

Республиканская клиническая туберкулезная больница МЗ ДНР

**СЛОЖНОСТЬ ДИАГНОСТИКИ ГЕНЕРАЛИЗОВАННОГО
ТУБЕРКУЛЕЗА НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ У ВИЧ-
ИНФИЦИРОВАННЫХ ЛИЦ (КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ)**

Врач – фтизиатр ТО1 Завгородний А.Ф.

- ▶ У пациентов с тяжелым иммунодефицитом и уровнем CD4 менее 200 кл/мкл, течение туберкулеза характеризуется генерализацией, поражая не только легкие, но и внутригрудные лимфоузлы (ВГЛУ), плевру, перикард, менингеальные оболочки и другие внутренние органы
- ▶ Исследования, проведенные на базе РКТБ за период с 2011 по 2021 гг., показали, что среди стационарных больных ко-инфекцией туберкулез/ВИЧ удельный вес пациентов с уровнем CD4-лимфоцитов менее 200 кл/мкл составлял до 70,7 %, из которых у 60,5 % количество CD4 не превышало 50 кл/мкл
- ▶ По данным секционных исследований у больных, умерших от ко-инфекции туберкулез/ВИЧ, в 100 % туберкулезом поражались легкие, у 84,5 % - селезенка, у 71,1 % - печень, у 59,0 % - почки, у 35,1 % - ВГЛУ, у 26,8 % - плевра, у 18,6 % - менингеальные оболочки
- ▶ Частое вовлечение в процесс внутренних органов усложняет дифференциальную диагностику туберкулеза с другими заболеваниями, обуславливает первичное обращение пациентов к узким специалистам общей лечебной сети и затягивает своевременную верификацию диагноза
- ▶ В качестве демонстрации приводим следующее клиническое наблюдение

Больной П., 37 лет

Поступил: 15 мая 2023г

Жалобы: на одышку при физической нагрузке, боли в груди слева, общую слабость, кашель со слизистой мокротой, повышение Т-ры тела до 37,7, плохой аппетит, похудение на 5кг за 1 месяц.

Анамнез: Считает себя больным с марта 2023, когда появилась одышка. При обращении к врачу выявлен плеврит справа. Обследован в онкодиспансере г.Енакиево, заподозрен рак кишечника

Выполнена фиброколоноскопия с биопсией стенки слепой кишки.

