

Диссеминированный туберкулез на поздних стадиях ВИЧ-инфекции: диагностика и течение генерализованного диссеминированного туберкулеза в сочетании с другими вторичными оппортунистическими заболеваниями у больного с ВИЧ-инфекцией и наркозависимостью (клинический случай)

А.В.Мишина^{✉1,2}, В.Ю.Мишин^{1,3}, А.Э.Эргешов³, М.В.Левченко²

¹ФГБОУ ВО «Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И.Евдокимова» Минздрава России. 127473, Россия, Москва, ул. Делегатская, д. 20, стр. 1;

²Филиал по ВАО и СВАО ГКУЗ «Московский научно-практический центр борьбы с туберкулезом» Департамента здравоохранения г. Москвы. 127229, Россия, Москва, ул. Докукина, д. 18;

³ФГБНУ «Центральный научно-исследовательский институт туберкулеза». 107564, Россия, Москва, Яузская аллея, д. 2

✉av.mishina@yandex.ru

В статье описан клинический случай особенностей диагностики, комплексного лечения и исхода генерализованного диссеминированного туберкулеза в сочетании с другими вторичными оппортунистическими заболеваниями у больного на поздних стадиях ВИЧ-инфекции, страдающего наркотической зависимостью. Приведен анализ особенностей мультиморбидного состояния больного с IVB стадией ВИЧ-инфекции в фазе прогрессирования, без антиретровирусной терапии, с генерализованным диссеминированным туберкулезом в сочетании с грибковым поражением кожных покровов. Особенности данного случая явились длительное применение внутривенных наркотиков, наличие хронического гепатита С, полиаденопатии, энцефалопатии, невропатии и хронического бронхита в стадии обострения. Авторы акцентируют внимание на низкой мотивации и неприверженности больного комплексному лечению, что требует мультидисциплинарного наблюдения врачей разных специальностей, в том числе психолога, нарколога, психиатра, невропатолога, дерматолога. Рассматривается вопрос о создании специализированных лечебно-профилактических учреждений для данного контингента больных.

Ключевые слова: диссеминированный туберкулез, ВИЧ-инфекция, вторичные оппортунистические заболевания, наркомания, химиотерапия туберкулеза, антиретровирусная терапия, лечение оппортунистических заболеваний.

Для цитирования: Мишина А.В., Мишин В.Ю., Эргешов А.Э., Левченко М.В. Диссеминированный туберкулез на поздних стадиях ВИЧ-инфекции: диагностика и течение генерализованного диссеминированного туберкулеза в сочетании с другими вторичными оппортунистическими заболеваниями у больного с ВИЧ-инфекцией и наркозависимостью (клинический случай). Consilium Medicum. 2018; 20 (3): 14–20. DOI: 10.26442/2075-1753_20.3.14-20

Case reports

Disseminated tuberculosis in the late stages of HIV infection: diagnosis and course of generalized disseminated tuberculosis in combination with other secondary opportunistic diseases in a patient with HIV infection and drug dependence (clinical case)

A.V.Mishina^{✉1,2}, V.Yu.Mishin^{1,3}, A.E.Ergeshov³, M.V.Levchenko²

¹A.I.Evdokimov Moscow State University of Medicine and Dentistry of the Ministry of Health of the Russian Federation. 127473, Russian Federation, Moscow, ul. Delegatskaia, d. 20, str. 1;

²Branch in EAD and NEAD of Moscow Scientific-Practical Center for Tuberculosis of the Department of Health of Moscow. 127229, Russian Federation, Moscow, ul. Dokukina, d. 18

³Central Research Institute of Tuberculosis. 107564, Russian Federation, Moscow, lauzskaia alleia, d. 2

✉av.mishina@yandex.ru

Abstract

The article describes a clinical case of peculiarities of diagnosis, complex treatment and outcome of generalized disseminated tuberculosis in combination with other secondary opportunistic diseases in a patient at late stages of HIV infection suffering from drug dependence. The analysis of features of multimorbid condition of the patient IVC stage of HIV infection in the stage of progression, without antiretroviral therapy, with generalized disseminated tuberculosis in combination with fungal lesions of the skin. The features of this case was the prolonged use of intravenous drugs, chronic hepatitis C, polyadenopathy, encephalopathy, neuropathy and chronic bronchitis in the acute stage. The authors focus on the low motivation and non-commitment of the patient to complex treatment, which requires multidisciplinary supervision of doctors of various specialties, including a psychologist, a narcologist, a psychiatrist, a neurologist, a dermatologist, and consider the creation of specialized treatment and preventive institutions for this contingent of patients.

