

DOI: <https://doi.org/10.25276/2410-1257-2020-1-95-100>
УДК 617.735-002

Клинический случай сочетанной патологии ВИЧ-инфекции и туберкулеза глаз

И.Н. Воронова^{1,2}, В.М. Хокканен², С.И. Санаева¹

¹СПб ГУЗ Городской противотуберкулезный диспансер, Санкт-Петербург

²ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова», Санкт-Петербург

РЕФЕРАТ

За три года количество регионов с эпидемией ВИЧ в России возросло более чем на 40%. В 2018 году 70% новых заболевших были экономически активные люди в возрасте 30-50 лет. В России зарегистрированы 896 тыс. ВИЧ-инфицированных, но только 712 тыс. че-

ловек состоят на диспансерном учете. Некоторые пациенты не подозревают о своей болезни в силу бессимптомного течения на начальных стадиях. В статье приводится клиническое наблюдение социально адаптированного пациента с ВИЧ-инфекцией, туберкулезом легких и панувеитом туберкулезной этиологии.

Ключевые слова: ВИЧ-инфекция, туберкулез, туберкулез глаз. ■

Точка зрения. Восток – Запад. 2020;1:95-100.

ABSTRACT

Clinical case of combined pathology HIV-exclusive, tuberculosis of the eyes

I.N. Voronova^{1,2}, V.M. Hokkanen², S.I. Sanaeva¹

¹St. Petersburg city to dispensary, St. Petersburg

²GBOU VO «North-Western state medicines university named after I.I. Mechnikov», St. Petersburg

In three years, the number of regions with an HIV epidemic in Russia has increased by more than 40%. 70% of new cases in 2018 are economically active people aged 30-50 years. According to the Ministry of Health, 896 thousand people are registered in the country. Russians with HIV, of whom 712,000 are under dispensary supervision. Man. Some

patients are unaware of their illness due to asymptomatic currents in the initial stages. The article cites the clinical observation of a socially adapted patient with HIV infection, tuberculosis and tuberculosis of the eyes.

Key words: HIV infection, tuberculosis, tuberculosis of the eyes. ■

Point of View. East – West. 2020;1:95-100.

На территории нашей страны в настоящее время зарегистрировано более миллиона ВИЧ-положительных граждан. Санкт-Петербург занимает одно из первых мест по уровню заболеваемости ВИЧ-инфекции в Российской Федерации. С 2013 года, как следует из статистики, половой путь инфицирования в городе превалирует над инъекционным (парентеральным), когда-то «традиционным» для России [1, 2]. Больше всего заражаются ВИЧ жители города в возрасте от 30 до 49 лет. Количество лиц, обследованных на ВИЧ за шесть месяцев 2018 года, составило 789 071 человек (14,9% от населения города),

из них 599 519 граждан РФ (11,3% от населения города). Некоторые пациенты не подозревают о своей болезни в силу бессимптомного течения в начальных стадиях, а также в связи с недостаточностью медицинской осведомленности [3].

В качестве примера приводим следующее наблюдение. Пациентка М. поступила в стационар Городского противотуберкулезного диспансера (ГПТД) с предполагаемым диагнозом панувеит в фазе экссудации туберкулезной этиологии правого глаза.

При поступлении пациентка предъявляла жалобы на снижение зрения, «плавающий туман» пе-

ред правым глазом в течение месяца. Заболевание глаз возникло впервые. Из анамнеза известно, что пациентка – социально сохраняющая женщина. Имеет среднее образование, работает, имеет семью и одного ребенка. Отрицает вредные привычки. В поликлинике по месту жительства окулистом был поставлен диагноз хориоретинит правого глаза и назначена местная противовоспалительная терапия: макситрол 4 раза в день, неванак 4 раза в день, цикломед на ночь. Через 10 дней такого амбулаторного лечения лишь субъективно уменьшился «туман» перед правым глазом. В связи с неэффективностью терапии пациентка была