Гистологически – хроническая язва с пролиферацией грануляционной ткани

С 07.04.23 по 09.04.23 проведен курс полихимиотерапии

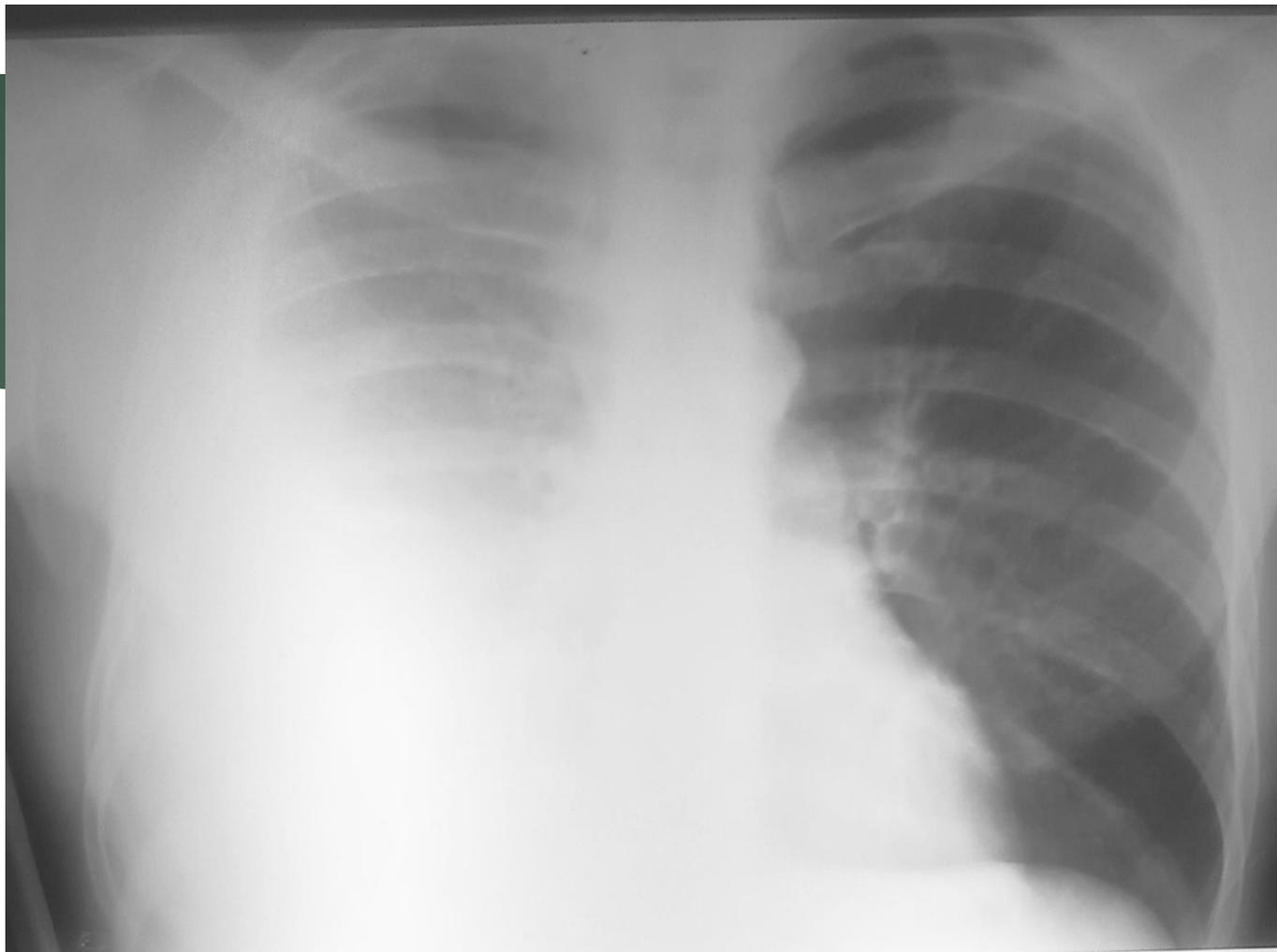
При дообследовании выявлена ВИЧ-инфекция. Направлен в РОЦ, консультирован онкологом, заподозрена лимфома

Направлен к инфекционисту, заподозрен туберкулез. Консультирован фтизиатром РКТБ, госпитализирован в ЛХО для дообследования и лечения.

- ▶ **Объективно:** Общее состояние удовлетворительное. Нормостеник. Пониженного питания. Кожные покровы чистые, обычной окраски. Периферические лимфоузлы не увеличены.
- ▶ **В легких:** Над легкими везикулярное дыхание, хрипов нет, справа ослабленное в нижних отделах. ЧДД – 22 в минуту.
- ▶ Деятельность сердца ритмичная. Тоны сердца ясные, АД 120/80мм рт.ст, ЧСС 86мин. Живот мягкий безболезненный во всех отделах. Печень, селезенка в подреберьях. Отрезки кишечника удовлетворительных свойств. Отеков нет. Физ. оправления в норме.