Key words: disseminated tuberculosis, HIV infection, secondary opportunistic diseases, drug addiction, chemotherapy of tuberculosis, antiretroviral therapy, treatment of opportunistic diseases.

For citation: Mishina A.V., Mishin V.Yu., Ergeshov A.E., Levchenko M.V. Disseminated tuberculosis in the late stages of HIV infection: diagnosis and course of generalized disseminated tuberculosis in combination with other secondary opportunistic diseases in a patient with HIV infection and drug dependence (clinical case). Consilium Medicum. 2018; 20 (3): 14–20. DOI: 10.26442/2075-1753_20.3.14-20

В клинической практике хорошо известно, что генерализованные диссеминированные туберкулезные процессы у больных ВИЧ наблюдаются, как правило, на поздних (IVB и IVB) стадиях заболевания при снижении количества CD4+ лимфоцитов менее 200 кл/мкл и ниже, при отсутствии антиретровирусной терапии (АРВТ). При данном состоянии у пациентов с диссеминированным туберкулезом легких отмечаются генерализация специфического процесса и развитие внелегочных форм туберкулеза, таких как экссудативный плеврит, выпотной перикардит, туберкулез внутригрудных и периферических лимфатических узлов, кишечника, печени, селезенки, почек, мозговых оболочек, вещества мозга и прочих органов. А также присоединяются и другие вторичные оппортунистические заболевания (вирусные, грибковые и др.). При этом почти 80% пациентов страдают наркозависимостью и алкоголизмом, что наряду с прогрессирующей энцефалопатией и невропатией проявляется в неадекватном отношении к своему здоровью, имеют низкую мотивацию к лечению и проявляют полную неприверженность комплексному лечению. Ввиду этого туберкулезный процесс неуклонно прогрессирует, развиваются выраженная иммуносупрессия и терминальная (V) стадия ВИЧ-инфекции с летальным исходом [1–9].

Клинический случай

Пациент – мужчина 38 лет, неработающий. Был взят на учет кабинета противотуберкулезной помощи больным ВИЧ-инфекцией в противотуберкулезном диспансере (ПТД) с клиническим диагнозом: милиарный туберкулез легких в фазе инфильтрации и распада; туберкулез внутригрудных лимфатических узлов в фазе инфильтрации; в мокроте выявлены микобактерии туберкулеза (МБТ)+; ВИЧ-инфекция IVB стадии, фаза прогрессирования без АРВТ; полиаденопатия, энцефалопатия, невропатия, диарея; хронический вирусный гепатит С; грибковое поражение стоп и ногтей пальцев нижних конечностей; хронический бронхит в стадии обострения; наркомания.

Из анамнеза известно, что в течение 10 лет применяет внутривенные наркотики, постоянно употребляет алкогольные напитки, курит, в течение 3 лет отбывал судебное наказание в исправительном тюремном учреждении, где были диагностированы ВИЧ-инфекция и гепатит С, но АРВТ не получал. В браке не состоит, живет с матерью. Не работает. Контакт с больными туберкулезом отрицает. После освобождения в СПИД-центр по месту жительства не обращался. Продолжает употреблять внутривенные наркотики и алкоголь, курит.

Обратился в поликлинику по месту жительства по поводу повышения температуры тела и кашля с выделением мокроты, увеличения периферических лимфатических узлов и диареи. При рентгенологическом обследовании органов грудной клетки выявлены множественные мелкие очаги на всем протяжении легких, с мелкими очагами просветления в верхних долях, увеличенные внутригрудные лимфатические узлы и утолщение междолевой плевры.

По поводу выявленных изменений в легких и внутригрудных лимфатических узлов направлен на консультацию в кабинет противотуберкулезной помощи больным ВИЧ-инфекцией в ПТД по месту жительства. При микроскопии мазка мокроты были обнаружены МБТ(+). При проведении исследования крови иммуноферментным методом обнаружены антитела к ВИЧ. В СПИД-центре, куда был направлен пациент, диагноз ВИЧ-инфекции был подтвержден полимеразной цепной реакцией (ПЦР) при обнаружении РНК ВИЧ, при этом вирусная нагрузка составляла 1 111 464 РНК ВИЧ коп/мл в крови. При иммунологическом исследовании количество CD4+ лимфоцитов составило всего 150 кл/мкл.

