



КЛИНИКО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПНЕВМОЦИСТНОЙ ПНЕВМОНИИ У ПАЦИЕНТОВ С ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ

Пьянзова Т. В.¹, Лабутина А. В.¹, Астудина О. И.², Христенко О. Ю.³

¹Кемеровский государственный медицинский университет, г. Кемерово, РФ

²Кемеровская областная клиническая инфекционная больница г. Кемерово, РФ

³Кемеровский областной клинический фтизиопульмонологический медицинский центр, г. Кемерово, РФ

CLINICAL AND DIAGNOSTIC ASPECTS OF PNEUMOCYSTIC PNEUMONIA IN THE HIV INFECTED PATIENTS

Pyanzova T. V.¹, Labutina A. V.¹, Astudina O. I.², Khristenko O. Yu.³

¹Kemerovo State Medical University, Kemerovo, Russia

²Kemerovo Regional Clinical Infectious Diseases Hospital, Kemerovo, Russia

³Kemerovo Regional Clinical Phthisiopulmonary Medical Center, Kemerovo, Russia

Цель исследования: изучить клиничко-диагностические аспекты пневмоцистной пневмонии (ПП) у пациентов с ВИЧ-инфекцией.

Материал и методы. В исследование включены все пациенты (всего 37 человек) с ПП на фоне ВИЧ-инфекции, направленные на госпитализацию в противотуберкулезный и инфекционные стационары г. Кемерово в 2017-2018 гг. Во всех случаях ВИЧ-инфекция подтверждена методом иммунного блоттинга. Диагноз ПП устанавливали на основании клиничко-рентгенологических данных, а также определения ДНК *Pneumocystis jirovecii* методом полимеразной цепной реакции (ПЦР). Средний возраст пациентов составил $38,4 \pm 1,4$ года. Не занятых трудом лиц в трудоспособном возрасте было 25 (67,6%) человек, работали – 11 (29,7%), пенсионер – 1.

Результаты. Среднее количество CD4⁺-лимфоцитов у них составило $32,1 \pm 2,3$ кл/мкл: у 31 (83,8%) было менее 50 кл/мкл, из них у 14 (37,8%) уровень CD4⁺ не превышал 10 кл/мкл. До развития ПП 7 (18,9%) человек наблюдались 1 год и менее в центре СПИДа, 18 (48,6%) – наблюдались 2 года и более, 10 (29,7%) – не знали, что у них ВИЧ-инфекция. Антиретровирусную терапию на момент выявления ПП получали только 7 (18,9%) пациентов, 4 из которых имели неоднократные отрывы от лечения. Туберкулез в качестве вторичного заболевания установлен у 11 (29,7%) пациентов, во всех случаях он выявлен впервые и проявлялся в виде диссеминированных генерализованных форм без распада легочной ткани. У всех 37 больных имело место кандидозное поражение полости рта, у 4 пациентов выявлен себорейный дерматит, клинические проявления генерализованной цитомегаловирусной инфекции имелись у 2 пациентов, а всего цитомегаловирус выявлен у 18 (60%) из 30 обследованных, по 1 случаю диагностированы токсоплазменный энцефалит и герпетическая инфекция. Самой частой сопутствующей патологией явился вирусный

гепатит С, который имел место в 27 (71,1%) случаях. Кроме того, выявлены 2 случая описторхоза и по 1 случаю цирроза печени, ишемической болезни сердца, хронического пиелонефрита. Синдром зависимости от алкоголя диагностирован у 14 (37,8%) пациентов, а активными потребителями инъекционных наркотиков на момент госпитализации по поводу ПП являлись 11 (29,7%) пациентов. Основным каналом госпитализации служили учреждения первичной медико-санитарной помощи (ПМСП) – 23 (62,2%) пациента, направлены участковым фтизиатром – 7 (18,9%), инфекционистом центра СПИДа – 2 (5,4%). По данным анамнеза дебют ПП проявлялся следующими симптомами: одновременное появление лихорадки и одышки у 25 (67,6%) человек, сначала появилась лихорадка – у 10 (27%), сначала появилась одышка – у 2 (5,4%) человек. Средняя длительность лихорадки составила $2,2 \pm 0,4$ мес. у пациентов с ПП без туберкулеза – $2,1 \pm 0,5$ мес., у больных ПП и туберкулезом – $2,6 \pm 0,5$ мес. При госпитализации предъявляли жалобы на одышку 34 (91,9%) пациента, на лихорадку – 35 (94,6%), на сухой мучительный кашель – 19 (51,4%). Подъемы температуры до субфебрильных цифр отмечены у 20 (54,1%) пациентов, фебрильная и высокая лихорадка зафиксирована в 15 (40,5%) случаях. Отсутствие лихорадки в 1 случае расценено как проявление анергии на фоне тяжелого общего состояния, цирроза печени, признаков полиорганной недостаточности. У всех пациентов отмечалось снижение сатурации кислорода (SpO₂) в капиллярной крови, которое в среднем составило $77,1 \pm 13,6$, у лиц без туберкулеза – $79,8 \pm 6,1$, при сочетании ТБ и ПП – $72,3 \pm 5,9$. Определение ДНК *P. jirovecii* методом ПЦР в мазке из зева проведено 35 пациентам, у 2 исследование не выполнено ввиду наступления летального исхода через нескольких часов после госпитализации. ДНК *Pneumocystis jirovecii* выявлена в 33/35 (94,3%) случаях, у 2 пациентов анализ был отрицательный, из