Данные обследования при поступлении в ЛХО:

- ▶ **Общий ан. крови:** от 16.05.23: Нв - 97 г/л, эр.- 3,77 Т/л , ЦП- 0,77, тромбоциты- 240Г/л, Лейк. - 15,2 Г/л, м-1, метам.-1, п -6%, с – 75%, э-0, л-9 %, м – 8%, СОЭ – 65 мм\час. АчЛ-1,37Г/л, анизоцитоз (+).
- ▶ **Биохимия крови:** от 16.05.23: мочевиная – 19,3 ммоль/л, креатинин – 121,8мкмоль/л, билирубин – 23,4 (7,4-16,0) мкмоль\л, АЛТ- 12,0, сахар- 2,4 ммоль/л., тимоловая проба-5,9.
- ▶ **Общий ан. мочи:**16.05.23: уд.вес- 1018, реакция-сл. кисл, белок- не обн., глюкоза, кетановые тела – не обнаруж, лейкоц. – 2-4 в п/зр., эпит.пл. 4-6. в п\зр
- ▶ **Исследование мокроты** методом бактериоскопии: КУБ не обнаружены.
- ▶ **ЭКГ:** Синусовая тахикардия. Вертикальное положение ЭОС. Позиция вертикальная.
- ▶ **Исследование плеврального экссудата:** эритроц.2-4 п/зр, лейкоц. 10-15 п/зр (нейтрофилы). АК не обнаруж. Обнаружены КУБ 1+



Ро ОГК от 04.05.23г. Правосторонний гемиторакс субтотально затенен за счет жидкости в плевральной полости. Слева и сердце – норма

- ▶ Выставлен предварительный диагноз: ВИЧ – инфекция стадия вторичных заболеваний 4Б(СД4-84кл/мкл – 04.23) Фаза прогрессирования без АРТ. ВДТБ(ВЛ) (05.23) правосторонний гидроторакс справа МБТ+(пунктат) М+ К в работе РЕЗо ГИСТо КАТ1.1 КОГ2(23) ГДН I.
- ▶ Начато лечение изониазид, рифампицин, пиразинамид, этамбутол.

- ▶ **На фоне проводимого** лечения состояние стабилизировалось: значительно уменьшились явления интоксикации, одышка, улучшился аппетит.
- ▶ **29.05.23** Состояние больного ухудшилось, появились жалобы на головную боль, периодическое онемение нижних конечностей
- ▶ Осмотрен неврологом: Энцефалопатия с умеренно выраженным левосторонней пирамидной недостаточностью легко выраженный менингизм. Рекомендована диагностическая люмбальная пункция.
- ▶ Ан. СМЖ №2 от 30.05.23г. белок 0,30г/л, р-я Панди отр, н-Аппельта – отр, цитоз -1 клетка/мл, лимф-100%, глюкоза-2,1ммоль/л, хлориды – 91,4.
- ▶ Бак. скопия СМЖ № 46 от 30.05.23г. – КУБ не обнаружены. Методом GeneXpert – ДНК МБТ не обнаружена

- ▶ С 31.05.23 стала нарастать отрицательная неврологическая симптоматика (дезориентация, неадекватное поведение).
- ▶ Осмотрен неврологом: Менингоэнцефалит (неясной этиологии) с рассеянной неврологической симптоматикой. Легко выраженным менингеальным симптомом, на фоне иммунодефицита.
- ▶ 01.06.23 переведен в ТО-1.

