

СЛУЧАЙ СОЧЕТАНИЯ ПНЕВМОЦИСТНОЙ ПНЕВМОНИИ С ДИСSEМИНИРОВАННЫМ ТУБЕРКУЛЁЗОМ ЛЁГКИХ У БОЛЬНОГО ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ

Э.Р. Самитова, А.К. Токмалаев

Кафедра инфекционных болезней с курсом эпидемиологии
Российский университет дружбы народов
Ул. Михлухо-Маклая, 8, 117198 Москва, Россия

Т.Н. Ермак

Федеральный научно-методический центр
по профилактике и борьбе со СПИДом МЗ СР РФ
8-я ул. Соколиной горы, 15, корп. 2, 105275 Москва, Россия

Б.М. Груздев

Московский городской ЦПБ СПИД, ИКБ №2
8-я ул. Соколиной горы, 15, 105275 Москва, Россия

Описан случай сочетания пневмоцистной пневмонии с диссеминованным туберкулёзом лёгких у ВИЧ-инфицированного больного в стадии СПИДа.

Возросшее значение оппортунистических заболеваний связано с синдромом приобретённого иммунодефицита. Распространение ВИЧ-инфекции сыграло значительную роль в возникновении вторичной эпидемии туберкулёза даже в тех странах, где в течение последних десятилетий отмечалось существенное снижение заболеваемости. В настоящее время туберкулёз остаётся важной проблемой, особенно в России, где на долю туберкулёза приходится самый большой процент заболеваемости среди вторичных заболеваний у ВИЧ-инфицированных людей. До «эры СПИДа» пневмоцистная пневмония была редким заболеванием и встречалась в основном среди младенцев (недоношенных новорожденных) и больных, получавших иммуносупрессивную терапию. Частота случаев пневмоцистной пневмонии резко увеличилась, начиная с 1981 г. Это заболевание наряду с саркомой Капоши лежало в основе распознавания первых случаев СПИДа в США. На сегодняшний день среди оппортунистических инфекций пневмоцистоз при ВИЧ-инфекции занимает одно из лидирующих мест. Растёт число больных ВИЧ-инфекцией с пневмоцистной пневмонией и в нашей стране, особенно в последние годы.

Часто наблюдается сочетанное течение нескольких оппортунистических заболеваний, таких как туберкулёз и пневмоцистная пневмония и т.д. В последнее время участились случаи, когда клиническая картина пневмоцистной пневмонии скрывает туберкулёзный процесс в лёгких, что затрудняет диагностику обоих заболеваний, тем более что лабораторное подтверждение оппортунистических инфекций при СПИДе затруднено из-за неэффективности серологических методов.

Рассмотрим случай из клинической практики, который мы наблюдали в отделении для больных ВИЧ-инфекцией ИКБ №2 г. Москвы.

Больной Б., 49 лет, москвич. Диагноз ВИЧ-инфекции был установлен в 1986 году, но на диспансерном учете он не состоял и, соответственно, противоретровирусную терапию не получал. Ухудшение самочувствия отмечает с 10.02.2005 г., когда повысилась температура тела, появилась одышка при физической нагрузке, недомогание, слабость. Лечился самостоятельно ампициллином в/м в течение 7 дней, эуфиллином, цитрамоном, без эффекта — самочувствие ухудшалось, в течение последних 5 дней появилась одышка и в покое.

В связи с этим вызвал бригаду скорой помощи и был госпитализирован в отделение ВИЧ-инфекции ИКБ №2 с диагнозом «ВИЧ-инфекция, двусторонняя пневмония, дыхательная недостаточность I степени», в тяжелом состоянии с жалобами на высокую температуру тела до 38°C, одышку, усиливающуюся при малейшей физической нагрузке (перемене положения), сухой кашель, выраженную слабость, снижение веса.

При осмотре отмечены бледные кожные покровы, акроцианоз; кахексия. Тоны сердца звучные, ритмичные. АД 140/90 мм.рт.ст., пульс — 82 удара в минуту, ритмичный. В легких жесткое дыхание, с двух сторон выслушиваются сухие хрипы. Частота дыханий 28-30 в минуту, ДН — I-II ст.

На рентгенограмме органов грудной клетки — картина двусторонней интерстициальной пневмонии.

В отделении была заподозрена пневмоцистная пневмония у больного ВИЧ-инфекцией на основании: постепенного нарастания одышки и дыхательной недостаточности (в течение месяца), двухсторонние интерстициальные изменения в легких, значительное повышение СОЭ (46 мм/л) в общем анализе крови и снижение показателей кислорода в анализе крови на КИЦС до 31,7 (норма 75,0-100,0). Затем *ex juvantibus* было начато лечение пневмоцистной пневмонии бисептолом 480 в/в в дозе 120мг/кг в сутки в течение 21 дня, преднизолоном 0,08г в сутки в течение 5 дней, затем 0,04г в сутки в течение 5 дней, затем 0,02г в сутки до конца лечения.

