

DOI 10.23946/2500-0764-2018-3-1-102-110

СЛУЧАЙ ПЯТИЛЕТНЕГО НАБЛЮДЕНИЯ ПАЦИЕНТКИ С ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫМ ТУБЕРКУЛЕЗОМ И ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ

ПЬЯНЗОВА Т.В.¹, ЛУЗИНА Н.В.², КОНОНЧУК О.Н.³¹ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации²ГКУЗ КО «Кемеровский областной клинический противотуберкулезный диспансер»³ГБУЗ КО «Кемеровский областной центр по профилактике и борьбе со СПИД»

CASE REPORT

FIVE-YEAR OBSERVATION OF THE PATIENT WITH SYSTEMIC TUBERCULOSIS AND HIV-INFECTION

TATYANA V. PYANZOVA¹, NATALIA V. LUZINA², OLGA N. KONONCHUK³¹Kemerovo State Medical University (22a, Voroshilova Street, Kemerovo, 650056), Russian Federation²Kemerovo Regional Clinical Anti-Tuberculosis Dispensary (5, Khimikov Prospect, 650036), Russian Federation³Kemerovo Regional Center for AIDS Prevention and Control (121B, Lenina Prospect, 650056), Russian Federation

Резюме

Представлен случай пятилетнего наблюдения пациентки с туберкулезом (ТБ) и ВИЧ-инфекцией в стадии вторичных заболеваний, который демонстрирует высокую сложность курации пациента в связи с генерализованным туберкулезным поражением, полиорганной недостаточностью, низким иммунным статусом на момент выявления заболевания, плохой переносимостью терапии. Весь период наблюдения пациентка получала высокоактивную антиретровирусную терапию (ВААРТ), а общая продолжительность двух курсов противотуберкулезной терапии за это время составила 39 месяцев. Демонстрируется клиническое течение парадоксального воспалительного синдрома восстановления иммунной системы (ВСВИС). Реализация активной терапевтической тактики позволила предотвратить социально значимые последствия заболевания в виде летального исхода при тяжелом течении сочетанной

инфекции у молодой женщины, достигнута стабилизация, а затем и клиническое излечение туберкулезного процесса в условиях регионального противотуберкулезного диспансера. Через 5 лет после выявления заболевания и начала терапии, в результате контрольного обследования обострения туберкулеза не выявлено, клинические проявления отсутствуют, общее состояние пациентки удовлетворительное, зафиксировано улучшение показателей иммунного статуса на фоне ВААРТ. Данное наблюдение показывает, что у пациентов на поздних стадиях ВИЧ-инфекции, даже при тяжелом туберкулезе множественных локализаций, возможен благоприятный прогноз для течения обоих заболеваний.

Ключевые слова: ВИЧ-инфекция, туберкулез множественных локализаций, туберкулез периферических лимфатических узлов, высокоактивная антиретровирусная терапия, синдром восстановления иммунной системы.

English ►

Abstract

Here we describe the 5-year-follow-up of a female suffering from both tuberculosis (TB) and human immunodeficiency virus (HIV) infection.

The management of the patient was particularly complicated due to systemic tuberculosis, multiple organ dysfunction syndrome, weakened immunity, and treatment intolerance. The patient received highly active

antiretroviral therapy (HAART) for the whole period of follow-up, with two courses of anti-TB treatment over 39 months. Despite the development of an immune reconstitution inflammatory syndrome, aggressive treatment prevented the death and stabilized clinical course, with the further successful TB eradication. Five years after the diagnosis, we did not observe any signs of TB relapse. Patient's general conditions was

satisfactory. Immune status has been also improved, presumably due to HAART. We conclude that even patients with HIV infection combined with systemic TB may have a favorable prognosis.

Keywords: HIV infection, systemic tuberculosis, peripheral lymph node tuberculosis, highly active antiretroviral therapy, immune reconstitution inflammatory syndrome.

Туберкулез является наиболее актуальной патологией у пациентов ВИЧ-инфекцией во всем мире. Смертность в этой категории больных очень высока [1, 2]. Среди контингентов противотуберкулезных учреждений ежегодно увеличивается количество пациентов с ВИЧ-инфекцией [3, 4, 5]. Заболеваемость туберкулезом, сочетанным с ВИЧ-инфекцией, в Сибирском федеральном округе выше, чем в среднем в Российской Федерации в 2,3 раза. В Кемеровской области она составляет 59,4 на 100 тыс. населения. Течение туберкулеза на поздних стадиях ВИЧ-инфекции характеризуется стертой гранулематозного воспаления, преобладанием альтеративного и экссудативного компонента, генерализацией туберкулеза с поражением всех органов и систем [6]. Туберкулезное поражение периферических лимфоузлов является одной из самых сложных для излечения форм экстраторакального туберкулеза со склонностью к рецидивирующему течению, абсцедированию и генерализации процесса [7].

