоц.- 2-3 в п/зр, эпителий – плоск.- 4-6 в п/зр, реакция кислая, слизь – много кол-во

В крови титр антикоагулянтных антител составлял 229,0 Ед (норма – 0-10)

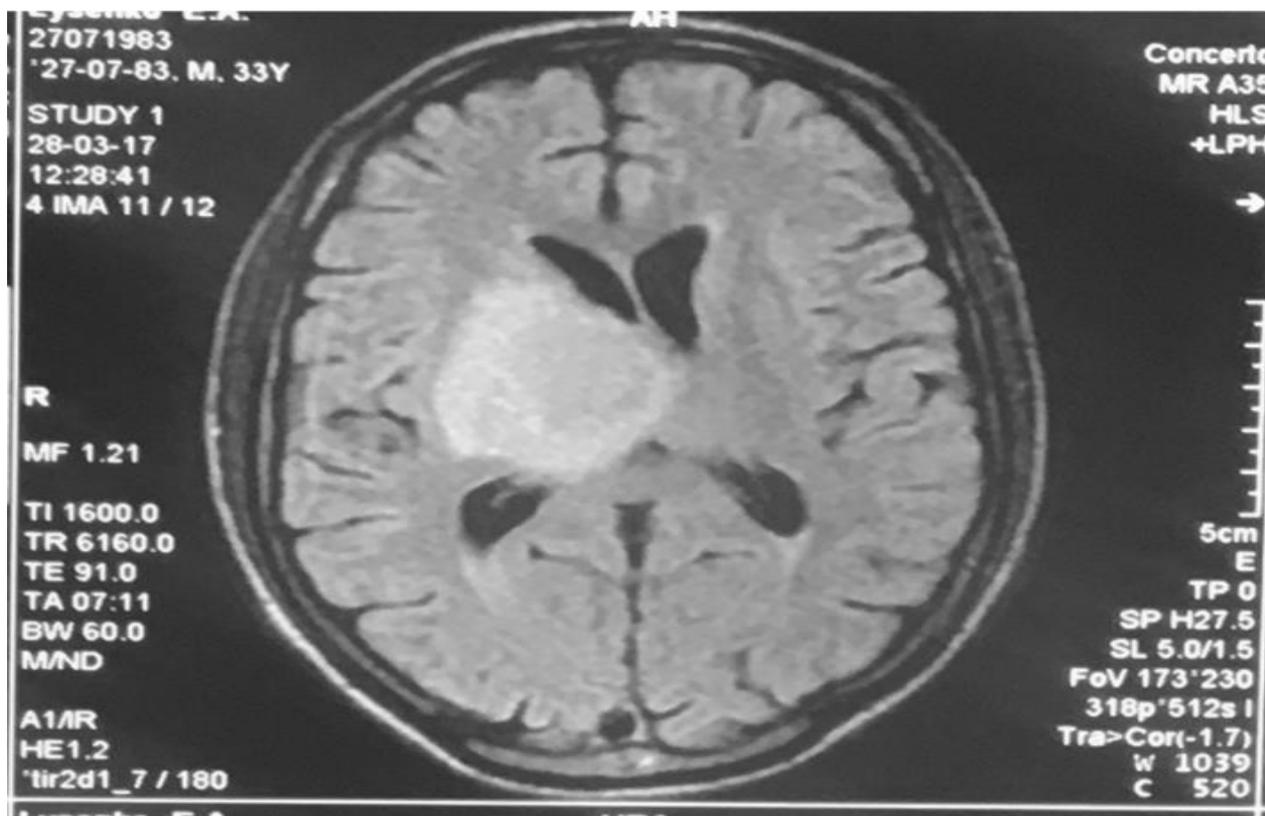
Ан.СМЖ от 30.03.17г: цитоз – 3 кл\мкл (л-78%, н-22%), белок – 0,37г\л, р.Панди 2+, Р.Нонне-Аппельта - отриц., сахар – 2,6 , хлориды – 106,0

В мазке мокроте от 21.03.17 КУБ не обнаружены. При посеве на твердую среду получен рост 3-х колоний МБТ с сохраненной чувствительностью к препаратам 1 и 2 ряда

По ОГК от 16.03.2017г. Справа в S2 интенсивный очаг, легочный рисунок усилен, увеличены внутригрудные лимфоузлы (бронхопультмональные, парааортальные, бифуркационные). Сердце в номе



