



Случай острой интерстициальной пневмонии, ассоциированной с ВИЧ-инфекцией

Н.Г. Мирцхулава

В статье описан клинический случай острой интерстициальной пневмонии, ассоциированной с ВИЧ-инфекцией.

Ключевые слова: неинфекционные ВИЧ-ассоциированные болезни легких, интерстициальная пневмония, компьютерная томография.

Введение

Неинфекционные ВИЧ-ассоциированные заболевания легких разделяются на хронические и острые [1, 2]. Хронические ВИЧ-ассоциированные заболевания легких: саркома Капоши, рак легких, лимфома и лимфоматозные заболевания – в настоящее время встречаются чаще, чем ранее, что обусловлено увеличением выживаемости пациентов с ВИЧ-инфекцией в связи с широким применением высокоактивной антиретровирусной терапии (ВААРТ) [2, 3].

Следует отметить, что риск возникновения хронической обструктивной болезни легких у ВИЧ-инфицированных курильщиков примерно в 3–4 раза выше, чем у неинфицированных [2]. Однако острые неинфекционные заболевания легких, ассоциированные с ВИЧ-инфекцией (неспецифическая интерстициальная пневмония, лимфоидный интерстициальный пневмонит, организирующаяся пневмония), наоборот, более часто встречались до начала широкого применения ВААРТ [1–3].

Острые неинфекционные поражения легких на фоне ВИЧ-инфекции ошибочно принимают за оппортунистическую инфекцию [2]. Для постановки диагноза обычно требуется выявление комбинации клинических, рентгенологических признаков, проведение легочных функциональных тестов, а также биопсии легочной ткани [2, 4, 5]. Биопсия легких сопровождается определенными техническими сложностями, и иногда тяжесть состояния пациента не позволяет провести такое вмешательство [6, 7].

Нона Георгиевна Мирцхулава – врач-пульмонолог, зав. пульмонологическим отделением краевой клинической больницы № 2, Краснодар.

Клинический случай

Представляем собственное клиническое наблюдение острой интерстициальной пневмонии у ВИЧ-инфицированной пациентки, у которой ВИЧ был обнаружен в 2010 г., однако специфическая терапия не проводилась.

Пациентка С., 44 лет, 13 августа 2014 г. обратилась в приемный покой стационара с жалобами на одышку в покое, значительно усиливающуюся при минимальной физической нагрузке, дискомфорт в грудной клетке в виде давящей тупой боли. Наличие вредных привычек, воздействие профессиональных факторов отрицала, аллергологический и наследственный анамнез не отягощен, ранее не страдала хроническими заболеваниями дыхательной системы, никогда не принимала контрацептивные препараты.

Считала себя больной с конца июля 2014 г., когда после длительной инсоляции на побережье моря повысилась температура тела до фебрильных цифр, появилась одышка при повышенной физической нагрузке. Самостоятельно лечила солнечный ожог местно (лосьоны, кремы), температура тела нормализовалась в течение 2 сут, однако появился дискомфорт в грудной клетке и сохранялась одышка при умеренной физической нагрузке. В связи с нарастанием одышки пациентка обращалась к терапевту, отоларингологу, эндокринологу по месту жительства, была выполнена рентгенография органов грудной клетки (31.07.2014 г.), по данным которой патологии легких не выявлено, лорорганы без патологии, эндокринные заболевания исключены. Учитывая нарастание одышки и давящей боли в грудной клетке, участковый терапевт назначил амоксицилав в дозировке 1000 мг 2 раза в день и бромгексин внутрь. В течение 10 дней пациент-

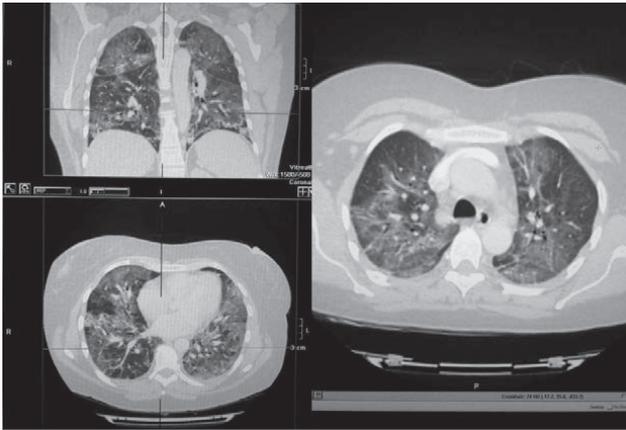


Рис. 1. КТ ОГК пациентки С. от 13.08.2014 г. (до проведения терапии).



