

*ГОО ВПО ДОННМУ ИМ. М. ГОРЬКОГО  
Кафедра фтизиатрии и пульмонологии*

*Е.В. Корж, Е.Г. Гуренко, А.Ф. Завгородний*

**Сложность диагностики  
септических состояний у ВИЧ-  
инфицированных пациентов в  
условиях специализированного  
противотуберкулезного  
стационара (клинические  
наблюдения)**

- ✘ Проблема бактериальных осложнений имеет особое значение при уровне CD4 ниже 200 кл/мкл
- ✘ У таких больных часто наблюдается гематогенная генерализация туберкулезной инфекции с множественным поражением внутренних органов, что затрудняет дифференциальную диагностику
- ✘ Верификация диагноза туберкулеза усложняется при одновременном развитии у больного других оппортунистических и гнойных инфекций

- ✘ Сепсис у ВИЧ-инфицированных лиц с тяжелым иммунодефицитом в условиях фтизиатрических отделений является непосредственной причиной смерти в 1-2 % случаев
- ✘ Диагностика сепсиса является сложной: фебрильная температура, анемия, мочевого синдром, гепатоспленомегалия, кожные высыпания у ВИЧ-инфицированных пациентов встречаются часто и обусловлены туберкулезной бактериемией, кишечными расстройствами, интоксикацией, сопутствующими гепатитами и оппортунистическими инфекциями
- ✘ На фоне иммуносупрессии наличие у ВИЧ-инфицированных лиц септического состояния не исключает туберкулез и наоборот
- ✘ При сепсисе лечение антибиотиками широкого спектра действия оказывает хороший эффект, что позволяет отличить его от туберкулеза
- ✘ У ВИЧ-инфицированных больных с глубокой иммуносупрессией полное рассасывание очагов в легких на фоне противотуберкулезной химиотерапии происходит быстрее, чем у ВИЧ-негативных лиц, однако не ранее, чем через 1,5-2 месяца

**Клиническое наблюдение.** Больной Л, 43 года, безработный

**Жалобы** на одышку при физической нагрузке, слабость, повышение температуры до 38,5° -39,2 С с ознобами, кашель со слизистой мокротой, жжение за грудиной, отсутствие аппетита, увеличение живота, отеки на ногах.

**Анамнез:** неоднократно находился в местах лишения свободы. Последние пять лет состоит на учете как ВИЧ-инфицированный, не обследован, АРТ не получает.

В течение полугода беспокоит небольшая одышка, последние два месяца – лихорадка до 38,0-38,5° С. За медпомощью не обращался. Резкое ухудшение – месяц назад, обратился к участковому врачу, обследован, консультирован фтизиатром. В течение трех недель получил 2 курса антибиотиков широкого спектра (цефазолин, клиндамицин, азитромицин, метронидазол). Состояние не улучшилось, при контрольной рентгенографии выявлено прогрессирование процесса в легких. Госпитализирован в ОКТБ

**При поступлении** состояние тяжелое. Пониженного питания, кожа и склеры желтушны, температура тела 38,6° С, ЧД – 22/мин. Над легкими – жесткое дыхание. Сердце умеренно расширено влево, тоны глухие, мягкий систолический шум в точке Боткина, ритм правильный. АД – 110/70 мм рт.ст., пульс – 93/мин. Живот мягкий, увеличен в объеме за счет свободной жидкости, печень увеличена на 7-8 см, пальпируется нижний полюс селезенки. Отеки голеней и стоп.

**В крови:** эр. –  $2,7 \cdot 10^{12}/л$ , Нв – 82,3, ц.п. 0,94; лейкоц. -  $6,3 \cdot 10^9/л$ , э – 2 %, п – 5 %, с – 80 %, л – 9 %, м – 3 %, СОЭ – 26 мм/час.

Содержание белка – 67,2 г/л, мочевины – 6,4 ммоль/л, креатинина – 88,2 мкмоль/л, билирубина – 108,0 ммоль/л, глюкозы - 2,7 ммоль/л, активность АСТ – 0,90, АЛТ – 1,0 Ед, тимоловая проба - 12,4 Ед.

Содержание **CD4** – 74 кл/мкл (5,5 %).

