



# **ВИЧ плюс туберкулез: клинический разбор**

**БУЗ УР «УРЦ СПИД и ИЗ»  
Лещева Галина Геннадьевна**

**17.11.2011**

# КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ



**Мужчина 23 лет, № 2350**

# СОЦИАЛЬНО- ДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ ДАННЫЕ

1. Пациент В., 23 лет.
2. ВИЧ-инфекция выявлена в 2005 году
3. Путь заражения - гетеросексуальный,  
время -2004 год
4. Работает продавцом автомобильных  
запчастей.



# **ПАЦИЕНТ ВПЕРВЫЕ ОБРАТИЛСЯ В КОНСУЛЬТАТИВНУЮ ПОЛИКЛИНИКУ 21.10.2009г**

На период обращения: лихорадка неправильного типа до 3 месяцев, похудел за 2 месяца на 10 кг, 2 эпизода стационарного лечения в МУЗ МСЧ №3 г. Ижевска (07.09-21.09.09 «Внебольничная абсцедирующая левосторонняя верхнедолевая пневмония средней степени тяжести», выписан с улучшением, повторная госпитализация 8.10.09-15.10.09).



# ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ ДАННЫЕ:

Контакт с больными туберкулезом в анамнезе  
отрицает

Пребывание в МЛС 2005 – 2008 гг.



# ДАННЫЕ ПЕРВИЧНОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ ОТ 21.10.09:

РНК ВИЧ ПЦР 2 000 000 коп/мл

СД4 3% - 84 кл/мкл

В анализе крови:

гемоглобин 110 г/л,

лейкоциты 6400 кл/мл,

СОЭ 46 мм/ч,

Э1п10с60л23м6,

АЛТ 20 МЕ/мл,

АСТ 20 МЕ/мл



# АНАМНЕЗ ПЕРЕНЕСЁННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

**1. *Заболевания, выявленные или перенесённые до выявления ВИЧ:***

- Аппендэктомия в детстве
- Острый вирусный гепатит А в детстве

**2. Вторичные заболевания на фоне ВИЧ-инфекции:**

- Внебольничная левосторонняя верхнедолевая пневмония (...)

**3. 26.10.09 ЦВКК РКТБ больному выставлен диагноз «Инфильтративный туберкулез верхней доли левого легкого в фазе распада 1 А БК(-) Д1».**



# С 26.10.09 БОЛЬНОЙ НА СТАЦИОНАРНОМ ЛЕЧЕНИИ В РКТБ.

Получает: изониазид, пиразинамид, рифампицин, фтизиоэтам.

Врачом РЦ СПИД в условиях РКТБ повторно осмотрен 23.11.09, предложена пожизненная АРТ на фоне продолжения противотуберкулезной терапии в условиях РКТБ.





# КЛИНИЧЕСКИЙ ДИАГНОЗ ПОСЛЕ ПОЛНОГО ПЕРВИЧНОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ:

ВИЧ – инфекция, стадия 4Б, прогрессирование без АРТ.

Инfiltrативный туберкулез верхней доли левого легкого в фазе распада. 1А БК(-) Д1. Себорейный дерматит лица, волосистой части головы.

Предложена схема АРТ 1 линии: стокрин 0,6/сут, комбивир 1 табл. 2 раза в сут.



# ПРИ НАЗНАЧЕНИИ СХЕМЫ АРТ 1 ЛИНИИ УЧИТЫВАЛОСЬ:

- Наличие оппортунистического заболевания:  
туберкулез легких
- Необходимость продолжения противотуберкулезной  
терапии в полном объеме (рифампицин) при весе  
пациента 57 кг
- СД4 менее 100 кл/мкл
- РНК ВИЧ ПЦР более 1 млн коп/мл



# На фоне лечения:

Через 3 недели от начала противовирусной терапии у больного зарегистрировано девиантное поведение: сначала больной стал проявлять беспокойство, регистрировались эпизоды ухода из отделения, кратковременные периоды агрессивного поведения, эпизоды мочеиспускания в раковину.



# НА ФОНЕ ЛЕЧЕНИЯ (ПРОДОЛЖЕНИЕ):

Через неделю после изменения поведения у больного появились объективные признаки развития менингоэнцефалита: выраженные головные боли, рвота, не приносящая облегчение, светобоязнь, больной перестал фиксировать взгляд, вставать с постели, произвольное мочеиспускание.

Ригидность мышц затылка, положительные симптомы натяжения

**4 неделя АРТ**



# На фоне лечения (продолжение):

**8 неделя АРТ, 5 неделя ухудшения состояния:**

состояние больного остается тяжелым, появилось двоение в глазах, стали регистрироваться судороги в руках, ногах до 3 раз в день, тотальные судороги до 1 р/сут.