МРТ головного мозга от 28.03.17г. Объемное образование подкорковых структур справа 4,5x4,0, компрессирующее 3 желудочек, правый боковой желудочек, распространяющееся на правую ножку мозга



Выставлен диагноз туберкулеза внутригрудных лимфатических узлов, токсоплазмоза головного мозга

С 21.03.17г начато лечение в ИФ по категории 1.1 (изониазид, рифампицин, пиразинамид, этамбутол)

По поводу токсоплазмоза получал бисептол, азитромицин, дексаметазон

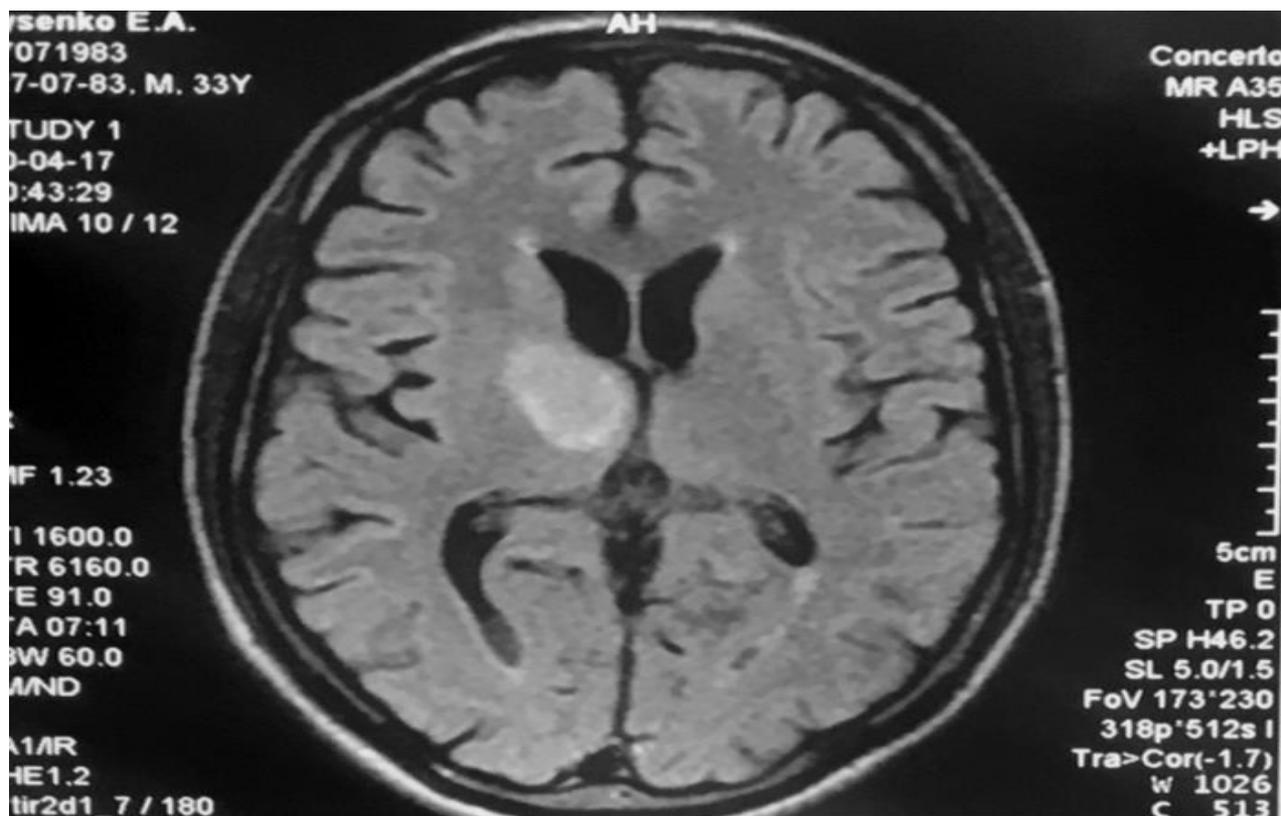
Одновременно проводили терапию кандидоза флуконазолом

К 10.04.17г развилась ПР на прием рифампицина (тошнота, повышение уровня билирубина ТА в крови).