В первые дни лечения болезни состояние больного ухудшалось, что обычно свойственно течению пневмоцистной пневмонии на фоне лечения. Частота дыхания в покое составляла до 36 в минуту, усиливающаяся при малейшей физической нагрузке, подъема температуры тела до 38°C, сухой кашель и слабость. Только на 6-й день лечения бисептолом появилась положительная динамика: частота дыхания в покое уменьшилась до 24 в минуту, а на 8-й день лечения одышки в состоянии покоя не наблюдалось. Температура снизилась до субфебрильных цифр, в легких сохранялись рассеянные сухие хрипы и крепитация в нижних отделах.

Однако при контрольном рентгенографическом исследовании органов грудной клетки (17.03.2005г.) — выявились массивные фокусы инфильтрации с обеих сторон на фоне выраженной деформации легочного рисунка, что заставило произвести диагностическую бронхоскопию (21.03.2005г.), при которой был выявлен атрофический бронхит, а в бронхоальвеолярном биоптате методом ПЦР обнаружены — микобактерии туберкулёза

Показатели иммунного статуса резко снижены: CD4-лимфоциты — $0,073 \times 10^9/\text{л}$ (4%) при норме $0,7-1,5 \times 10^9/\text{л}$, а соотношение CD4- и CD8-клеток — 0,05 (норма >1,0). Концентрация РНК ВИЧ в крови высокая — 220.000 копий в мл.

В связи с выраженными клиническими проявлениями ВИЧ-инфекции в стадии СПИД, низким иммунным статусом и большой концентрацией РНК ВИЧ в крови больному назначена высокоактивная антиретровирусная терапия (ВААРТ): сто-крин, ретровир, видекс.

Учитывая продолжающуюся лихорадку на 23-й день лечения, обнаружение микобактерий туберкулёза в бронхоальвеолярном биоптате, инфильтративные изменения в легких на рентгенограмме, больной был консультирован фтизиатром (25.03.2005 г.). Заключение: диссеминированный туберкулёз легких в фазе инфильтрации. В этот же день больной был переведен в 3-ю туберкулезную больницу

с диагнозом: ВИЧ-инфекция стадия 4В (СПИД) — диссеминированный туберкулез легких в фазе инфильтрации, реконвалесцент пневмоцистной пневмонии, себорейный дерматит, кахексия, в состоянии средней тяжести, с жалобами на слабость, потливость, кашель со скудно отделяемой мокротой. Одышка не беспокоила. Слизистая ротоглотки чистая, в легких дыхание жесткое, в нижних отделах с двух сторон выслушивались крепитирующие хрипы. Выраженная кахексия. Назначена противотуберкулезная терапия, продолжает принимать ВААРТ и профилактику рецидива пневмоцистной пневмонии — бисептол 480 по 2 таблетки три раза в неделю.

Таким образом, нами представлен больной с длительным течением ВИЧ-инфекции (около 20 лет), у которого проявлением перехода в стадию СПИДа была легочная симптоматика с явлениями выраженной дыхательной недостаточности, что заставило больного впервые обратиться к врачам. В больнице была своевременно заподозрена пневмоцистная пневмония и начато её лечение, что привело к клиническому улучшению. Однако после исчезновения интерстициальных изменений на рентгенограмме лёгких выявились инфильтративные изменения, позволившие предположить второе оппортунистическое заболевание — туберкулез лёгких, что было впоследствии подтверждено. В отделении также было начато лечение ВИЧ-инфекции препаратами ВААРТ.

Приведённый случай демонстрирует трудности клинической диагностики оппортунистических заболеваний, особенно при их сочетанном течении. Если бы больной находился под регулярным наблюдением врачей, то была бы своевременно назначена противоретровирусная терапия, и, возможно, описанные заболевания у него бы не развились.

ЛИТЕРАТУРА

1. Покровский В.В., Ермак Т.Н., Беляева В.В., и др. ВИЧ-инфекция: клиника, диагностика и лечение. — М., Гэотар Медицина, 2000. — С. 489.
2. Покровский В.В., Юрин О.Г., Беляева В.В. Клиническая диагностика и лечение ВИЧ-инфекции. — М., ГОУ ВУНМЦ МЗ РФ, 2001. — С. 91.
3. Ермак Т.Н., Ревкова Т.М., Скворцов П.А. Клиническая диагностика пневмоцистной пневмонии у больных ВИЧ-инфекцией // Эпидемиология и инфекционные болезни. — 2004. — №4. — С. 52-54.

THE CASE OF PNEUMOCYSTIC PNEUMONIA ASSOCIATED WITH DISSEMINATED TUBERCULOSIS OF LUNGS IN VIH-PATIENT

E.R. Samitova, A.K. Tokmalaev

Department of infectious diseases
Peoples' Friendship University of Russia
Miklukho-Maklaya st, 8, 117198 Moscow, Russia

T.N. Ermak

Russian Federal AIDS Centre
8-ya Ul. Sokalinoy Gory, 15, 2, 105275 Moscow, Russia

B.M. Gruzdev

Moscow AIDS Centre
8-ya Ul. Sokalinoy Gory, 15, 105275 Moscow, Russia

Described the case of pneumocystic pneumonia associated with disseminated tuberculosis of lungs in AIDS-patient.