# На фоне лечения (продолжение):

**10 неделя АРТ, 7 неделя с момента ухудшения состояния:**

С постели не встает, в сознании, на вопросы отвечает крайне замедленно, но адекватно, появилось чувство онемения левой половины туловища (рука, нога), резко ограничен объем произвольных движений в левой половине туловища. Стал контролировать мочеиспускание, стал вставать с постели.



# ДАННЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ ЛИКВОРА ОТ 30.12.09г.:

Бесцветный,  
прозрачный,  
вытекает под давлением,  
белок 3,2 г/л,  
сахар 1,2 ммоль/л,  
цитоз 320 кл/мкл,  
нейтрофилы 87%,  
лимфоциты 13 %



# ВОПРОС ДЛЯ ОБСУЖДЕНИЯ:

- Чем было вызвано ухудшение состояния больного?
- Возможно ли было предотвратить ухудшение?





Ухудшение состояния больного было расценено как проявление СВИ в виде прогрессирования туберкулезного процесса и развития менингоэнцефалита туберкулезной этиологии с глазодвигательными нарушениями, умеренным подкорковым и вестибуломоэжечковым синдромом.



# ЛЕЧЕНИЕ:

**изониазид,  
пиразинамид,  
рифампицин,  
фтизиоэтам.**

**Комбивир,  
стокрин**

**Противоотечная терапия:  
дексаметазон до 12 мг/сут,  
сернокислая магнезия,  
бисептол в проф. дозах,  
финлепсин**



# ОКОНЧАТЕЛЬНЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ДИАГНОЗ:

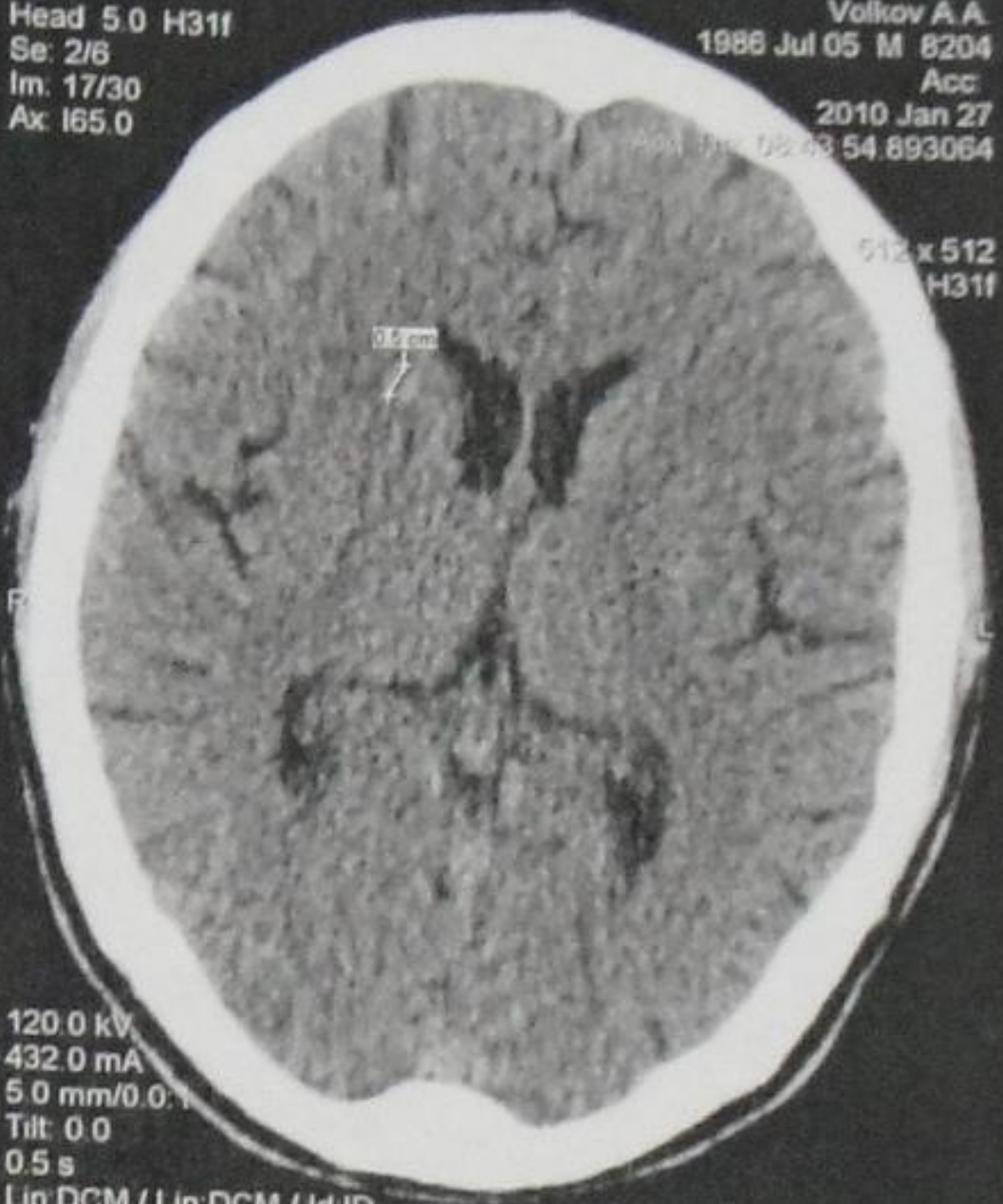
ВИЧ – инфекция, стадия 4В (СПИД),  
прогрессирование. АРТ с 29.11.09 (комбивир,  
стокрин). Инфильтративный туберкулез верхней  
доли левого легкого в фазе распада 1А БК(-). СВИ в  
виде подострого менингоэнцефалита туберкулезной  
этиологии с глазодвигательными нарушениями,  
умеренным подкорковым и вестибуломозжечковым  
синдромом.



