

**ФГБОУ ВО ДонГМУ Минздрава России
Кафедра фтизиатрии и пульмонологии**

**ТОКСОПЛАЗМОЗ ГОЛОВНОГО МОЗГА У БОЛЬНЫХ КО-
ИНФЕКЦИЕЙ ТУБЕРКУЛЕЗ/ВИЧ**



**Профессор кафедры фтизиатрии и пульмонологии
ФГБОУ ВО ДонГМУ им. М. Горького МЗ РФ
д.мед.н., проф. Корж Е.В.**

Донецк, 26 апреля 2024

- Формирование тяжелых иммунодефицитов у ВИЧ-инфицированных лиц сопровождается развитием множества оппортунистических инфекций, в том числе **туберкулеза**, и других ВИЧ-ассоциированных заболеваний, часто в сочетании друг с другом
- **Токсоплазмоз** головного мозга является одним из наиболее часто встречающихся оппортунистических заболеваний у ВИЧ-инфицированных лиц с глубокой иммуносупрессией (Т.Н. Ермак с соавт., 2013)
- В условиях противотуберкулезного стационара церебральный токсоплазмоз чаще всего приходится дифференцировать с туберкулезным менингитом, криптококковым менингитом, прогрессирующей мультифокальной лейкоэнцефалопатией, первичной лимфомой ЦНС
- **Верификация диагноза токсоплазмоза** представляет значительные трудности. Определение антител к *T. Gondii*, микобактериальной и других ДНК в ликворе методом ПЦР, МРТ головного мозга проводятся в платных лабораториях, поэтому не доступны для многих пациентов

- **Лечение** церебрального токсоплазмоза длительное, залогом успеха является своевременное присоединение антиретровирусной терапии (АРТ), хорошая переносимость препаратов, высокая приверженность к лечению
- Данные относительно **эффективности лечения** токсоплазмоза противоречивы. Это связано с отличиями по срокам диагностики, распространенности процесса, объемам лечения, наличием и выраженностью сочетаний оппортунистических инфекций (А.А. Бельтикова с соавт., 2015; А.А. Хрянин с соавт., 2015;)
- Ведение коморбидных больных является крайне сложным, стабилизация состояния достигается путем применения большого количества этиотропных препаратов и средств патогенетической терапии
- Перспективным направлением является профилактика токсоплазмоза у населения, инфицированного ВИЧ

- В наших отделениях у всех 20 больных ко-инфекцией туберкулез/ВИЧ, у которых также был верифицирован диагноз токсоплазмоза головного мозга, наблюдался низкий уровень CD4-лимфоцитов (менее 100 кл/мкл), у 80,0 % диагностирован генерализованный туберкулез с поражением легких и других внутренних органов, в 100 % случаев имело место кандидозное поражение ротоглотки
- Госпитальная летальность таких пациентов достигала 60,0 %, медиана продолжительности лечения составляла 37 к/дней. У 5 больных летальный исход наступил через 5-10 дней после поступления, что свидетельствовало о поздней диагностике
- На аутопсии у всех больных имелись признаки генерализованного туберкулеза с множественным поражением внутренних органов (легкие, печень, селезенка, почки). Однако **причиной смерти** был отек головного мозга с вклиниванием миндалин мозжечка в большое затылочное отверстие, что было вызвано церебральным токсоплазмозом

- Комплексный подход к ведению сложных коморбидных случаев позволяет добиться успеха даже при тяжелом течении патологии, что демонстрирует следующее наблюдение

Больная К., 39 лет, поступила в отделение в состоянии глубокого сопора, продуктивному контакту не доступна, жалобы и анамнез собраны со слов дочери

Последний год состоит на учете как ВИЧ-инфицированная, АРТ не принимает. Количество CD4 – 21 кл/мкл (3,42 %)

Заболела 2 месяца назад, когда появился сухой кашель, стала повышаться температура тела до 39 С. Выполнена рентгенография органов грудной клетки (ОГК), результат расценен как норма (снимок жесткий). В течение 8 дней принимала ципрофлоксацин, на этом фоне температура снизилась до малой субфебрильной, кашель сохранялся