Рис. 2. КТ ОГК той же пациентки от 22.08.2014 г. (после проведения терапии).

ка принимала указанные препараты, однако состояние не улучшилось, в связи с чем самостоятельно обратилась в стационар.

При первичном осмотре в стационаре о ВИЧ-инфекции, обнаруженной в 2010 г., пациентка не сообщила, однако на обследование для выявления ВИЧ-инфекции дала согласие.

При поступлении объективно: умеренного питания, периферические лимфатические узлы не пальпируются, кожа и слизистые чистые, несколько цианотичные, грудная клетка нормостеническая, периферических отеков нет. В легких дыхание везикулярное с жестким оттенком, от угла лопатки до нижних краев легких с двух сторон выслушивается крепитация. Частота дыхательных движений 30 в 1 мин. Степень насыщения гемоглобина артериальной крови кислородом (сатурация), измеренная методом пульсоксиметрии (SpO_2), составила 86%, на фоне низкопоточной кислородотерапии – 93%. Сердечные тоны ритмичные, границы относительной сердечной тупости в пределах нормы, частота сердечных сокращений 105–110 в 1 мин,

артериальное давление 105/75 мм рт. ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный, печень у края правой реберной дуги. Физиологические отправления в норме.

Пациентке экстренно проведена компьютерная томография (КТ) органов грудной клетки (ОГК) с контрастированием легочных артерий, по данным которой тромбоэмболия легочной артерии исключена, выявлено интерстициальное поражение всех полей обоих легких, внутригрудная лимфаденопатия (рис. 1).

Показатели общего анализа крови (ОАК) в пределах нормы, лейкоцитарная формула: нейтрофилы 74,7% (норма 45–72%), лимфоциты 16,5% (норма 19–40%), моноциты 8,8% (норма 2–11%), базофилы и эозинофилы 0%. Показатели газового состава крови в пределах нормы. Биохимические показатели крови: С-реактивный белок 61 мг/л (норма 0–5 мг/л), уровни креатинина, трансаминаз, глюкозы крови, общего белка – в пределах нормы.

Проведены эхокардиография, ультразвуковое исследование органов мочеполовой системы и желудочно-кишечного тракта, ультразвуковое исследование периферических лимфатических узлов: без особенностей. Из-за тяжести состояния больной не проводилась фибробронхоскопия с исследованием жидкости бронхоальвеолярного лаважа, легочные функциональные тесты. Осмотрена отоларингологом, офтальмологом, фтизиатром: патологии не выявлено.

Учитывая картину начала заболевания, жалобы, данные объективного и инструментально-лабораторных обследований и сложности дальнейшего дообследования (фибробронхоскопия, спирометрия с определением диффузии газов и функциональной остаточной емкости легких), пациентке был установлен клинический диагноз “острая интерстициальная пневмония” и назначена терапия глюкокортикостероидами (метилпреднизолон 500 мг внутривенно в 1-е сутки с последующим снижением дозировки на 2-е сутки до 250 мг внутривенно и на 3-и сутки – до 125 мг), проводилась кислородотерапия, антикоагулянтная терапия (клексан 40 мг/сут). На 2-е сутки терапии состояние пациентки стабилизировалось, SpO_2 на фоне кислородотерапии повысилась до 95%. На 3-и сутки была отменена кислородотерапия, SpO_2 на воздухе 95–96%. На 2-е сутки был получен предварительный положительный результат анализа на наличие ВИЧ-инфекции у больной, в связи с чем к терапии подключили сумамед 500 мг внутривенно капельно (провели терапию в течение 5 дней). На 4-е сутки была продолжена терапия метипредом в таблетированной форме (в эквивален-