Представляется случай пятилетнего наблю-

дения пациентки с генерализованным туберкулезом на поздних стадиях ВИЧ-инфекции. Пациентка Н., 24 лет, переведена в противотуберкулезный диспансер из инфекционного стационара 30.07.2012. При поступлении предъявляла жалобы на лихорадку до 39,5°C в течение дня, болезненное образование в левой надключичной ямке, небольшой кашель со скудной слизисто-гнойной мокротой, слабость, ночную потливость, снижение массы тела на 6 килограммов за 2 месяца. Считала себя больной около 1,5 месяцев, когда появились подъемы температуры сначала до субфебрильных цифр, затем до 39,5°C, озноб, ночная потливость, объемное образование в надключичной ямке слева. Самостоятельно принимала жаропонижающие средства. Через 2 недели обратилась к терапевту по месту жительства, который назначил терапию амоксициллином. Эффекта за 7 дней антибиотикотерапии достигнуто не было, присоединился кашель со скудной слизисто-гнойной мокротой. В легких по всем полям обнаружено усиление легочного рисунка, определялись оча-



Рисунок 1.
Рентгенограмма
органов грудной
клетки от 24.07.2012г.

Figure 1.
Chest radiograph from
24.07.2012

Таблица 1.
Характеристика
иммунного статуса
пациентки за период
наблюдения

Table 1.
Immune
characteristics
of the patient

Дата обследования <i>Date of examination</i>	CD4 <i>CD4⁺ cells</i>	CD8 <i>CD8⁺ cells</i>	ИРИ <i>Immunoreactive insulin</i>	Вирусная нагрузка <i>Viral load</i>
24.07.2012	67	218	0,31	625000
24.10.2012	198	-	-	500
24.11.2012	186	-	-	500
14.02.2013	168	180	0,93	500
21.05.2013	94	353	0,27	-
14.11.2013	127	-	145	-
29.09.2014	74	-	-	500
16.03.2015	195	-	-	480
24.06.2015	150	-	-	1800
26.08.2015	191	-	-	2500
15.12.2015	152	-	-	7200
10.03.2016	211	-	-	-
06.06.2016	158	-	-	1900
15.11.2016	148	-	-	200
13.02.2017	822	-	-	-
08.06.2017	228	-	-	200

«-» - нет данных

«-» - data not available

говые тени средней интенсивности без четких контуров, слева в S1, S2, и S6 очаги сливаются в инфильтрацию с мелкими участками деструкции (**рисунок 1**).

При дообследовании впервые выявлена ВИЧ-инфекция, путь заражения – половой. Сведения об иммунном статусе и вирусной нагрузке на момент выявления заболевания и в дальнейшем приведены в **таблице 1**. На момент выявления заболевания, пациентка имела низкий иммунный статус и высокую вирусную нагрузку.

Госпитализирована в инфекционный стационар 30.07.2012, где находилась 1 день. Назначена высокоактивная антиретровирусная терапия (ВААРТ) по схеме диданозин, ламивудин, эфавиренз. В мокроте выявлены кислотоустойчивые микобактерии (КУМ) 3+ двукратно. Консультирована фтизиатром и с диагнозом ВИЧ-инфекция, стадия вторичных заболеваний, 4В: диссеминированный туберкулез легких в фазе распада, микобактерии туберкулеза (МБТ) +, фаза прогрессирования без ВААРТ переведена в туберкулезный стационар. Ранее туберкулезом не болела, но имела бытовой контакт с соседкой по квартире, у которой год назад выявлен туберкулез с бактериовыделением и лекарственной чувствительностью возбудителя. Объективно при поступлении состояние средней степени тяжести за счет