Месяц назад стала отмечать снижение зрения, судороги в левой половине лица. За медицинской помощью не обращалась

За день до поступления сообщила дочери по телефону что чувствует себя очень плохо (резкая слабость, нарушение походки). Родственниками доставлена к поликлинику по месту жительства, где выполнена повторная рентгенография и выявлена диссеминация в легких. После консультации инфекциониста Республиканского центра СПИДа госпитализирована в РКТБ

При поступлении состояние крайне тяжелое, глубокий сон. Пониженного питания. Кожа бледная, пальпируются мелкие шейные и подмышечные лимфоузлы. Птоз с обеих сторон. Зрачки S>D, на свет не реагируют. Асимметрия носогубных складок. Ригидность мышц затылка, отрицательный симптом Кернига с обеих сторон. Над легкими – жесткое дыхание, ЧД – 17/мин. Границы сердца не изменены, тоны глухие, ритм правильный. АД – 100/60 мм рт.ст., пульс – 60 в минуту. Живот вздут за счет пневматизированных петель кишечника, на пальпацию не реагирует. Печень у края реберной дуги. Селезенка не увеличена. Мочевой пузырь за лобком. Мочеиспускание непроизвольное

В крови: Нв – 123,0 г/л, эр. – 4,1 Т/л, ц.п. – 0,90 , лейкоц. – 3,6 Г/л, п – 2 %, с – 87 %, э – 0 % лимф. – 7 %, м – 5 %, СОЭ – 39 мм/час, абсолютное число лимфоцитов – 250 кл/мкл.

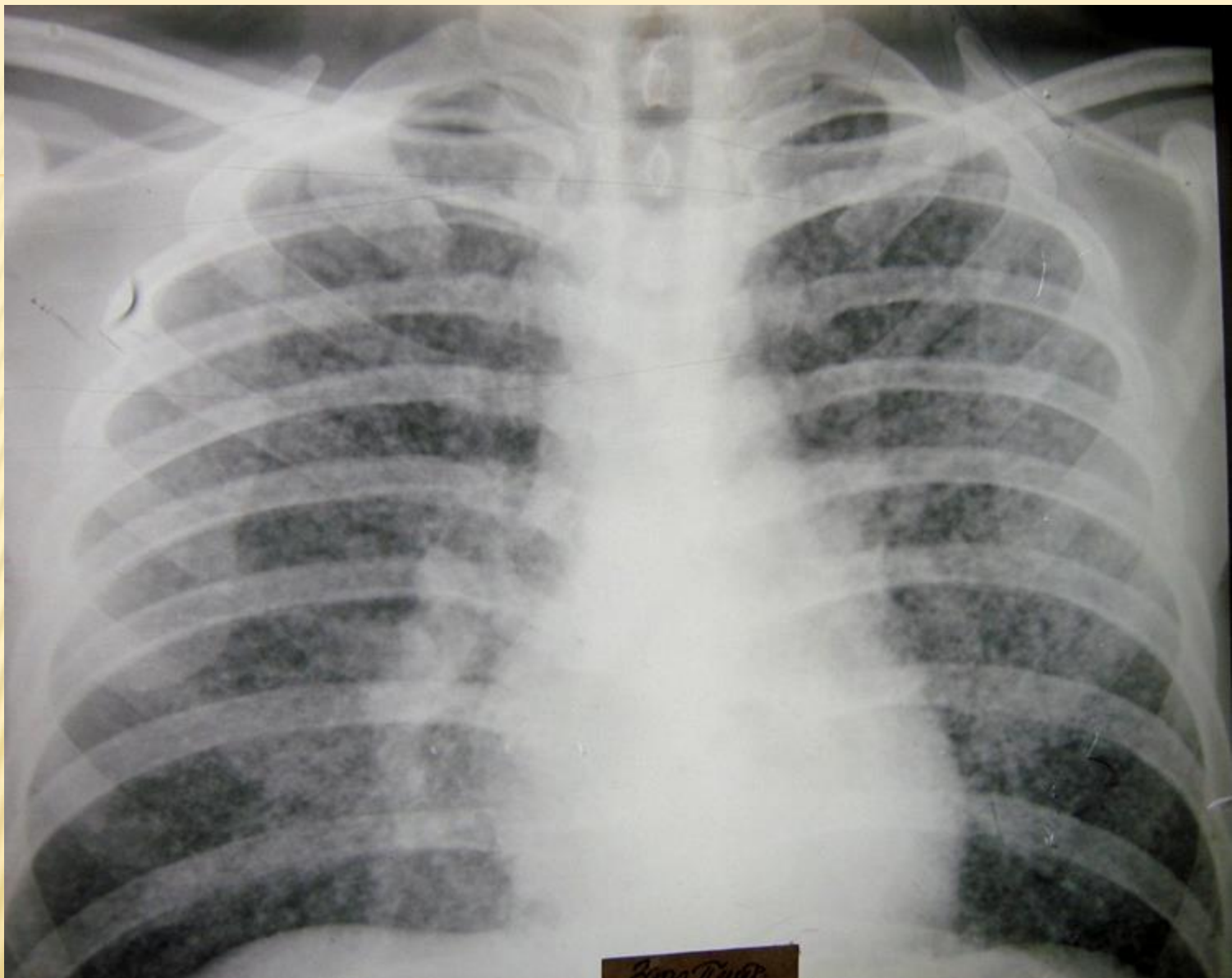
Биохимические показатели (общий белок, мочевины, креатинин, билирубин, глюкоза, активность трансаминаз) в пределах нормы