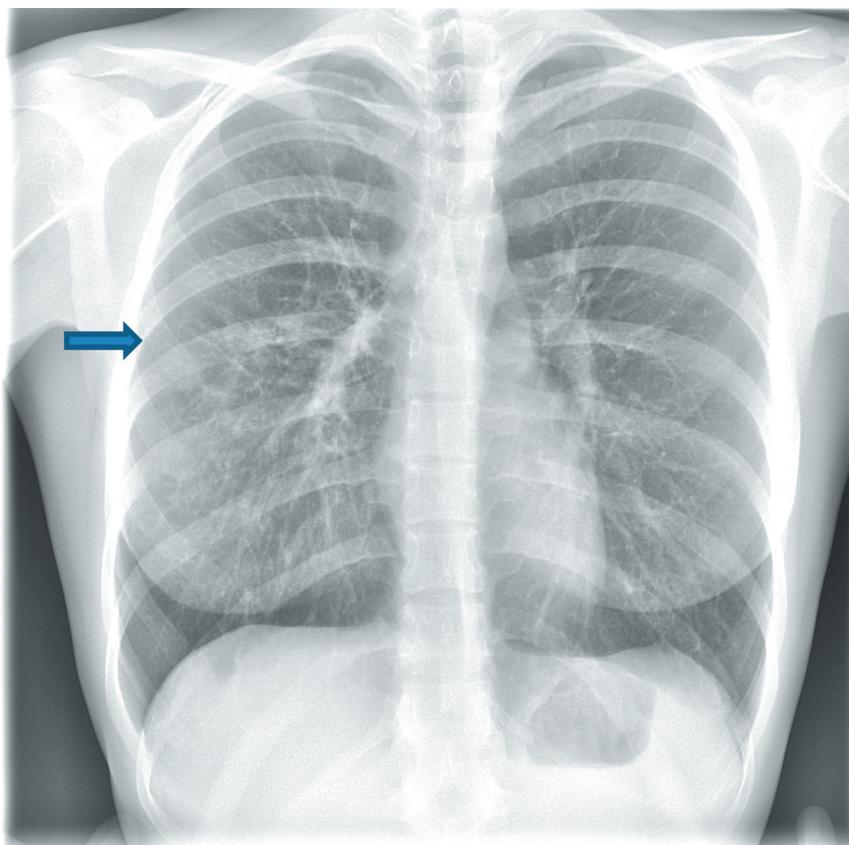


Рис 1. Рентгенограмма легких. Справа в средних долях одиночный петрификат (указан стрелкой), слева без очаговых изменений, корни структурные

направлена в городскую многопрофильную больницу №2 для продолжения лечения. Только в приемном покое городской многопрофильной больницы №2 было выяснено, что пациентка с 2009 года страдает ВИЧ-инфекцией, но на учете в СПб ГБУЗ «Центре по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями» не состоит. Из больницы больная была направлена в указанный центр, в котором офтальмолог после ее осмотра заподозрила туберкулезное поражение правого глаза. В связи с этим больная направлена на консультацию в ГПТД, куда и была госпитализирована из-за выраженной клинической картины панuveита.

При поступлении острота зрения правого глаза составляла 0,3 с миопической (-4,0D) коррекцией, инъекции глазного яблока не определялось, на эндотелии роговицы по всей поверхности были клеточные отложения, задних синехий не было. В стекловидном теле во всех слоях

отмечались экссудативные помутнения. На глазном дне над неизменным диском зрительного нерва офтальмоскопировался хориоретинальный очаг размером 1,5 диаметра диска с размытыми контурами, проминирующий в стекловидное тело, с серой экссудацией над ним. На периферии глазного дна в нижней половине отмечалось множество преретинальных экссудатов. В отделение ГПТД была начата неспецифическая противовоспалительная терапия, которая состояла из внутримышечного введения цефазона 1,0 мг №10, внутривенного введения дексаметазона 8,0 мг, местной противовоспалительной терапии: капли тобрекс (1 капля 4 раза в день), дексаметазон (1 капля 4 раза в день), парабульбарные инъекции дексаметазона 2,0 мг № 10. На фоне проводимого лечения острота зрения повысилась до 0,5, рассосались клеточные отложения на роговице и экссудативные помутнения в передних слоях стекловидного тела.

При обследовании выявлено: на рентгенограмме грудной клетки справа в средних долях определялся одиночный петрификат, слева очаговые изменения не выявлялись, корни обоих легких структурные (рис. 1).