интоксикационного синдрома, питание пониженное, индекс массы тела – 16, кожные покровы бледные. Слизистая полости рта обложена густым белым налетом. Периферические лимфоузлы всех групп увеличены до 1 см в диаметре, подвижные, безболезненные. В левой надключичной ямке справа пальпируется объемное образование 5 см в диаметре, болезненное, спаянное с окружающими тканями. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет, частота дыхания 16 в минуту. Границы относительной сердечной тупости в пределах нормы, тоны ясные, ритмичные, частота сердечных сокращений 98 ударов в минуту, артериальное давление 80/60 миллиметров ртутного столба. Живот при пальпации мягкий, безболезненный во всех отделах, печень на 3 см выступает из-под края реберной дуги, селезенка – на 2 см. Согласно результатам ультразвукового исследования органов брюшной полости от 06.08.2012, размеры правой доли печени – 13,5 см, левой доли – 6,9 см, контуры четкие, ровные, паренхима неоднородная, печеночные вены не расширены. Селезенка размером 13,3Х4,7 см, структура неоднородная за счет гиперэхогенных включений диаметром 0,4-1 см. В воротах печени, в проекции поджелудочной железы, по ходу магистральных сосудов, в воротах селезенки визуализируются гиперэхогенные неоднородные образования диаметром от 0,5 до 5

Показатель Value	Дата обследования и результаты Date of examination and results						
	01.08. 2012	14.08. 2012	13.11. 2012	11.09 2013	26.09. 2014	22.10. 2015	18.11. 2017
Гемоглобин, г/л Hemoglobin, g/L	62	42	74	120	75	135	121
Тромбоциты, 10 ⁹ /л Platelets, 10 ⁹ /L	260	204	263	259	195	195	160
Лейкоциты, 10 ⁹ /л White blood cells, 10 ⁹ /L	9,8	18,8	9,8	3,5	7,6	3,7	5,7
Эозинофилы, % Eosinophils, %	0	3	4	2	1	0	1
Миелоциты, % Myelocytes, %	5	2	0	0	0	0	0
Палочкоядерные, % Band neutrophils, %	6	9	7	7	12	8	0
Сегментоядерные, % Segmented neutrophils, %	86	83	69	58	71	60	76
Лимфоциты, % Lymphocytes, %	3	3	15	27	10	26	20
Моноциты, % Monocytes, %	0	0	5	6	6	6	6
СОЭ, мм/ч Erythrocyte sedimentation rate, mm/h	75	76	68	37	70	31	48

Таблица 2.
Динамика
показателей общего
анализа крови

Table 2.
Temporal variation of
complete blood count

см в диаметре. В брюшной полости обнаружено умеренное количество свободной жидкости. Выявлены структурные изменения паренхимы и чашечно-лоханочной системы обеих почек. В мокроте обнаружены эритроциты 16-22 в поле зрения, выделены диагностические титры *Escherichia coli* и *Candida albicans*, ДНК МБТ, чувствительная к рифампицину. Показатели общего анализа крови приведены в **таблице 2**. В общем анализе мочи белок – 0,98 г/л, лейкоцитов 7-9 в поле зрения, цилиндров зернистых 8-10 в поле зрения. Мазок кала на КУМ трехкратно отрицательный, выявлен мицелий грибов в большом количестве. В посеве мочи от 07.08.2012 и 08.08.2012 выявлено двукратно более 100 колоний МБТ, неспецифическая микрофлора при посеве мочи не выделена. Исследование лекарственной чувствительности МБТ методом абсолютных концентраций выявило чувствительность МБТ к изониазиду, рифампицину, стрептомицину и этамбутолу.

Установлен клинический диагноз ВИЧ-инфекция, стадия вторичных заболеваний (4В), в фазе прогрессирования без ВААРТ. Диссеминированный туберкулез с поражением легких, печени, селезенки, почек, мезентериальных и забрюшинных лимфоузлов, брюшины, кишечника, МБТ+, лекарственная чувствительность, IА группа диспансерного учета. Кандидоз по-