**В моче:** уд. вес – 1008, белок – 0,28 г/л, лейкоц – 4-5 в п/зр., эр. – 0-1 в п/зр., гиалиновые цилиндры-1-2 в п/зр.

**В мокроте** КУБ, АК не выявлены

**Посев крови** дважды на стерильность – роста нет



Рентгенограмма органов грудной клетки больного Л. на момент поступления: на всем протяжении легких - массивная очаговая диссеминация, местами сливного характера, лимфангит. Корни расширены за счет лимфососудистой реакции. Сердце расширено в поперечнике

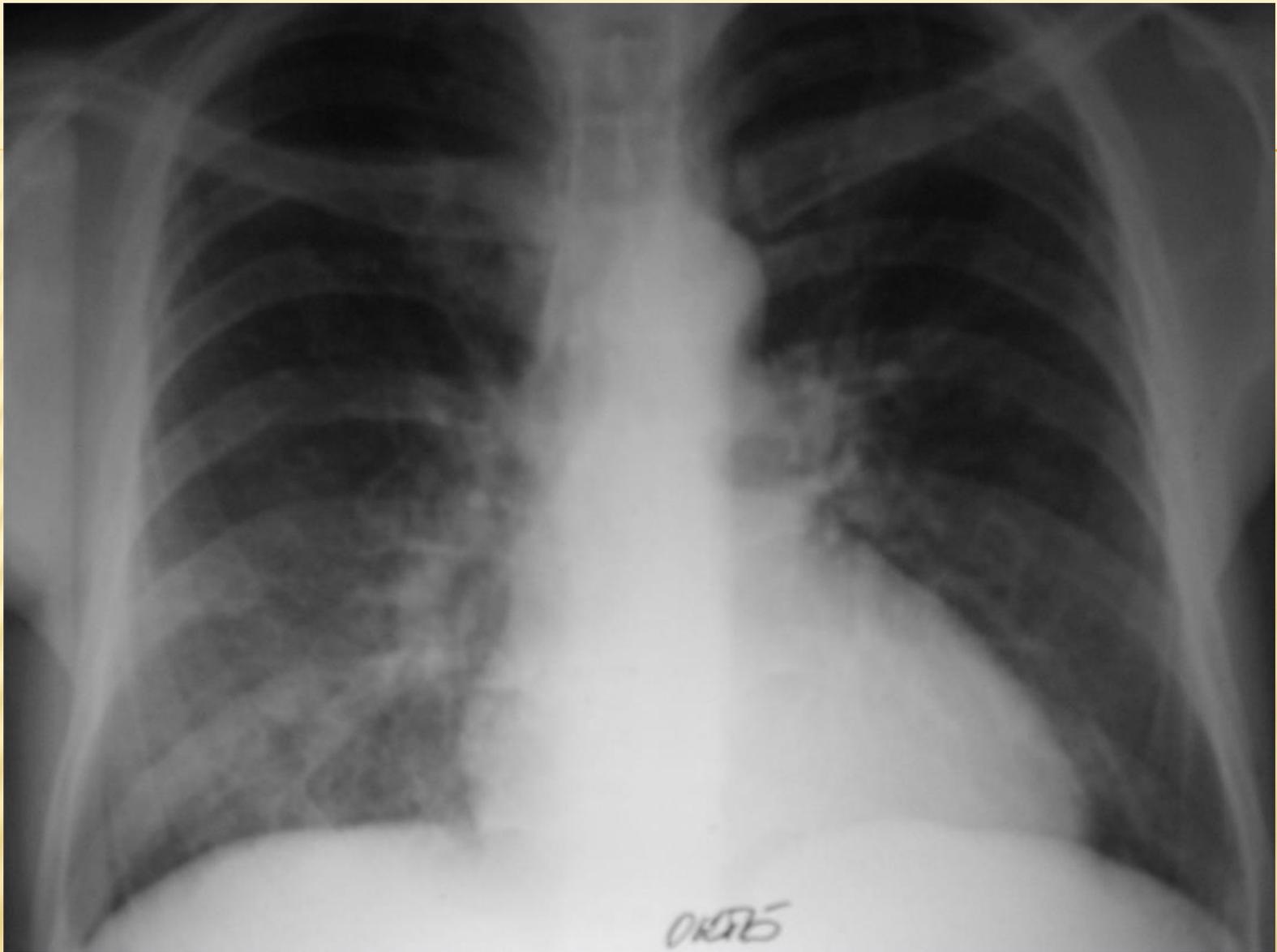
Выставлен диагноз ВИЧ-ассоциированного диссеминированного туберкулеза легких, начато лечение: изониазид, рифампицин, пиразинамид, этамбутол, стрептомицин

Через месяц в связи с нарастанием одышки выполнена контрольная рентгенография, определялось значительное рассасывание очагов в легких, но дальнейшее увеличение размеров сердца

Быстрое исчезновение изменений в легких расценено как результат эффективного лечения туберкулеза на фоне глубокого иммунодефицита. Лечение продолжено