В моче: удельный вес 1007, реакция кислая, содержание белка – 0,11 г/л, лейкоц. – 8-12 в п/зр, эр. 1-2 в п/зр

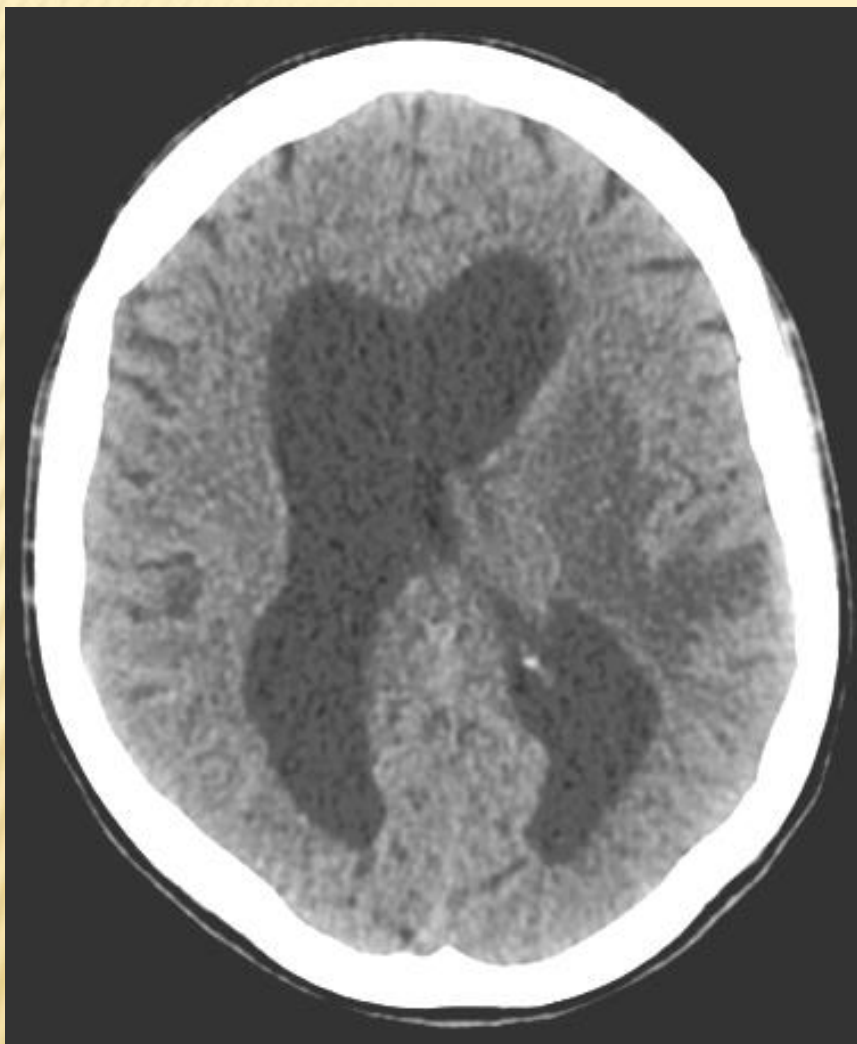
В мокроте методом микроскопии КУБ не обнаружены, в дальнейшем роста туберкулезных микобактерий на питательных средах не получено