лости рта. Осложнение: почечно-печеночная недостаточность 2А стадии, гепатоцеллюлярная недостаточность 1 степени, легочно-сердечная недостаточность 2Б стадии, дыхательная недостаточность 3 степени, анемия сложного генеза, тяжелой степени. С 01.07.2012 назначена противотуберкулезная терапия по 1 режиму: изониазид, рифампицин, пиразинамид, этамбутол. Однако на фоне лечения состояние пациентки ухудшалось, нарастали явления дыхательной недостаточности, сохранялись лихорадка в течение суток до 39,5°C и болезненность в надключичной ямке, увеличился в объеме живот, но перитонеальные симптомы были отрицательными. По данным пульсоксиметрии сатурация кислорода составила 88%. Проведена пункция надключичного лимфоузла слева, получено 5 мл сливкообразного гноя, при исследовании которого методом простой микроскопии обнаружены КУМ 3+. Через 7 суток после начала химиотерапии на рентгенограмме органов грудной клетки выявлена отрицательная динамика в виде резкого увеличения количества полиморфных очагов, слева сливающихся в фокусы инфильтрации с деструкциями. Нарастали лабораторные признаки полиорганной недостаточности в виде синдрома цитолиза, холестаза, увеличение уровня креатинина: в биохимическом анализе

крови от 08.08.2012 общий билирубин (ОБ) – 55 мкмоль/л; прямой билирубин (ПБ) – 52 мкмоль/л; аспартатаминотрансфераза (АСТ) – 93 единица; аланинаминотрансфераза (АЛТ) – 101 единица; креатинин – 337 мкмоль/л. Отрицательная клинико-рентгенологическая динамика расценена как проявление парадоксального синдрома восстановления иммунной системы в виде прогрессирования туберкулезного процесса. Произведена коррекция химиотерапии с учетом переносимости. К лечению добавлен моксифлоксацин внутривенно капельно, циклосерин. Отменен пиразинамид в связи с нарастанием синдромов цитолиза и холестаза. Пациентке проводилась дезинтоксикационная, гепатопротекторная терапия: назначены реополглюкин, папаверин, гепатопротектор, фуросемид; увеличена доза витаминов В₁ и В₆, добавлен калия и магния аспарагинат. В динамике нарастали явления полиорганной недостаточности, желтушность кожных покровов, явления асцита, периферические отеки, появилась тошнота и рвота, полинейропатия нижних конечностей. Учитывая нарастание явлений полиорганной недостаточности, 13.08.2012 отменены антиретровирусные препараты и ко-тримаксозол. На этом фоне купированы явления полинейропатии, появился аппетит. В биохимическом анализе крови отмечено снижение уровня трансаминаз (АСТ – 68 единиц, АЛТ – 26 единиц) и креатинина (до 193 мкмоль/л), однако нарастали явления гиперкоагуляции, в связи с чем к лечению добавлен эноксапарин натрия. В общем анализе крови от 14.08.2012 выявлено снижение гемоглобина до 42 г/л, поведено переливание эритроцитарной массы. В последующую неделю пациентка отмечала уменьшение периферических отеков и одышки, периодически беспокоили подъемы температуры до фебрильных цифр. Общее состояние расценивалось как стабильно тяжелое. В биохимическом анализе крови от 24.08.2012 азотистые шлаки немного снизились (мочевина – 7,7 ммоль/л, креатинин – 137 мкмоль/л). 28.08.2012 пациентка вновь отметила высокую постоянную лихорадку до 39,5°C, озноб, увеличение в объеме живота. Рентгенологически в легких зафиксировано нарастание деструктивных изменений, нарастание воспалительных изменений в общем анализе крови (таблица 2). 10.09.2012 появилось выбухание в левой надключичной области, при пункции получен 1 мл сливкообразного гноя. 17.09.2012 появился зуд кожи, высы-

пания виде крапивницы, которые купировались на фоне 5-ти дневного приема супрастина. В дальнейшем клинически отмечалась положительная динамика в виде уменьшения интоксикационного синдрома, увеличение физической активности, сохранялся вечерний субфебрилитет, однако 22.09.2012 состояние пациентки вновь ухудшилось, регистрировались подъемы температуры до 40,3°C, одышка в покое, сатурация кислорода при этом сохранялась в пределах нормы. Лихорадка продолжалась в течение 2-х недель, затем приобрела характер интермиттирующей с преимущественным подъемом в утренние часы. При очередном рентгенологическом контроле от 02.10.2012 в легких выявлено увеличение инфильтрации в легочной ткани. К лечению добавлен преднизолон 30 мг в сутки, на фоне которого состояние пациентки улучшилось, температура снизилась до 38°C, рентгенологически отмечена положительная динамика в виде уменьшения инфильтративных изменений в легких. Проводились многократные пункции шейного и надключичного лимфоузлов, а 18.12.2012 произошло самопроизвольное вскрытие надключичного лимфоузла. 28.12.2012 проведена пункция пахового лимфоузла справа, эвакуировано 3 мл сливкообразного гноя, КУМ 3+, посев на МБТ роста не дал. В дальнейшем температура тела нормализовалась, рентгенологически продолжалась положительная динамика. С 11.02.2013 пациентке назначена ВААРТ по схеме: абакавир, ламивудин, ралтегравир, на фоне приема абакавира кратковременно отмечалась отечность лица, гиперемия кожных покровов. В течение последующих 3-х месяцев пациентка чувствовала себя хорошо, температура тела сохранялась в пределах нормы, жалоб не предъявляла. 28.06.2013 г. вновь появились жалобы на подъемы температуры до 39°C, озноб. Слева во внутреннем краю кивательной мышцы определялось плотное выбухание, болезненное при пальпации, произведено вскрытие «холодного» абсцесса, выделено 20 мл сливкообразного гноя с творожистыми массами, произведена санация, дренирование, после этого температура нормализовалась. Посев отделяемого на МБТ роста не дал.