В клиническом анализе крови СОЭ – 46 мм/ч, лейкоциты составляли всего 5,2 на 10⁹/л. Пациентка была обследована у фтизиогинеколога, фтизиоуролога, ЛОР-врача – патологии со стороны этих систем и органов не отмечалось. Физиатр поставил диагноз – изменения в средней доле правого легкого в виде петрификата. Пробы реакции Манту 2ТЕ и диаскинтеста не ставились из-за близко расположенного хориоретинального очага к диску зрительного нерва и высокой остроты зрения. По данным ряда авторов, у ВИЧ-инфицированных чувствительность туберкулиновых кожных тестов низкая и падает при содержании в крови CD4 Т-хелперов ниже 200 кл/мкл [4, 5]. Анализ крови на иммунофлюоресцентный анализ с туберкулезным антигеном и T-spot-TB (А/В 0/0) оказались отрицательными.

Иммунологические исследования субпопуляции лимфоцитов в крови выявили, что CD4 Т-хелперы составляли всего 153 кл/мкл (норма 570-1100 кл/мкл). Молекулярно-биологическое исследование ВИЧ-инфекции показало, что вирусная нагрузка составила 1 310 883 копий/мл (в норме быть не должно). Инфекционист поставил диагноз – В23 4Б стадия, прогрессирование без антиретровирусной терапии. Анализ крови методом ПЦР показал, что положительная реакция оказалась только к вирусу Эпштейна-Барра.

В связи с приостановлением динамики воспалительных изменений на фоне неспецифической терапии был проведен консилиум фтизиоофтальмологов стационара и диспансера ГПТД, СПбНИИ фтизиопульмонологии, республиканских туберкулезных санаториев. Было решено начать химиотерапию по 3 режиму с индивидуализацией (приказ по Министерству здравоохранения Российской Федерации №109 от 21 марта 2003 года), состоящую из четырех препаратов: изониазид 0,6 г, пиперазинид 1,5 г, протионамид 0,75 г, рифабутин 0,45 г в сутки в течение двух месяцев.