Из-за тяжести состояния и клинических признаков отека мозга люмбальную пункцию не выполняли

На рентгенограмме в легких определялась тотальная мелкоочаговая диссеминация, увеличение внутригрудных лимфатических узлов



Рентгенограмма больной К. на момент поступления в отделение.
Диффузная мелкоочаговая диссеминация по всем легочным полям,
расширение тени корней за счет увеличенных лимфоузлов



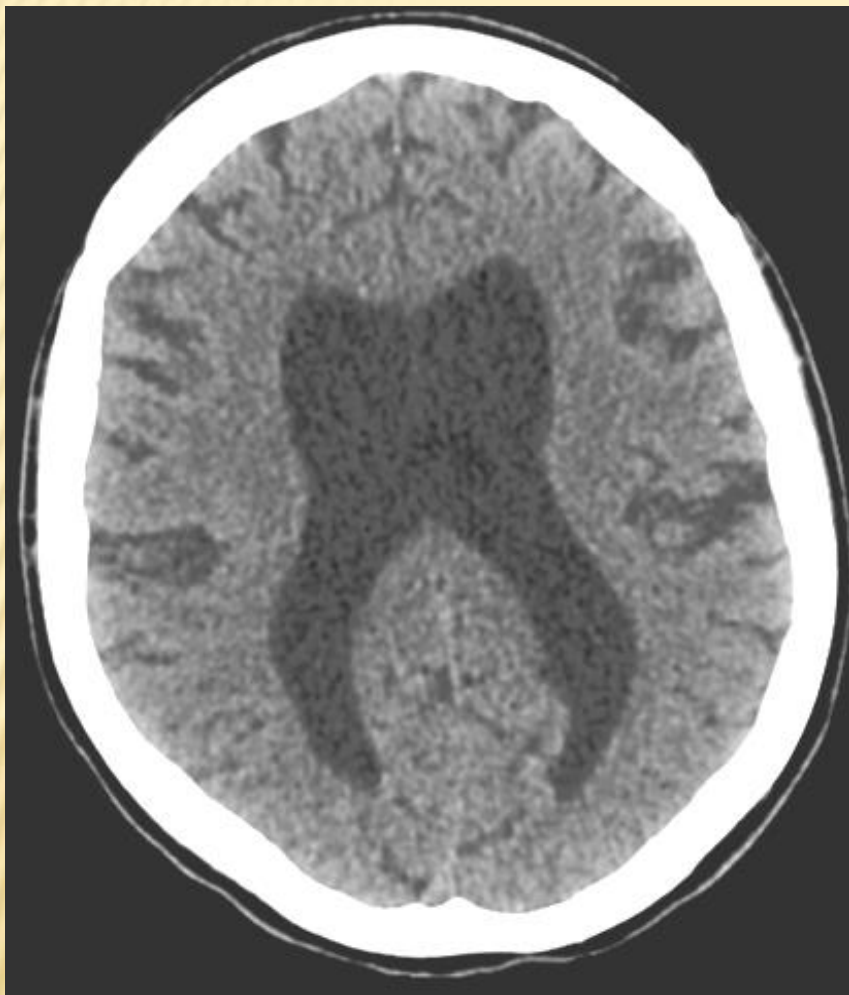
- Для уточнения диагноза сразу после поступления выполнена спиральная компьютерная томография головного мозга
- На томограмме слева в области таламуса определялась обширная зона гетерогенной плотности 52x61x55 мм с компрессией левого бокового желудочка, смещением срединных структур вправо и расширением желудочков мозга