Пациентка была выписана из стационара 01.10.2013 г. в удовлетворительном состоянии, за время госпитализации, которое составило 427 дней, прибавила в весе 5 килограммов. Рентгенологически фиксировалась положи-

тельная динамика в виде уменьшения очаговых изменений, полость распада сохранялась, прекратилось бактериовыделение. После выписки терапия продолжена амбулаторно по схеме: циклосерин, левофлоксацин, изониазид, этамбутол, пиразинамид, абакавир, ламивудин, ралтегравир, ко-тримаксозол. Курс лечения туберкулеза признан неэффективным клинико-рентгенологически в связи с сохранением деструкции легочной ткани, пациентка переведена во IIА группу диспансерного учета, определена 2 группа инвалидности. Через год после выписки из стационара вновь появились признаки прогрессирования туберкулезного процесса и 25.09.2014 г. была вновь госпитализирована в противотуберкулезный стационар с диагнозом ВИЧ-инфекция, стадия вторичных заболеваний (4В), фаза нестойкой ремиссии на фоне ВААРТ. Диссеминированный туберкулез с поражением легких, печени, селезенки, почек, мезентериальных и забрюшинных лимфоузлов, брюшины, кишечника, околоушного лимфатического узла слева с абсцедированием, МБТ+, лекарственная чувствительность МБТ. Мазок мокроты на КУМ 3-хкратно положительный (2+), однако посевы мокроты на МБТ отрицательные. При поступлении предъявляла жалобы на подъемы температуры до 38,5-39,5°C в течение суток, переносимость гипертермии удовлетворительная, кашель с небольшим количеством мокроты желтого цвета без запаха, увеличение и болезненность заушного лимфоузла справа. Общее состояние средней степени тяжести за счет интоксикационного синдрома, кожные покровы чистые. Пальпировались задне-шейный лимфоузел слева, болезненный, плотный, подвижный, кожа над ним не изменена, диаметр 1,5 см. Рентгенологически по всем легочным полям выявлялись множественные полиморфные очаги, в верхней доле слева сливающиеся в конгломераты, динамика отрицательная. В мазке мокроты 3-кратно обнаружены КУМ (1+;2+), однако посевы мокроты на МБТ из этих порций получены отрицательные.

Назначена интенсивная фаза IV режима химиотерапии по переносимости (учитывая выраженную гепатотоксическую реакцию на противотуберкулезные препараты 1 ряда в анамнезе) с 01.10.2014 г.: левофлоксацин, циклосерин, протионамид, каприомицин, парааминосалициловая кислота, позднее добавлен пиразинамид. Методом ПЦР обнаружена ДНК МБТ, лекарственная устойчивость к рифампицину не вы-