Пациент был направлен на стационарное лечение в специализированное отделение туберкулезной больницы для больных туберкулезом, сочетанным с ВИЧ-инфекцией, где находился 2 мес.

При поступлении жалобы на слабость, потливость в ночное время, повышение температуры тела до 38°C, похудение на 6 кг, кашель с выделением слизисто-гноющей мокроты, одышку при умеренной нагрузке, периодические головные боли и тянущие боли в нижних конечностях, диарею. Состояние средней степени тяжести. Кожные покровы стоп и ногти на пальцевых фалангах поражены грибковыми изменениями. Пальпируются почти все группы увеличенных периферических узлов. При перкуссии в верхних отделах обоих легких отмечается притупление перкуторного звука, а на остальном протяжении – с тимпаническим оттенком. При аускультации в легких выслушиваются жесткое дыхание и рассеянные сухие хрипы, а в верхних отделах левого легкого на фоне жесткого дыхания – средне- и крупнопузырчатые хрипы. Частота дыхательных движений – 30 в минуту. Тоны сердца приглушенные, ритмичные. Артериальное давление (АД) – 110/50 мм рт. ст. Печень у края реберной дуги, при пальпации несколько болезненна. Симптом поколачивания по почкам безболезненный с обеих сторон. Мочеиспускание безболезненное, свободное. Стул жидкий, нерегулярный, безболезненный. Клинический анализ крови: СОЭ – 66 мм/ч, гемоглобин (Hb) – 142 г/л, лейкоциты – $4,4 \times 10^9$ /л, палочкоядерные нейтрофилы – 1%, сегментоядерные нейтрофилы – 52%, эозинофилы – 0%, моноциты – 6%, лимфоциты – 35%. При биохимическом исследовании крови: общий билирубин – 18,7 мкмоль/мл, аланинаминотрансфераза (АЛТ) – 120,2 Ед/л, аспартатаминотрансфераза (АСТ) – 90,9 Ед/л, щелочная фосфатаза – 46 Ед/л. В крови выявлены антитела к вирусному гепатиту С: иммуноглобулины (Ig)G и IgM, при ПЦР обнаружены РНК вируса гепатита С.

Иммунологический анализ крови: CD4+ лимфоциты – 190 кл/мкл в крови. Вирусная нагрузка: 1 183 413 РНК ВИЧ коп/мл крови. При микроскопии и посеве мокроты обнаружены МБТ(+). При исследовании соскоба с ногтей пальцев стоп выявлен грибок рода *Candida*.

На обзорной и боковой рентгенограмме (рис. 1, 2) на фоне деформированного легочного рисунка определяются неравномерно расположенные множественные мелкие очаги средней интенсивности на всем протяжении легких с нечеткими контурами, негомогенного характера и нали-

Рис. 1. Обзорная рентгенограмма легких больного при первом поступлении в специализированное отделение туберкулезной больницы.



нием нескольких деструктивных изменений от 1 до 2 см в диаметре с очагами просветления в верхних долях. Увеличенные внутригрудные лимфатические узлы. Корни легких деформированы и расширены. Выявляется утолщение междолевой плевры.

При бронхоскопии патологии в трахее и крупных бронхах не выявлено.

Был подтвержден диагноз: милиарный туберкулез легких в фазе инфильтрации и распада. Туберкулез внутригрудных лимфатических узлов в фазе инфильтрации. МБТ(+). ВИЧ-инфекция IVB стадии, фаза прогрессирования без АРВТ. Полиаденопатия, энцефалопатия, невропатия, диарея. Хронический вирусный гепатит С. Кандидоз стоп и ногтей пальцев нижних конечностей. Хронический бронхит в стадии обострения. Наркомания.

Больной начал противотуберкулезное лечение, состоящее из комбинации: изониазид (0,6 г/сут), рифабутин (0,3 г/сут), пиперазид (1,5 г/сут), этамбутол (1,4 г/сут), канамицин (1 г/сут внутримышечно) и левофлоксацин (0,5 г/сут). Назначена также АРВТ (Интеленс, Комбивир). Получал также витаминотерапию, гепатопротекторы и антигрибковые лекарственные средства. Постоянно находился под наблюдением нарколога и психолога, но в этот период времени не прекращал употреблять наркотические средства и алкоголь. Через 2 мес за неоднократное нарушение лечебного режима (употребление внутривенных наркотиков и алкоголя) был выписан с направлением в кабинет противотуберкулезной помощи больным ВИЧ-инфекцией в ПТД по месту жительства для продолжения лечения в амбулаторных условиях и в СПИД-центр – для продолжения АРВТ.