Толщина сетчатки в макулярной области: Macular C OD ● OS ○

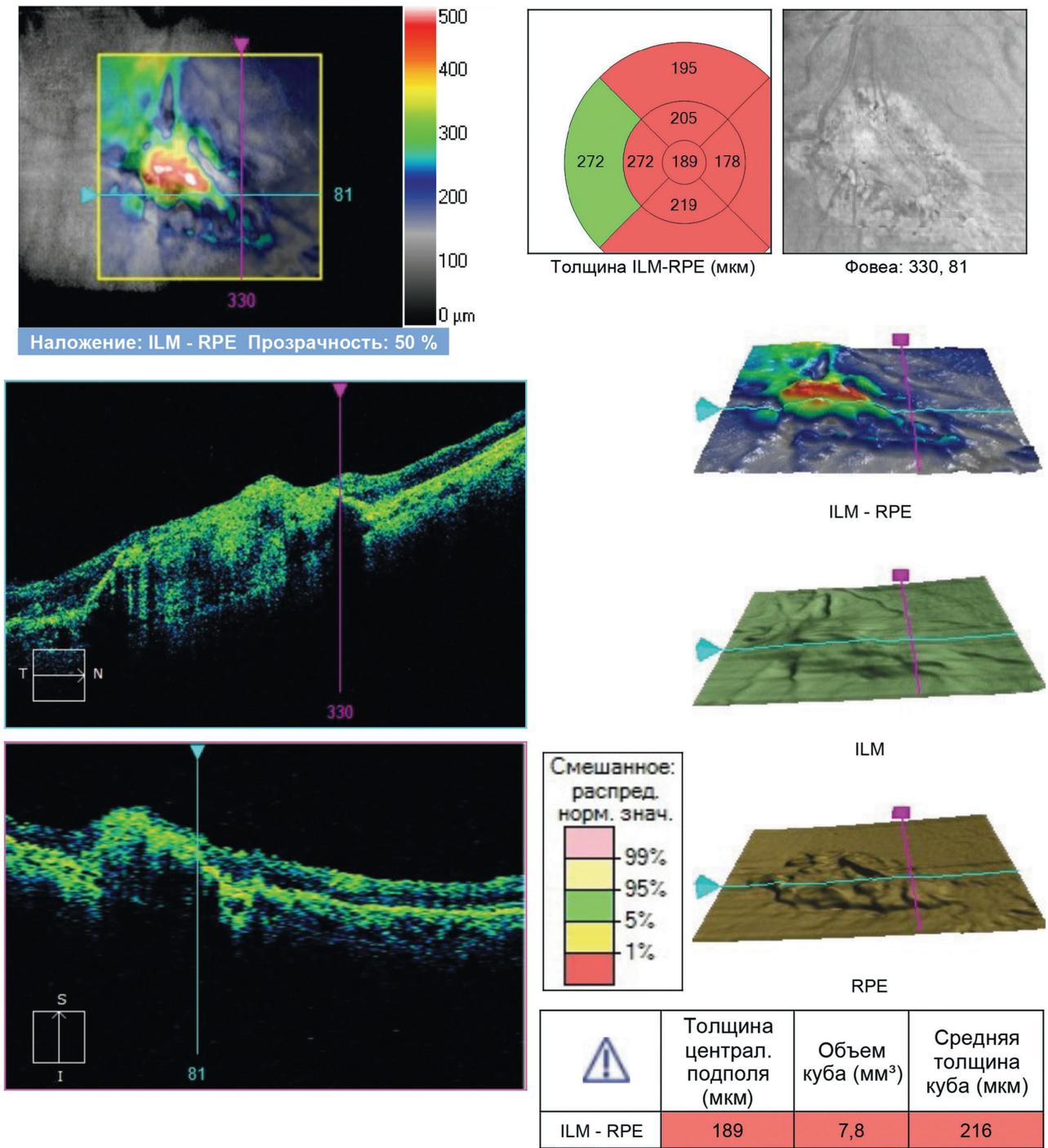


Рис 2. Данные оптической когерентной томографии пациентки с очаговым хориоретинитом туберкулезной этиологии. Атрофия нейрорепителителя над хориоидальным очагом. Дезорганизация и усиление пигментного эпителия в зоне очага. Отека нет. Признаки неоваскулярной мембраны

На фоне противотуберкулезной терапии острота зрения повысилась до 0,6, экссудация в стекловидном теле частично рассосалась, а частично перешла в фиброз стек-

видного тела. Хориоретинальный очаг приобрел более четкие контуры (рис. 2), уменьшилась проминенция в стекловидное тело, экссудация над ним рассосалась, также рассоса-

лись преретинальные экссудаты на периферии глазного дна. В заднем полюсе сформировалась эпиретинальная мембрана (рис. 3, 4). Полученная положительная динамика