явлена, но поскольку на рифампицин ранее развивалась выраженная гепатотоксическая реакция в виде повышения трансаминаз более чем в 6 раз, тошноты, рвоты, этот препарат больше не назначался. При УЗИ органов брюшной полости, малого таза и почек от 30.09.2014 г. обнаружены признаки гепатоспленомегалии, диффузных структурных изменений печени, поджелудочной железы, селезенки, паренхимы почек, внутрибрюшной и забрюшинной лимфоаденопатии, удвоенной чашечно-лоханочной системы левой почки. Выявлена лейкоцитурия (в анализе мочи по Нечипоренко – лейкоциты 137×10^6), которая явилась проявлением туберкулеза почек. 07.11.2014г. проведена пункция флюктуирующего надключичного лимфоузла слева, а затем произошло самопроизвольное вскрытие шейного лимфоузла слева. В течение последующей недели фиксировалось уменьшение лихорадки до 37,5°C в течение суток, затем – стойкая нормализация. При рентгенологическом контроле от 11.12.14 г. обнаружено уменьшение инфильтрации в верхней доле справа, слева – объем инфильтрации увеличился, в $S_{1,2}$ слева определялась полость распада. С начала марта 2015 года стала отмечать снижение слуха, шум в ушах, покраснение в области околоушного лимфоузла слева, проведено вскрытие, эвакуировано гнойное отделяемое. Через 2 недели вновь появилась гиперемия и отек в околоушной области, кожные покровы гиперемированы, проведено вскрытие и дренирование лимфоузла, получено гнойное содержимое. В схеме лечения отменен каприомицин в связи с прогрессирующим снижением слуха. В последующем подъемов температуры и изменений со стороны периферических лимфоузлов не было и 26.05.2015 г. переведена на поддерживающую фазу лечения по схеме: левофлоксацин, циклосерин, протионамид, пиразинамид. На обзорной рентгенограмме органов грудной клетки выявлена положительная динамика в виде уменьшения размеров очагов и инфильтрации в верхней доле слева.

Через 5 месяцев выписана на амбулаторный этап лечения, где противотуберкулезная терапия продолжалась на поддерживающей фазе до 12 месяцев, продолжена ВААРТ (зидовудин, ламивудин, этравирин), наблюдение у инфекциониста. Обнаружено периодическое появление КУМ в мокроте при обострении туберкулезного процесса в 2012, 2013, 2014 гг., однако посевы от этих дат, проводимые из тех же порций

Рисунок 2.
Рентгенограмма
органов грудной
клетки от 17.07.2017г.

Figure 2.
Chest radiograph from
17.07.2017



Рисунок 3.
Линейная
томограмма
верхушки левого
легкого (срез 8 см)
от 17.07.2017г.

Figure 3.
Linear tomography of
left lung apex (8 cm
slice) from 17.07.2017



мокроты, отрицательные. Последний положительный посев мокроты на МБТ фиксировался в октябре 2012 года. На обзорной рентгенограмме органов грудной клетки от 06.03.2017 г. выявлена положительная динамика в виде рассасывания инфильтрации, частичного фибро-зирования в верхней доле справа, уплотнения

очагов и их частичная кальцинация. Курс противотуберкулезной терапии признан эффективным по мазку мокроты и клинико-рентгенологически, продолжено наблюдение во 2А группе диспансерного учета с диагнозом хронического диссеминированного туберкулеза. Клинических признаков обострения туберкулезного процесса больше не наблюдалось. Рентгенологически от 17.07.2017 г. отмечается диффузный пневмосклероз, динамика по сравнению с 06.03.2017 г. отсутствует. На **рисунках 2 и 3** представлены обзорная рентгенограмма органов грудной клетки и линейная томограмма верхушки левого легкого, которые демонстрируют переход туберкулезного процесса в фазу рубцевания и кальцинации.

Отсутствие рентгенологической динамики в течение полугода наблюдения (в сравнении с рентгенограммами от 06.03.2017 г.) свидетельствует об отсутствии активности туберкулезного процесса. Планируется перевод пациентки в 3 группу диспансерного учета в связи с клиническим излечением, продолжение ВААРТ и амбулаторного наблюдения у инфекциониста и фтизиатра.

Заключение

Представленный случай наглядно демонстрирует высокую сложность курации пациента с со-

четанной ВИЧ-инфекцией с генерализованным туберкулезным поражением, полиорганной недостаточностью, необходимостью назначения двойной терапии (противотуберкулезной и ВА-АРТ), большим объемом побочных эффектов, развитием воспалительного синдрома восстановления иммунной системы, необходимостью хирургических пособий, длительного диспансерного наблюдения двух специалистов: фтизиатра и инфекциониста. В то же время необходимо отметить, что даже в исключительно сложных клинических ситуациях возможно достижение хороших результатов терапии. Рецидивирующее течение туберкулеза периферических лимфоузлов у ВИЧ-инфицированной пациентки не зависело от динамики изменений в легких и обуславливало длительное сохранение интоксикационного синдрома. Такое течение заболевания потребовало активной хирургической тактики в течение почти 2-х лет: вскрытие и дренирование абсцессов, пункции лимфатических узлов разных групп от околоушных до паховых. На начальных этапах лечения имел место ВСВИС в виде прогрессирования туберкулеза, профилактика которого заключается в отложенном назначении ВААРТ после периода адаптации к противотуберкулезным препаратам [8].