Состояние ухудшалось: усиливалась одышка, появились желтуха, отеки на ногах, лихорадка до 38,5-39,0 С. Добавлена дезинтоксикационная и гепатопротекторная терапия, мочегонные

Внезапно ночью развилось желудочное кровотечение, появились судороги. Несмотря на проводимые мероприятия на фоне нарастающих явлений интоксикации и полиорганной недостаточности наступила смерть



Рентгенограмма органов грудной клетки больного Л. через месяц лечения по схеме HRZES. Рассасывание очагов диссеминации и уменьшение лимфатических узлов. Значительное расширение границ сердца

На вскрытии диагноз туберкулеза не подтвержден

---

Основной патологоанатомический диагноз: болезнь, обусловленная ВИЧ с проявлениями сепсиса, двусторонняя абсцедирующая пневмония, гнойные миокардит, нефрит, энцефаломиелит, множественные мелкие и крупные кровоизлияния в головной мозг. Отек легких.

Осложнения: печеночная недостаточность, кровотечение из расширенных вен желудочно-кишечного тракта. Кровоизлияние в головной мозг. Анемия.

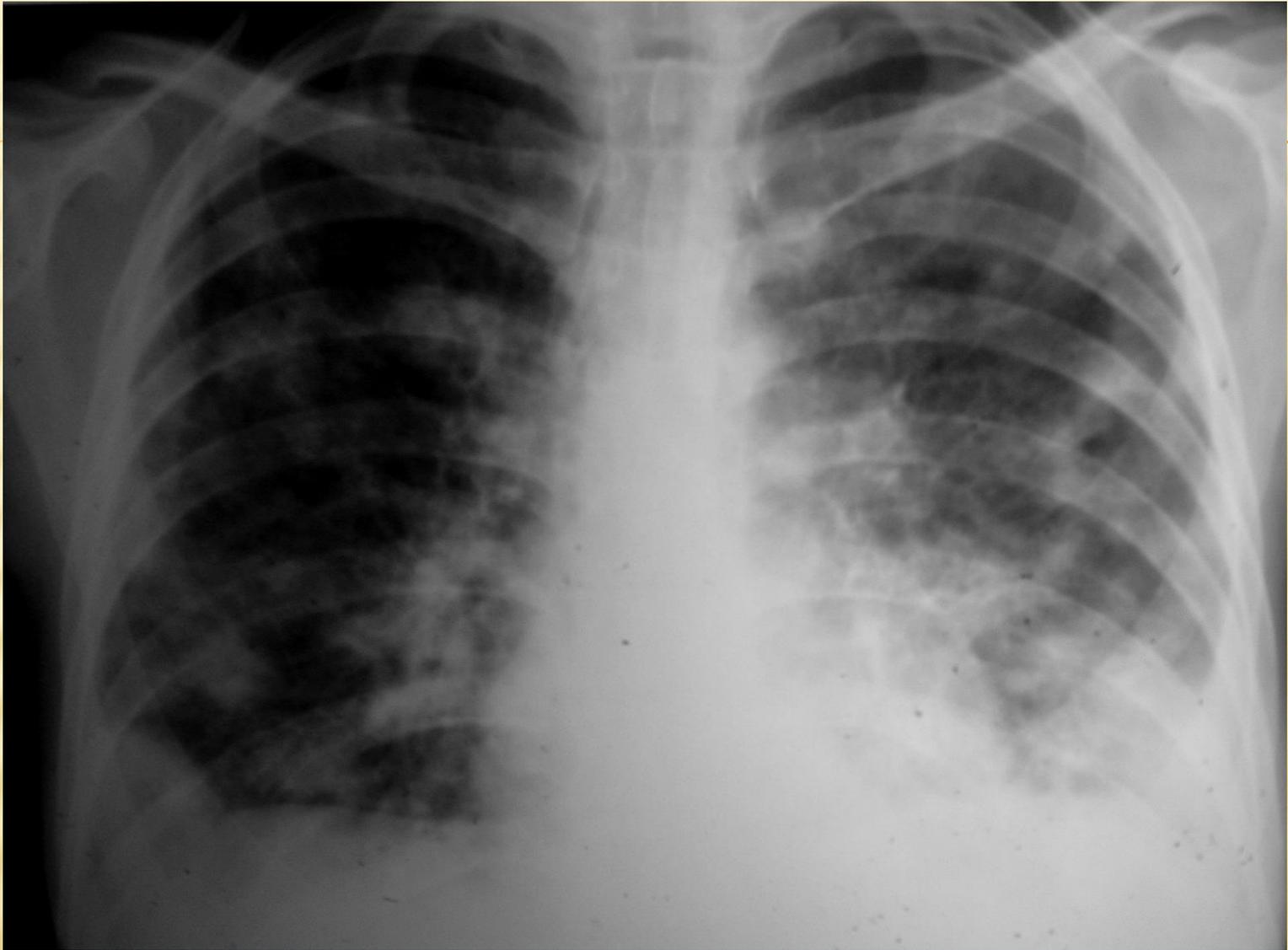
**Клиническое наблюдение.** Больная Р., 27 лет, разнорабочая

**Жалобы:** тяжелую одышку при малейшем физическом усилии, повышение температуры тела до 39-40 0С, ознобы, слабость, потливость, кашель со слизисто-гнойной мокротой.