Толщина сетчатки в макулярной области: Macular C OD ● ○ OS

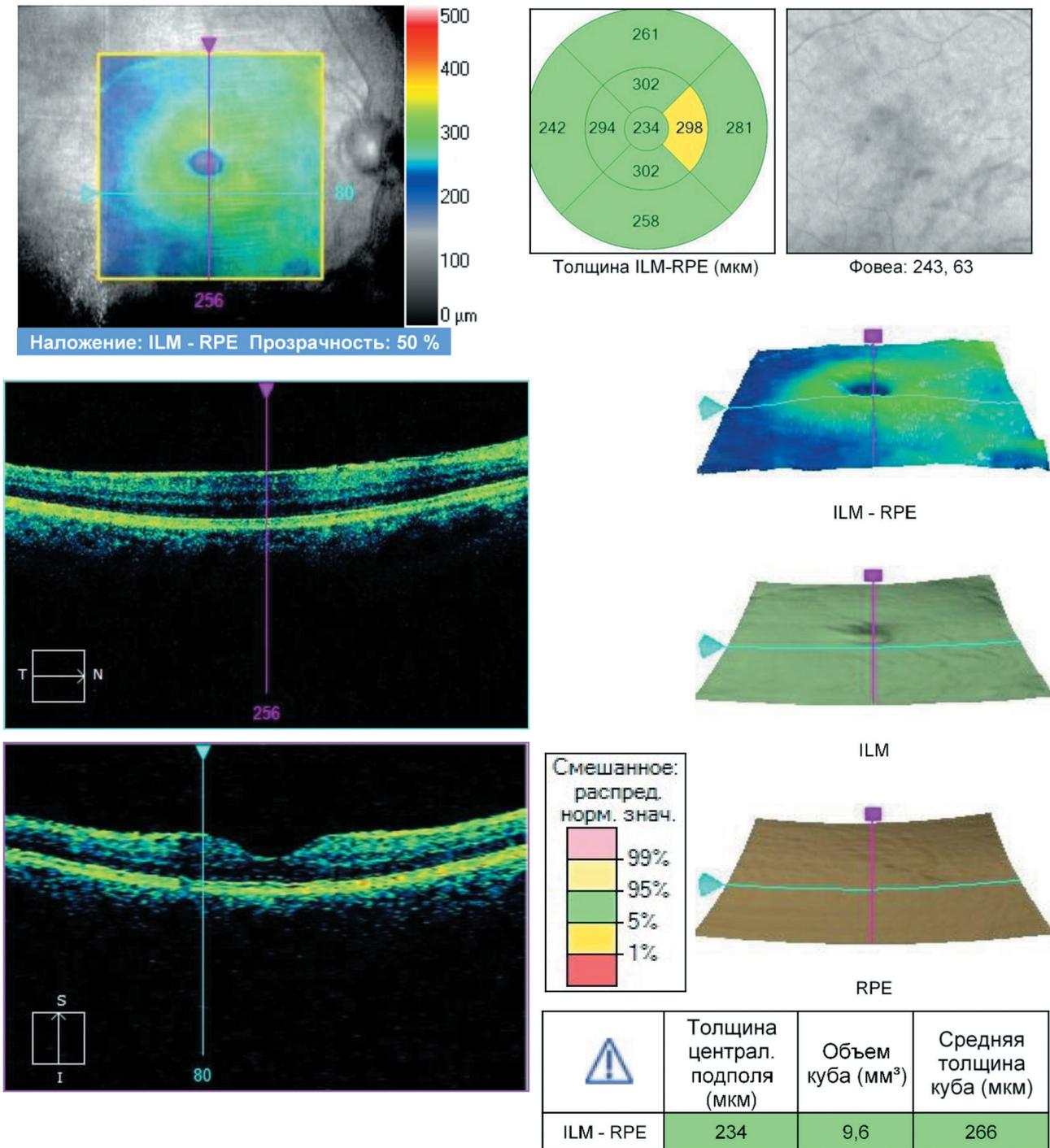


Рис 3. Данные оптической когерентной томографии заднего полюса пациентки. В ниже-носовом квадранте прослеживается эпиретинальная мембрана

на фоне противотуберкулезной терапии, характерная офтальмологическая картина и туберкулезное поражение легких в неактивной фазе

при крайне сниженном иммунитете дают основание считать процесс туберкулезной этиологии и в тканях глаза.

Через две недели после назначения химиотерапии был назначен курс антиретровирусной терапии (калетра 800 мг в сутки, никавир 800