В течение первых двух лет наблюдения неоднократно выявлялись КУМ методом люминесцентной микроскопии как в мокроте, так и в отделяемом из периферических лимфатических узлов, однако рост МБТ при посеве на питательные среды отмечался лишь в начале заболевания на момент старта химиотерапии. В дальнейшем при многократных исследованиях роста МБТ не выявлено даже при прогрессировании туберкулезного процесса. Поскольку при ВИЧ-ассоциированном туберкулезе имеет место преобладание альтернативных реакций [6]: казеозный некроз с большой концентрацией возбудителя, в данном случае патологический материал (мокрота, моча, отделяемое из лимфоузлов) содержал обилие МБТ, выявляемых при микроскопи-

ческом исследовании. Роста МБТ при посеве на питательные среды не выявлено, поскольку проводимая поликомпонентная противотуберкулезная терапия была эффективной и подавила жизнеспособность МБТ уже в первые месяцы. Через 5 лет после выявления заболевания и начала терапии, в результате контрольного обследования обострения туберкулеза не выявлено, клинические проявления отсутствуют, общее состояние пациентки удовлетворительное, зафиксировано улучшение показателей иммунного статуса на фоне высокоактивной антиретровирусной терапии. Данное наблюдение показывает, что даже при тяжелом генерализованном туберкулезе с рецидивирующим течением на поздних стадиях ВИЧ-инфекции возможен благоприятный прогноз для течения обоих заболеваний. Случай интересен тем, что представляется подробное описание симптоматической терапии при развитии полиорганной недостаточности, гиперкоагуляции, ВСВИС у пациентки с тяжелым рецидивирующим, сочетанным с ВИЧ туберкулезом множественных локализаций. Реализация активной терапевтической тактики в 2012 году, когда еще не имелось четких инструкций по клиническому ведению таких пациентов, позволила предотвратить летальный исход у молодой женщины в условиях регионального противотуберкулезного диспансера. Случай представлен за длительный период наблюдения, включая не только стационарный этап, но и диспансерное наблюдение в активной группе на протяжении 5 лет. В связи с рецидивирующим течением туберкулезного процесса потребовался перевод пациентки в контингент хронических больных туберкулезом, учитывая короткие для этого случая сроки наблюдения в 1 группе диспансерного учета. Наблюдение показывает, что клиническое ведение пациентов с тяжелой полиорганной недостаточностью требует от фтизиатра не только ориентироваться в особенностях течения ВИЧ-инфекции и нюансах ВААРТ, но и глубокого знания клиники и терапии внутренних болезней.

Литература / References:

1. Efsen AMW, Schultze A, Miller RF, Pantelev A, Skrahin A, Podlekareva DN, et al. Management of MDR-TB in HIV co-infected patients in Eastern Europe: Results from the TB: HIV study. *J Infect.* 2018; 76 (1): 44-54.
2. Podlekareva DN, Schultze A, Pantelev A, Skrahina AM, Miro JM, Rakhmanova A, et al. One-year mortality of HIV-positive patients treated for rifampicin- and isoniazid- susceptible tuberculosis in Eastern Europe, Western Europe and Latin America. *AIDS.* 2017; 31(3): 375-384.
3. Пузырьова ЛВ, Мордык АВ, Руднева СН, Татаринцева МР. Epidemiological situation of tuberculosis in the region of Western Siberia. *National Priorities of Russia.* 2017; 3 (25): 72-79. Russian (Пузырёва Л.В., Мордык А.В., Руднева С.Н., Татаринцева М.П. Эпидемиологическая ситуация по туберкулезу в Западной Сибири // Национальные приоритеты России. 2017. № 3 (25). С. 72-79).