Препарат отменен, в схему добавлены канамицин, левофлоксацин, гепатопротекторы

На фоне лечения отмечалось улучшение общего состояния, нормализовалась температура тела, исчезли высыпания на коже, уменьшилась сонливость, больной стал активным, выходил из палаты, спускался по лестнице

Через 17 дней лечения токсоплазмоза при контрольной МРТ головы определялась выраженная положительная динамика уменьшения объемного образования до 2,4x2,0 см



03.05.17г начата АРТ: тенофовир, эмтрицитабин, эфавиренз (на 42-й день приема ПТП)

К 09.05.17г появились слабость в ногах, шаткость походки, задержка мочи и стула. Мочевой пузырь катетеризирован

К 12.05.17г развился нижний парапарез с нарушением двигательной и чувствительной функций

15.05.17г выполнена МРТ позвоночника, выявлен остерохондроз пояснично-кресцового отдела, деформирующий спондилез, протрузии дисков L3 – S1, грыжи Шморля Th12 – L2

17.05.17г повторная люмбальная пункция, в ликворе цитоз – 186 кл/мл (лимфоциты – 40%, эозинофилы – 5%, нейтрофилы – 52%, макрофаги – 3%), белок – 0,99 г/л, глюкоз – 0,5 ммоль/л, хлориды – 89,0 мкмоль/л, р.Панди 4+, р.Нонне-Аппельта – отрицательная

Состояние было расценено как проявление СВИС в виде развития туберкулезного миелита. Не исключалось также прогрессирование токсоплазмоза

Проводилась нейропротекторная, гормональная и противоотечная терапия, продолжен прием ПТП, АРТ, бисептола в терапевтической дозе

Несмотря на проводимую терапию, состояние больного не улучшалось, двигательные и сенсорные нарушения сохранялись

На 29.05.2017г жалобы на отсутствие движений и чувствительности в нижних конечностях. Общее состояние тяжелое, заторможен.

Сохраняется паралич нижних конечностей. Сухожильные рефлексy с рук снижены, коленные, ахилловы – отсутствуют.

Чувствительность нарушена по типу гипостезии от паховой складки. Лицо симметрично, движение глазных яблок в полном объеме.

Менингеальных знаков нет. Функции тазовых органов не контролирует. Мочеиспускание – по катетеру. ЧДД – 15 в минуту.

Дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца глухие, ритм правильный. ЧСС - 90/мин. АД - 120/80 мм.рт.ст. Язык густо обложен кандидозным налетом. Живот вздут, отрезки кишечника спазмированы

30.05.17 состояние больного резко ухудшилось: усилились явления интоксикации, появились головная боль и менингеальные знаки, в оглушении, дезориентирован. К 15ч20мин загрузился до комы, появились нарушения дыхания, и в 15-35 констатирована смерть

## **Клинический диагноз:**

Основной: ВИЧ-инфекция. 4кл.ст. Иммуносупрессия СД 4– 63,0 кл/мкл (7,14%) от 24.03.17г. ВДТБ (л) (03-17) миллиарный: легких (диссеминированный) Дестр+МБТ+М-К+Рез1- Рез2 - Гист0, ВГЛУ, кат1.1 ког 1 (2017) . Токсоплазмоз головного мозга. Кандидоз ротоглотки

Осложнения: Интоксикация. Вторичная анемия. Отек головного мозга. Сопутствующий: Хронический вирусный гепатит В, С

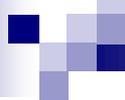
## **Патологоанатомический диагноз:**

Основной: Болезнь, обусловленная ВИЧ- инфекцией (гиперплазия селезенки, генерализованная лимфоаденопатия, хроническая анемия (эр. – 2,8г/л, Hb-86,6 г/л) с проявлениями множественных инфекций: диссеминированный туберкулез с поражением легких, селезенки, почек, печени; токсоплазмозные абсцессы в левом полушарии головного мозга

Осложнения: Отек головного мозга с вклинением миндалин мозжечка в большое затылочное отверстие. Отек легких.

Дистрофические изменения паренхиматозных органов

Сопутствующий: Хронический вирусный гепатит «В», «С»



Таким образом, несмотря на достигнутую перед началом АРТ стабилизацию состояния, удовлетворительную переносимость препаратов, положительную динамику уменьшения размеров токсоплазмозного абсцесса и достаточно продолжительную антимикобактериальную терапию, у больного развился тяжелый воспалительный СВИС в виде одновременного обострения токсоплазмоза с возникновением новых абсцессов в головном мозге и прогрессирования туберкулеза с развитием специфического поражения нервной системы

Можно сделать вывод, что в период широкого применения АРТ у ВИЧ-инфицированных больных актуальным является поиск предикторов развития СВИС у лиц с глубокой иммуносупрессией

**Спасибо за  
внимание!**