С учетом позитивного ВИЧ-статуса, иммуносупрессии, анамнеза и клинической картины диагностирован генерализованный туберкулез, токсоплазмоз головного мозга с правосторонним гемипарезом, нарушением функции тазовых органов

Больной начата противотуберкулезная химиотерапия 4-мя препаратами 1 ряда (изониазид, рифампицин, этамбутол, пиразинамид). Одновременно проводили лечение токсоплазмоза (бисептол, азитромицин) на фоне противоотечной (маннит, сорбилакт, фуросемид, дексаметазон) и симптоматической терапии

На 4-е сутки больная пришла в сознание, стала отвечать на простые вопросы. Лечение продолжено, наблюдалось дальнейшее восстановление сознания, расширение двигательной активности

По жизненным показаниям через 18 дней от начала лечения присоединена АРТ (тенофовир, эмтрицитабин, эфавиренз). Начало лечения перенесла хорошо, развития синдрома восстановления иммунной системы не зафиксировано



- Через 50 дней лечения токсоплазмоза выполнена повторная СКТ головного мозга. На контрольной томограмме определялось полное рассасывание зоны патологической плотности в области таламуса слева, сохранялось симметричное расширение желудочков головного мозга
- Параллельно отмечалось значительное улучшение неврологического статуса

Лечение туберкулеза в интенсивной фазе и токсоплазмоза продолжали в течение 180 дней. На серии контрольных рентгенограмм в легких отмечалось частичное рассасывание очагов диссеминации, уменьшение размеров внутригрудных лимфатических узлов

К концу стационарного этапа лечения полностью восстановилось сознание, двигательная активность, контроль над функцией тазовых органов. Сохранялись резидуальные явления в виде неустойчивости в позе Ромберга, правостороннего гемипареза, птоза слева, анизокории, вялой фотореакции

Больная была выписана из стационара с рекомендацией продлить лечение туберкулеза и токсоплазмоза в амбулаторных условиях по месту жительства, продолжать прием АРТ

ВЫВОДЫ

- Лечение токсоплазмоза у больных ко-инфекцией туберкулез/ВИЧ является крайне сложной задачей. залогом успеха является своевременная диагностика, активное ведение больного с применением этиологических и патогенетических средств, ранее присоединение антиретровирусной терапии
- Для уменьшения количества запущенных случаев ВИЧ/СПИД-ассоциированной патологии следует более активно проводить скрининговые исследования населения на наличие антител к ВИЧ, полноценно обследовать выявленных лиц, в том числе с применением иммунологической и лучевой диагностики, своевременно начинать АРТ до развития глубокой иммуносупрессии

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Т.Н. Ермак, А.Б. Перегудова, В.И. Шахгильдян, Д.Б. Гончаров. Церебральный токсоплазмоз в структуре вторичных поражений ЦНС у больных ВИЧ-инфекцией в Российской Федерации. Клинико-диагностические особенности. Медицинская паразитология и паразитарные болезни. 2013. 1: 7-12.
2. А.А. Хрянин, О.В. Решетников, И.Н. Кувшинова. Токсоплазмоз: этиология, диагностика и лечение. Антибиотики и химиотерапия. 2015; 60: 5-6
3. Бельтикова А.А., Кашуба Э.А., Крючков М.Я. и др. Токсоплазмоз головного мозга у ВИЧ-позитивных пациентов, тактика терапии и исходы. Материалы Всероссийской научно-практической конференции с международным участием «Природно-очаговые и другие актуальные инфекции Сибири и Дальнего Востока». 16–17 сентября 2015. Иркутск. Журнал инфектологии. 2015; 7 (3):18-19.

A large, leafy tree stands in the foreground on the left side of the frame. The sun is positioned behind the tree's canopy, creating a strong, warm glow and a lens flare effect that radiates across the right side of the image. The background shows a lush garden with various green plants and a house with a corrugated metal roof partially visible through the trees. The overall atmosphere is bright and warm, suggesting a late afternoon or early morning setting.

Благодарю за внимание!