4. Viktorova IB, Khanin AL, Zimina VN. Causes of death in HIV-infected patients in a large tuberculosis hospital of Kemerovo region. *Journal of Infectology*. 2017; 9 (3): 25-31. Russian (Викторова И.Б., Ханин А.Л., Зими́на В.Н. Летальные исходы у больных с ВИЧ-инфекцией в крупном противотуберкулезном учреждении Кемеровской области // Журнал инфектологии. 2017. Т. 9, № 3. С. 25-31).
5. Puzyreva LV, Mordyk AV, Rudenko SA, Rusanova NN, Antropova VV, Pugachev AA. Influence of HIV Infection and Gender Differences on Mortality of Patients in Anti-Tuberculosis Hospital. *Tuberculosis and Lung Diseases*. 2017; 95 (6): 30-35. Russian (Пузырева Л.В., Мордык А.В., Руденко С.А., Русанова Н.Н., Антропова В.В., Пугачев А.А. Влияние ВИЧ-инфекции и гендерных различий на формирование летальности пациентов противотуберкулезного стационара // Туберкулез и болезни легких. 2017. Т. 95. № 6. С. 30-35).
6. Zyuzya YuR, Zimina VN, Parkhomenko YuG, Alvarez Figueroa MV, Dolgova EA. Correlation of morphological signs of tuberculosis and immune status in HIV infection. *Tuberculosis and Lung Diseases*. 2014; (11): 48-53. Russian (Зюзя Ю.Р., Зими́на В.Н., Пархоменко Ю.Г., Альварес Фигероа М.В., Долгова Е.А. Корреляция морфологических признаков туберкулеза и состояния иммунного статуса при ВИЧ-инфекции // Туберкулез и болезни легких. 2014. № 11. С. 48-53).
7. Kulchavenya EV, Naryshkina SL, Khomyakov VT, Krasnov VA, Brizhatuk EV, Osadchiy AV. Tuberculosis of peripheral lymph nodes: paradoxical course in patient with HIV infection. *Tuberculosis and Lung Diseases*. 2014; (11): 69-71. Russian (Кульчавеня Е.В., Нарышкина С.Л., Хомяков В.Т., Краснов В.А., Брижатюк Е.В., Осадчий А.В. Туберкулез периферических лимфатических узлов: парадоксальное течение у больного ВИЧ-инфекцией // Туберкулез и болезни легких. 2014. № 11. С. 69-71).
8. Federal clinical guidelines for diagnosis and treatment of tuberculosis in patients with HIV infection. Moscow: Tver: Triada Publishing House, 2016. 42 p. Russian (Федеральные клинические рекомендации по диагностике и лечению туберкулеза у больных ВИЧ-инфекцией. М.: Тверь: ООО «Издательство «Триада», 2016. 42 с.).

Сведения об авторах

Пьянзова Татьяна Владимировна, кандидат медицинских наук, доцент, заведующая кафедрой фтизиатрии ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Кемерово, Россия.

Вклад в статью: описание клинического случая, анализ результатов обследования и лечения.

Лузина Наталья Викторовна, заведующая легочно-терапевтическим отделением ГБУЗ КО «Кемеровский областной клинический противотуберкулезный диспансер», г. Кемерово, Россия.

Вклад в статью: клиническое наблюдение и лечение пациента.

Конончук Ольга Николаевна, кандидат медицинских наук, заведующая клинко-диагностическим отделением ГБУЗ КО «Кемеровский областной центр по профилактике и борьбе со СПИД», г. Кемерово, Россия.

Вклад в статью: анализ клинических и лабораторных данных.

Корреспонденцию адресовать:

Пьянзова Татьяна Владимировна,
650056, г. Кемерово, ул. Ворошилова 22а
E-mail: tatyana_vezhnina@mail.ru

Статья поступила: 30.12.17г.

Принята в печать: 01.03.18г.

Authors

Dr. Tatyana V. Pyanzova, MD, PhD, Associate Professor, Department of Phthysiology, Kemerovo State Medical University, Kemerovo, Russian Federation, Kemerovo, Russian Federation.

Contribution: conducted clinical data analysis; wrote the manuscript.

Dr. Natalia V. Luzina, MD, Head of the Department for Pulmonary Treatment, Kemerovo Regional Clinical Anti-Tuberculosis Dispensary, Kemerovo, Russian Federation.

Contribution: performed clinical management of the patient.

Dr. Olga N. Kononchuk, MD, PhD, Head of the Treatment Department, Kemerovo Regional Center for AIDS Prevention and Control, Kemerovo, Russian Federation.

Contribution: conducted clinical data analysis.

Corresponding author:

Dr. Tatyana V. Pyanzova,
22a Voroshilova Street, Kemerovo, 650056, Russian Federation
E-mail: tatyana_vezhnina@mail.ru

Acknowledgements: There was no funding for this project.