те 40 мг/сут преднизолона). На 4-е сутки пациентка смогла пройти тест с 6-минутной ходьбой (ТШХ) – 280 м (SpO_2 94%), спирометрия – без нарушения биомеханики дыхания, на 6-е сутки аускультативно в легких хрипы не выслушивались, SpO_2 98%. В динамике при проведении КТ (22.08.2014 г.) патологии ОГК не выявлено (рис. 2).

Результат ТШХ – 450 м (SpO_2 96%). Показатели ОАК в пределах нормы, лейкоцитарная формула: нейтрофилы 64%, лимфоциты 24,3%, моноциты 8,7%, эозинофилы 2,2%, базофилы 0,1%.

Терапия была закончена 23.08.2014 г. Окончательные результаты лабораторных исследований по ВИЧ-инфекции были получены 24.08.2014 г., и инфекционистами СПИД-центра установлен диагноз: ВИЧ-инфекция, 4А стадия. Пациентка выписана из стационара и направлена в СПИД-центр для наблюдения и проведения специфической терапии.

Обсуждение

Представленный клинический случай интересен тем, что пролонгирование диагностического поиска, вероятно, привело бы к подключению аппаратного дыхания у пациентки, а следовательно, к высокой вероятности присоединения вторичной инфекции, что является жизнеугрожающим фактором для таких больных. У нашей пациентки мы предполагали наличие неспецифической или лимфоидной интерстициальной пневмонии, которые при биопсии легких морфологически ха-

рактеризуются лимфоцитарной и плазмоцитарной инфильтрацией и неспецифическим отеком альвеолярных перегородок [2]. При таком интерстициальном поражении легких своевременная терапия глюкокортикостероидами в адекватных дозах чаще всего предотвращает фиброзирование легочной ткани и, как следствие, развитие хронической дыхательной недостаточности. А самое главное, данный случай демонстрирует, что у ВИЧ-инфицированных пациентов интерстициальное поражение легких не всегда обусловлено инфекцией, нельзя забывать о вероятности неинфекционного ВИЧ-ассоциированного альвеолита. Чаще всего эти формы заболеваний возникают у пациентов, не приверженных к ВААРТ, что необходимо учитывать при дифференциальной диагностике неинфекционных и инфекционных ВИЧ-ассоциированных поражений легких.

Список литературы

1. Lipman M., Breen R. // *Curr. Opin. Infect. Dis.* 2006. V. 19. № 1. P. 20.
2. Мэскел Н., Миллар Э. Руководство по респираторной медицине / Пер. с англ. под ред. С.Н. Авдеева. М., 2013. С. 284–289.
3. Ognibene F.P. et al. // *Ann. Intern. Med.* 1988. V. 109. № 11. P. 874.
4. Vourlekis J.S. et al. // *Medicine (Baltimore)*. 2000. V. 79. № 6. P. 369.
5. Новая классификация идиопатических интерстициальных пневмоний: совместный документ Американского торакального и Европейского респираторного обществ // *Пульмонология*. 2013. № 5. С. 15–16.
6. Мэскел Н., Миллар Э. Руководство по респираторной медицине / Пер. с англ. под ред. С.Н. Авдеева. М., 2013. С. 180–181.
7. Bouros D. et al. // *Eur. Respir. J.* 2000. V. 15. № 2. P. 412.

Статья опубликована при финансовой поддержке ООО «Новартис Фарма» (Россия) в соответствии с внутренними политиками общества и действующим законодательством Российской Федерации. ООО «Новартис Фарма», его работники либо представители не принимали участия в написании настоящей статьи, не несут ответственности за содержание статьи, а также не несут ответственности за любые возможные относящиеся к данной статье договоренности либо финансовые соглашения с любыми третьими лицами. Мнение ООО «Новартис Фарма» может отличаться от мнения автора статьи и редакции.