Sensation 40  
Ex: 1  
Head 5.0 H31f  
Se: 2/6  
Im: 17/30  
Ax: 165.0

A

RCDC, Izhevsk  
Volkov A.A.  
1988 Jul 05 M 8204  
Acc:  
2010 Jan 27  
App: 171 02 43 54 893064



512 x 512  
H31f

120.0 kV  
432.0 mA  
5.0 mm/0.0 s  
Tilt: 0.0  
0.5 s  
Lin: DCM / Lin: DCM / Id: ID  
W: 80 L: 40

P

DFOV: 15.6 x 20.5 cm



Дата исследования: 27.01.2010  
Область исследования: Голова  
Контраст: Без контраста

Номер: 8204  
ЭЭД: 1,20 мЗВ.

## РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

На серии томограмм получены изображения суб- и супратенториальных структур головного мозга.

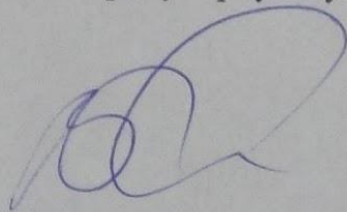
Кости свода черепа правильной формы. Внутренняя пластинка ровная. В белом веществе правого полушария головного мозга определяются два гиперденсных очага округлой формы с нечеткими контурами, диаметром 7 мм без признаков перифокального отека по типу гранулем. В области серпа мозга визуализируется единичный кальцинат размерами 5 x 4 мм. Боковые желудочки обычных размеров и формы, симметричные. Срединные структуры не смещены. III-й и IV-й желудочки расположены по средней линии, не расширены. Субарахноидальные конвекситальные пространства и Сильвиевы щели умеренно расширены. Базальные цистерны правильной формы. Серое и белое вещество головного мозга хорошо дифференцируется. Плотность серого вещества и базальных ядер - 35 НУ. Плотность белого вещества - 27 НУ. Ствол мозга, мост, мозжечок без особенностей. Турецкое седло овальной формы размерами 10 x 8 мм. Область орбит без особенностей.

Придаточные пазухи носа воздушные.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ:

КТ картина может соответствовать нейротуберкулезу.

Зав. отделением, к.м.н.