**Анамнез.** Инъекционная наркоманка. Состоит на учете как ВИЧ-инфицированная, АРТ не получает, CD4+ не определяла. Болеет два месяца, когда повысилась температура тела до 39,5-40,0 0С, появились ознобы и умеренная одышка. Лечилась самостоятельно, в течение 10 дней (цефазолин). Сохранялась лихорадка. При обращении в поликлинику в легких на всем протяжении определялись крупные очаги диссеминации, небольшой плевральный выпот с двух сторон

Консультирована фтизиатром. С диагнозом ВИЧ-ассоциированного диссеминированного туберкулеза легких госпитализирована в противотуберкулезный диспансер по месту жительства. Начато лечение (изониазид, рифампицин, пиразинамид, этамбутол, стрептомицин)

Состояние прогрессивно ухудшалось: сохранялась лихорадка, нарастала одышка. По настоянию матери через 6 недель от начала лечения переведена в противотуберкулезное отделение ОКТБ



Рентгенограмма органов грудной клетки больной Р. в начале болезни:  
крупноочаговая диссеминация, двусторонний плевральный выпот.  
Умеренное расширение границ сердца

**Объективно:** состояние тяжелое, кахексия. Разговаривает с трудом из-за одышки, стонет. Кожа бледная, диффузный цианоз, цианоз губ, акроцианоз. В правой паховой области – кратерообразное углубление для венозного доступа (шахта). Пальпируются мелкие подвижные безболезненные периферические лимфатические узлы. Температура 38,5 0С. Над правым легким определяется коробочный звук, над левым - притупление. Аускультация затруднена из-за стонов больной, с обеих сторон дыхание не прослушивается, справа в околопозвоночной области – немногочисленные влажные хрипы. ЧД 32/мин. Границы сердца не изменены, тоны глухие, тахикардия до 100/мин. АД 75/50 мм.рт.ст. Живот мягкий, безболезненный, печень увеличена на 5-6 см, пальпируется нижний полюс селезенки, периферических отеков нет

**В крови:** эр.  $2,0 \cdot 10^{12}/л$ ; Нв – 85 г/л, лейкоц. –  $4,0 \cdot 10^9/л$ ; э – 2 %, б – 1 %, п – 5 %; с – 76 %; л – 11 %; м – 4 %, СОЭ – 51 мм/ч.