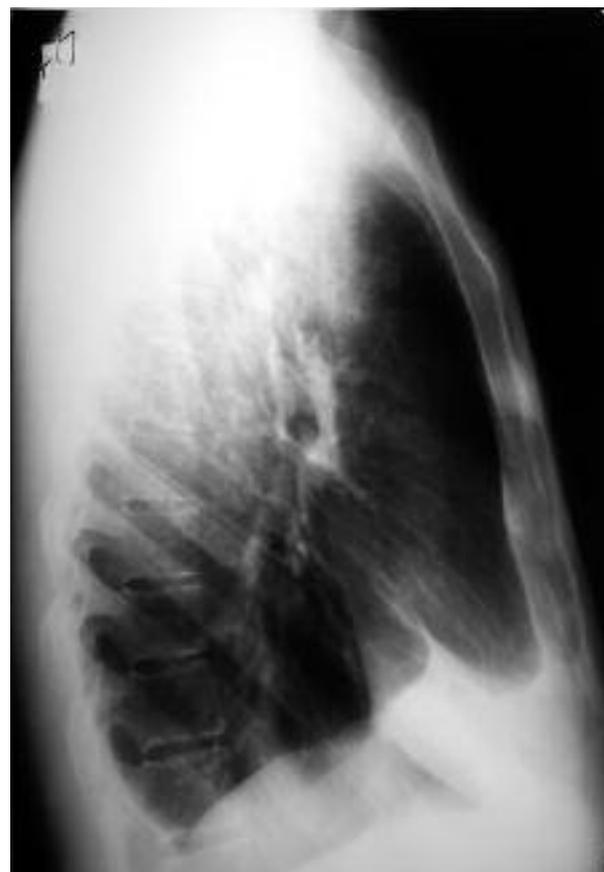
Больной нерегулярно посещал кабинет противотуберкулезной помощи для больных ВИЧ-инфекцией в ПТД и не получал качественного лечения, несмотря на неоднократные беседы с врачом, а при посещении места жительства врачом, в том числе с участковым полицейским, отсутствовал или находился в состоянии наркотического или алкогольного опьянения. СПИД-центр не посещал и АРВТ не получал.

Через 3 мес после выписки из стационара у больного отмечалось ухудшение состояния, повысилась температура тела до 39°C, усилился кашель с выделением слизисто-гноющей мокроты, выросла слабость, снизилась масса тела на 4 кг.

Обратился в кабинет противотуберкулезной помощи в ПТД мокроте вновь обнаружены МБТ(+), к этому времени уже были известны данные первичной лекарственной устойчивости МБТ к рифампицину и стрептомицину. После осмотра фтизиатра вновь был срочно госпитализирован в отделение противотуберкулезного стационара для больных туберкулезом, сочетанным с ВИЧ-инфекцией, где находился 2 мес.

При поступлении состояние тяжелое, жалобы на слабость, потливость в ночное время, повышение температуры тела до 39°C, похудение на 4 кг, кашель с выделением слизисто-гноющей мокроты, одышку при умеренной физической нагрузке, периодические головные боли и тянущие боли в нижних конечностях. Кожные покровы бледные, слизистые бледные и влажные. На коже стоп и ногтей пальцев ног выраженные грибковые поражения. Пальпируются почти все группы увеличенных периферических узлов. При перкуссии в верхних и средних отделах обоих легких отмечается притупление перкуторного звука, а на остальном протяжении – с тимпаническим оттенком. При аускультации в легких выслушиваются жесткое дыхание и рассеянные сухие хрипы, а в верхних отделах легких на фоне жесткого дыхания – средне- и крупнопузырчатые хрипы. Частота дыхательных движений – 20 в минуту. Тоны сердца приглушенные, ритмичные. АД – 100/60 мм рт. ст. Симптом поколачивания по почкам безболезненный с обеих сторон. Мочиспускание безболезненное, свобод-

Рис. 2. Фронтальная рентгенограмма легких больного при первом поступлении в специализированное отделение туберкулезной больницы.



ное. Стул жидкий, нерегулярный, болезненный. Печень увеличена и пальпируется на 2–3 см ниже реберной дуги, болезненна. Клинический анализ крови: СОЭ – 53 мм/ч, Hb – 141 г/л, лейкоциты – $6,3 \times 10^9$ /л, палочкоядерные нейтрофилы – 1%, сегментоядерные нейтрофилы – 50%, эозинофилы – 2%; моноциты – 6%, лимфоциты – 41%. При биохимическом исследовании крови: общий билирубин – 28,7 мкмоль/мл, АЛТ – 166,7 Ед/л, АСТ – 89,7 Ед/л, щелочная фосфатаза – 66 Ед/л. В крови выявлены антитела к вирусному гепатиту С (IgG и IgM), при ПЦР обнаружены РНК вируса гепатита С.