них в 1 случае диагноз подтвержден при аутопсии, в 1 случае – на основании клинико-рентгенологических данных и эффекта от терапии ко-тримаксозолом. По данным рентгенологического исследования при наличии ПП в качестве моноинфекции ($n = 26$) у 12 (46,2%) пациентов преобладали изменения в легких интерстициального характера, у 12 (46,2%) – определялись инфильтративные тени различной протяженности, у 2 (7,8%) – имели место множественные тонкостенные полости, у 1 (2,8%) пациента патологических изменений не было. Среди пациентов с сочетанием ПП и ТБ ($n = 11$) у 8 (72,7%) визуализировались множественные очаговые тени в легочной ткани, у 8 (72,7%) – было увеличение внутригрудных лимфатических узлов, у 4 (27,3%) – инфильтративные изменения, по 1 случаю имелись множественные тонкостенные полости, только интростигиальные изменения в легких в сочетании с увеличением внутригрудных лимфатических узлов.

Терапию ко-тримаксозолом получали 36 пациентов, 1 – в связи с непереносимостью ко-тримаксозола назначен клиндамицин. Летальный исход наступил у 13/37 (35,1%) пациентов, среднее количество $CD4^+$ -лимфоцитов у них составило $12,0 \pm 1,7$ кл/мкл. Основными причинами леталь-

ных исходов явились позднее обращение за медицинской помощью и госпитализация в крайне тяжелом состоянии с прогрессирующей полиорганной недостаточностью.

Заключение. Сплошной ретроспективный анализ случаев ПП у больных с ВИЧ-инфекцией показал, что в 70% случаев она выявлялась как моноинфекция, а в 30% – в сочетании с генерализованным туберкулезом. Основные клинические проявления были типичными: одышка (91,9%), лихорадка (94,6%), сухой мучительный кашель (51,4%). Заболевшие характеризовались крайне низким иммунным статусом (среднее количество $CD4^+$ -лимфоцитов – 32,1 кл/мкл), более чем у трети больных уровень $CD4^+$ не превышал 10 кл/мкл. При этом у трети пациентов ВИЧ-инфекция установлена одновременно с выявлением ПП. При наличии клинических признаков иммунодефицита у пациентов с неизвестным ВИЧ-статусом необходима высокая настороженность врачей ПМСП в отношении ПП.

*Пьянзова Татьяна Владимировна
(Tatiana V. Pyanzova)
E-mail: tatyana_vezhnina@mail.ru*



DOI 10.21292/2075-1230-2019-97-1-64-65

АБДОМИНАЛЬНЫЙ ТУБЕРКУЛЕЗ: ЭКСТРЕННАЯ ХИРУРГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ОСТРОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ

Решетников М. Н.¹, Плоткин Д. В.^{1,2}, Синецын М. В.¹, Абу Аркуб Т. И.¹

¹ГБУЗ «Московский городской научно-практический центр борьбы с туберкулезом Департамента здравоохранения г. Москвы», клиника № 2, г. Москва, РФ

²ФГБОУ ВО «Российский научно-исследовательский медицинский университет им. Н. И. Пирогова» МЗ РФ, г. Москва, РФ

ABDOMINAL TUBERCULOSIS: EMERGENCY SURGERY IN ACUTE INTESTINAL OBSTRUCTION

Reshetnikov M. N.¹, Plotkin D. V.^{1,2}, Sinitsyn M. V.¹, Abu Arkub T. I.¹

¹Moscow Municipal Scientific Practical Center of Tuberculosis Control, Clinic no. 2, Moscow, Russia

²Pirogov Russian National Research Medical University, Moscow, Russia

Острая кишечная непроходимость (ОКН) занимает пятое место среди экстренной хирургической патологии (6-9% от всех urgentных хирургических больных) и второе – по частоте летальных исходов в послеоперационном периоде (до 25%). Развитие генерализованного туберкулеза на поздних стадиях ВИЧ-инфекции вновь сделало актуальной проблему кишечной непроходимости туберкулезной этиологии.

Цель исследования: анализ результатов диагностики и хирургического лечения больных с ОКН туберкулезной этиологии.

Материал и методы: медицинские документы 62 пациентов с ОКН туберкулезной этиологии, оперированных в туберкулезном хирургическом отделении клиники № 2 Московского городского научно-практического центра борьбы с туберкулезом в период 2007-2018 гг. Мужчин было 46 (74,2%), женщин – 16 (25,8%), возраст больных колебался от 21 до 61 года, у всех пациентов диагностирован туберкулез легких и у 37 (59,7%) человек – ВИЧ-инфекция стадии 4В. Пациентам проведено комплексное диагностическое обследование, включавшее: лучевые и эндоскопические методы, лабораторные