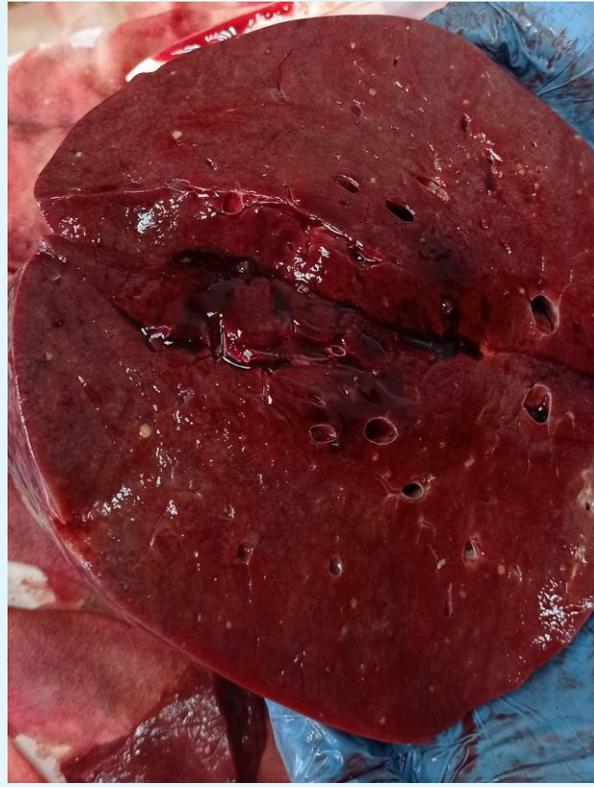
- ▶ При переводе жалобы на периодическую головную боль, одышку при ходьбе, общую слабость, слабость в нижних конечностях, плохой аппетит. Общее состояние средней тяжести
- ▶ В сознании. В контакт вступает. Инструкции выполняет. Дезориентирован в собственной личности (частично). Ориентирован в месте и собственной личности. Зрачки и глазные щели равны. Горизонтальный нистагм в крайних боковых отведениях. Слабость конвергенции, больше справа. Легкая асимметрия н\г складок. Язык по средней линии. Ригидность м-ц затылка +. С-м Кернига 2+ с обеих сторон. Функции тазовых органов контролирует
- ▶ Нормостенического телосложения. Пониженного питания. Т-ра - 36,7. Кожа чистая, бледная. Язык сухой, покрыт белесоватым налетом. Пальпируются шейные, надключичные и подмышечные л\у до 1,5см, плотно-эластические, подвижные, умеренно болезненные при пальпации. ЧДД – 19 в минуту. В легких везикулярное дыхание, справа в средне-нижних отделах резко ослабленное, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. АД – 105\70 мм рт.ст. Р – 98 в минуту. Живот несколько вздут за счет пневматизированных петель кишечника, безболезненный при пальпации. Печень у края реберной дуги, б\б. Селезенка не пальпируется.

Проводилось лечение: изониазид 0,3, рифампицин 0,6, пиразинамид 1,5, этионамид 1,2, манит в/в, физ.р-р 200,0 + магния сульфат в\в кап., фуросемид в/в, дексаметазон в\м, анальгин+ димедрол в\м, актовегин в/в, винпоцетин в\в кап. на физ.р-ре, вит С в\в кап. на глюкозе, флуконазол, прозерин в/м, баксет, очистительные клизмы.

- ▶ **07.06.23** Выполнено СКТ головного мозга. В головном мозге без дополнительных образований и очагов патологической плотности. Срединные структуры мозга не смещены. Желудочки мозга, цистерны, подбололочные пространства не изменены.
- ▶ Ан. СМЖ №2 от 07.06.23г. белок-0,56г/л, р.Панди – (+), Н-Аппельта – отр, цитоз – 95кл. (лимф.-6%, н. – 92%, м-2%). Эритроц. – до 1/4 (неизм).

► Не смотря на проводимое лечение состояние прогрессивно ухудшалось: нарастали симптомы интоксикации и отека мозга, и 14.06.23 в 02 ч 00 мин. пациент умер.

На аутопсии: Болезнь, обусловленная ВИЧ-инфекцией с проявлениями диссеминированного туберкулеза с поражением легких, селезенки, почек, печени, внутрибрюшных лимфоузлов, правосторонний туберкулезный плеврит, туберкулезный менингоэнцефалит.





Выводы

- ▶ 1. Сложность диагностики генерализованного туберкулеза на последних стадиях ВИЧ-инфекции обусловлена множественным специфическим поражением внутренних органов, имитирующим другие заболевания нетуберкулезной этиологии
- ▶ 2. При дифференциальной диагностике следует обязательно проводить обследование пациента на наличие ВИЧ-инфекции и определять уровень CD4 в крови
- ▶ 3. Повысить точность диагностики сможет консультация пациента и результатов гистологического исследования узкими специалистами, в том числе фтизиатрами
- ▶ Важное место в своевременной диагностике туберкулезного менингита занимает проведение люмбальной пункции с исследованием ликвора современными молекулярно-генетическими методами



Благодарю за внимание!