**В моче:** уд. вес 1014, белок – 0,25 г/л, эр. – 3-4 в п/зр., лейкоц. – 6-10 в п/зр, единичные гиалиновые цилиндры.

**Количество CD4+ – 58 кл/мкл (1,8 %)**

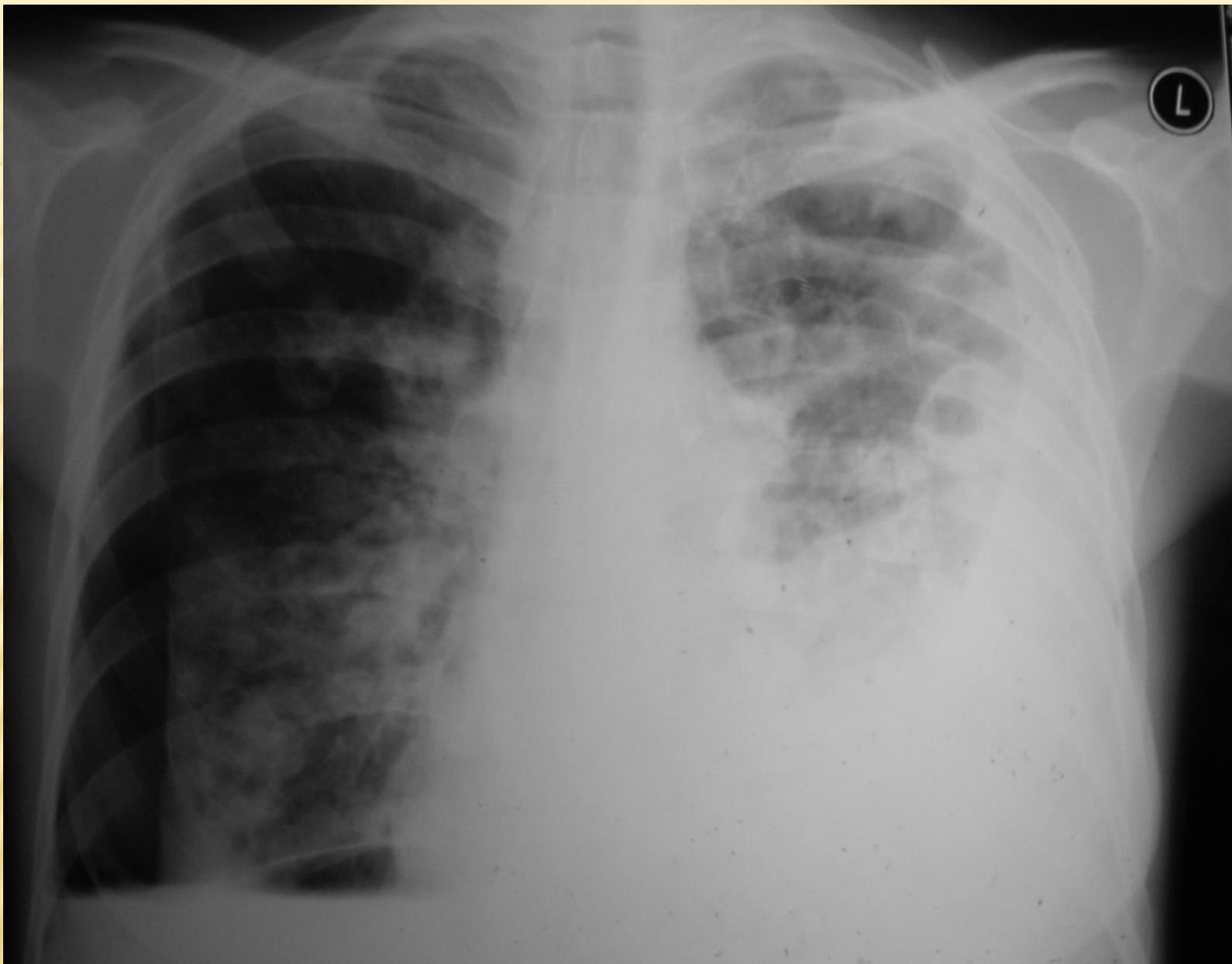
**Мокроту** сдать не смогла.

При поступлении из-за тяжести состояния рентгенография ОГК не выполнена. Заподозрена пневмония, в том числе атипичная (пневмоцистная). Начато лечение бисептолом, азитромицином, клиндамицином.

Состояние улучшилось, на 4-е сутки произведена контрольная рентгенография органов грудной клетки. Рентгенологически выявлен гидропневмоторакс справа, легкое поджато на 1/3, слева – жидкость до 3 ребра. По всем легочным полям определялись очаги диссеминации, фокусные тени и тонкостенные воздушные кисты

В плевральной жидкости: уд.вес – 1012, проба Ривальта положительная, содержание белка – 63,4 г/л, скопления эритроцитов, лейкоциты – до 2/3 поля зрения (80 % - нейтрофилы, 10 % - плазмоциты, 10 % - моноциты).

Рентгенологическая картина в легких с наличием тонкостенных воздушных кист и состав плевральной жидкости позволили остановиться на диагнозе сепсиса (возможно, стафилококкового) с развитием диссеминированной септической пневмонии, осложнившейся спонтанным пневмотораксом и плевритом



Рентгенограмма органов грудной клетки больной Р. Поле 14 дней антибактериального лечения в условиях ОКТБ

Больная переведена в реанимационное отделение ОКТБ

---

Несмотря на проводимые мероприятия состояние прогрессивно ухудшалось

На фоне нарастающих явлений интоксикации и полиорганной недостаточности наступила смерть

На вскрытии признаков активного туберкулезного процесса не выявлено.

**Основной патологоанатомический диагноз:** болезнь, обусловленная ВИЧ с проявлениями сепсиса: двусторонняя абсцедирующая плевропневмония с поражением всех долей легких, гиперплазия селезенки, серозно-фибринозный перикардит, межуточный гепатит. Отек легких.

# Выводы

---

- ✘ Диагностика сепсиса у ВИЧ-инфицированных лиц является сложной
- ✘ Отрицательный результат гемокультуры не исключает сепсис
- ✘ При невозможности исключить сопутствующее септическое состояние следует проводить тщательное дополнительное обследование пациентов