Толщина сетчатки в макулярной области: Macular C OD ● ○ OS

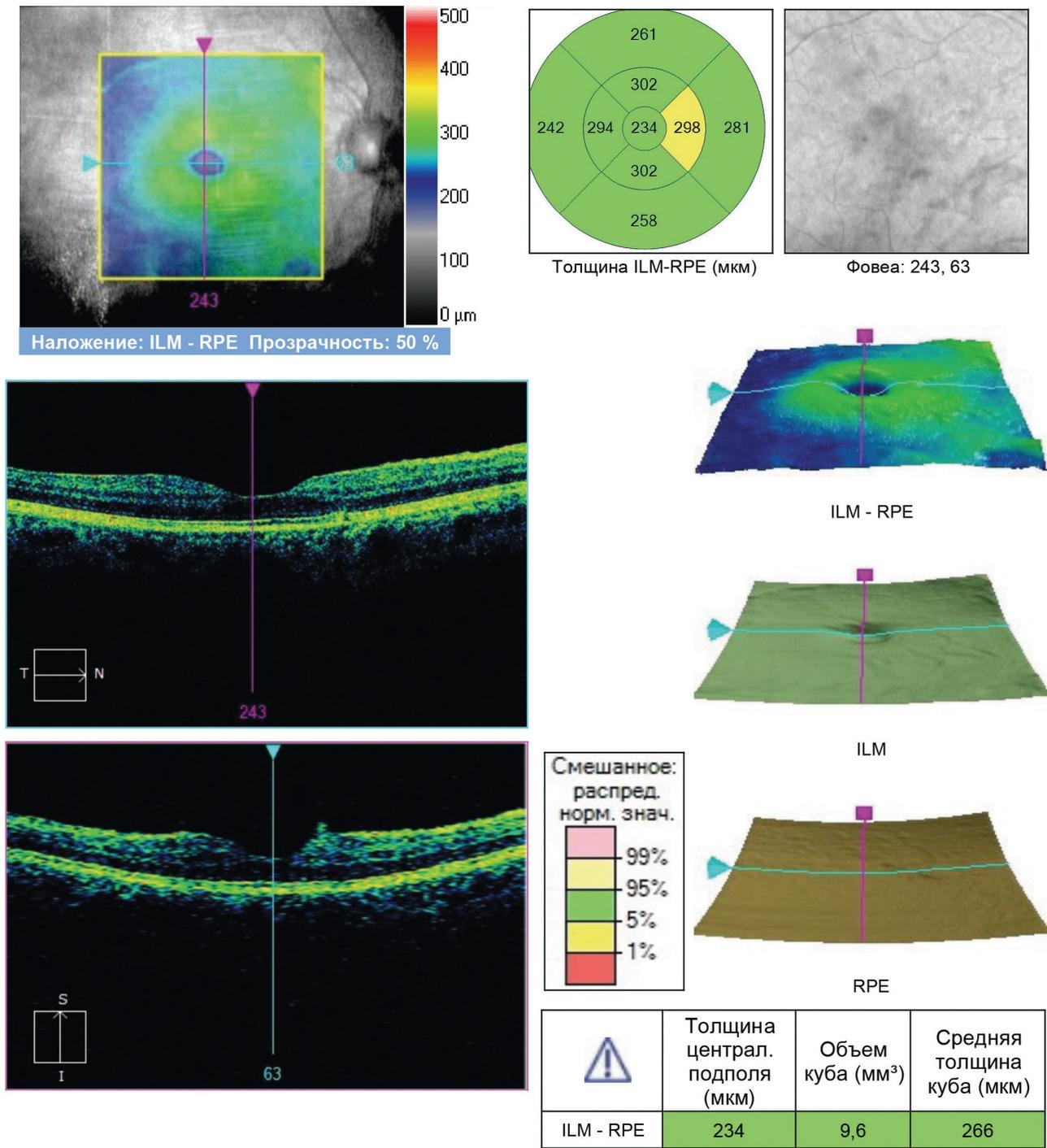


Рис 4. Оптическая когерентная томография макулярной зоны. Сетчатка в макулярной зоне без видимой структурной патологии. Толщина ее в пределах нормы. С носовой стороны прослеживаются признаки эпиретинальной мембраны

мг в сутки, ламивудин 300 мг в сутки). На фоне комплексной терапии в крови клетки CD4 T-хелперы оставались на том же уровне (154 кл/мкл), но ви-

русная нагрузка уменьшилась более чем в 150 раз (до 7 745 копий/мл).

На основании полученных результатов пациентке был установ-

лен диагноз: генерализованный увеит правого глаза в активной фазе туберкулезной этиологии. Посттуберкулезные изменения в средней доле

правого легкого в виде петрификата. В23 4Б стадия, прогрессирование без антиретровирусной терапии. Решением ЦОКК больная была взята на диспансерный учет.

Таким образом, приведенный пример свидетельствует, что распространение ВИЧ-инфекции затрагивает не только асоциальные слои населения, но и вполне благополучных людей. Вялотекущие, трудно поддающиеся лечению глазные воспалительные процессы требуют детального обследования. В

связи с этими фактами необходимо разработать четкие рекомендации по выявлению, диагностике и лечению туберкулеза глаз у пациентов с ВИЧ-инфекцией.

ЛИТЕРАТУРА

1. Беляков Н.А., Виноградова Т.Н. и соавт. Эволюция эпидемии ВИЧ-инфекции в Санкт-Петербурге – снижение заболеваемости, старение и утяжеление болезни. ВИЧ-инфекция и иммуносупрессия. 2015;7(2): 7-17.

2. Лиознов Д.А., Коновалова Н.В. и др. Характеристика эпидемиологической ситуации по ВИЧ-инфекции в Северо-Западном федеральном округе Российской Федерации. ВИЧ-инфекция и иммуносупрессия. 2015; 7(2): 93-100.

3. Бородулина Е.А., Лебедева Н.О. и др. Туберкулинодиагностика при туберкулезе легких в сочетании с ВИЧ-инфекцией. Теоретическая и клиническая медицина. 2012; 93(4): 576-579.

4. Карачунский М.А. Туберкулез при ВИЧ-инфекции. Проблемы туберкулеза. 2000; 1:47-52.

5. Клевно Н.И. Чувствительность кожных тестов при туберкулезе у детей с ВИЧ-инфекцией. Туберкулез легких и болезни легких. 2014;7: 37-40.