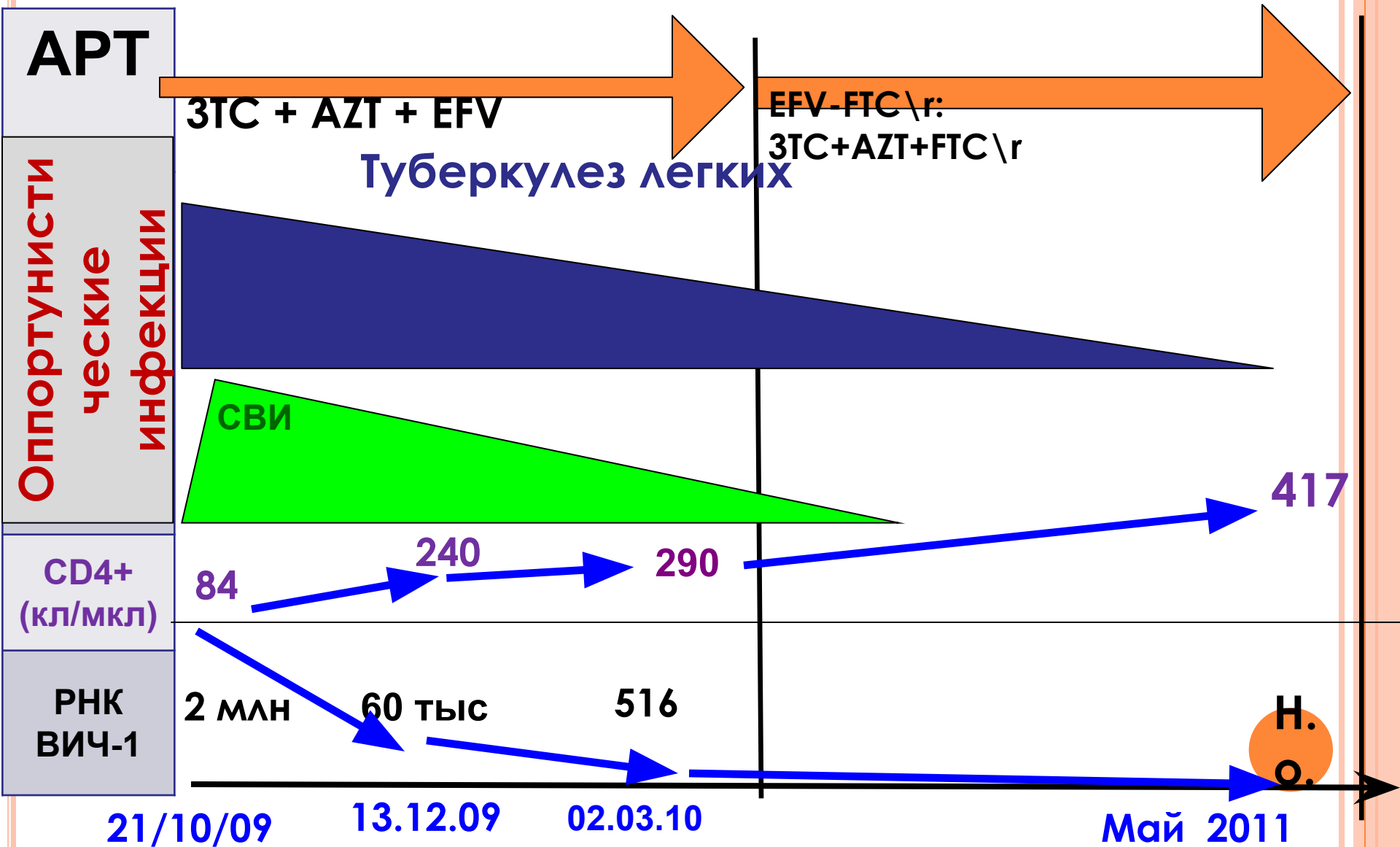
В.В. Ремняков

## **ТАКИМ ОБРАЗОМ, У БОЛЬНОГО НА ФОНЕ ВИЧ – ИНФЕКЦИИ ЗАРЕГИСТРИРОВАНО НЕТИПИЧНОЕ ТЕЧЕНИЕ МЕНИНГОЭНЦЕФАЛИТА ТУБЕРКУЛЕЗНОЙ ЭТИОЛОГИИ:**

- Малосимптомное острое начало заболевания
- Наличие относительно длительного периода девиантного поведения
- Запоздывание и медленное развитие неврологической симптоматики
- Нетипичный клинико – биохимический показатель ликвородиагностики (умеренный нейтрофильный плеоцитоз, невысокий рост содержания белка, невыраженное снижение уровня глюкозы)



# Хронология АРТ и нежелательных явлений



# ОБОСНОВАНИЕ НАЗНАЧЕНИЯ СХЕМЫ АРТ 2 РЯДА:

- Зарегистрированная гепатотоксичность 2 -3 степени
- Отсутствие у больного в анамнезе хронического вирусного гепатита
- Отмена в схеме противотуберкулезной терапии рифампицина
- В связи с этим проведена замена стокрина на фосампренавир/ритонавир





# РЕЗЮМЕ ПО КЛИНИЧЕСКОМУ ПРИМЕРУ:

- В ситуации начала АРТ на фоне противотуберкулезной терапии у больных с выраженным иммунодефицитом необходимо учитывать высокую вероятность развития СВИ со значительным ухудшением состояния больного.
- Вместе с тем, прекращение АРТ в данной ситуации не приведет к улучшению: возможно только продолжение АРТ на фоне противотуберкулезного лечения и терапии СВИ





**Спасибо за внимание!**