Иммунологический анализ крови: CD4+ лимфоциты – 93 кл/мкл крови. Вирусная нагрузка 1 100 567 РНК ВИЧ коп./мл крови. При микроскопии и посеве мокроты обнаружены МБТ(+).

Обзорная и боковая рентгенограммы органов грудной клетки. На обзорной и боковой рентгенограммах (рис. 3, 4) по сравнению с предшествующими рентгенограммами (см. рис. 1, 2) отмечается отрицательная динамика туберкулезных изменений в легких. В верхней доле левого легкого инфильтративная тень, значительно увеличилось количество очагов диссеминации и деструктивных изменений. В верхней доле левого легкого сформировалась каверна 3–4 см в диаметре. Корни легких деформированы и расширены. Выявляется утолщение междолевой плевры, costo-диафрагмальные синусы затемнены и не дифференцируются, что свидетельствует о появлении ограниченного плеврального выпота.

При бронхоскопии патологии в трахее и крупных бронхах не выявлено.

Был вновь подтвержден диагноз: милиарный туберкулез легких в фазе инфильтрации и распада; туберкулез внутригрудных лимфатических узлов в фазе инфильтрации; экссудативный плеврит, МБТ(+); ВИЧ-инфекция IVB ста-

Рис. 3. Обзорная рентгенограмма легких больного при повторном поступлении в специализированное отделение туберкулезной больницы.



Рис. 4. Фронтальная рентгенограмма легких больного при повторном поступлении в специализированное отделение туберкулезной больницы.



дии, фаза прогрессирования без АРВТ; полиаденопатия, энцефалопатия, невропатия, диарея; хронический вирусный гепатит С; кандидоз стоп и ногтей пальцев нижних конечностей; хронический бронхит в стадии обострения; наркомания.

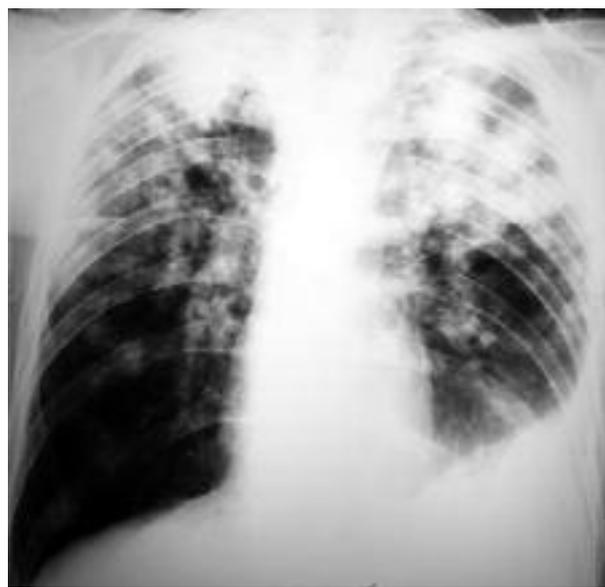
Больному в соответствии с данными устойчивости МБТ к рифампицину назначен индивидуальный режим химиотерапии, состоящий из комбинации: феназид (0,5 г/сут), пиразинамид (1,5 г/сут), этамбутол (1,4 г/сут), канамицин (1 г/сут внутримышечно), левофлоксацин (0,5 г/сут) и протионамид (0,75 г/сут). Продолжена ранее назначенная АРВТ. Получал также витаминотерапию, гепатопротекторы и антигрибковые лекарственные средства. Постоянно находился под наблюдением нарколога и психолога. В этот период времени, как и в первую госпитализацию, не прекращал употреблять наркотические средства и алкоголь. Через 3 мес за неоднократное нарушение лечебного режима (продолжал употреблять внутривенные наркотики и алкоголь), был выписан с направлением по месту жительства в кабинет противотуберкулезной помощи больным ВИЧ-инфекцией в ПТД для продолжения лечения в амбулаторных условиях и в СПИД-центр – для продолжения АРВТ. Больной, так же как и ранее, нерегулярно посещал кабинет противотуберкулезной помощи для контролируемого лечения и обследования, несмотря на неоднократные беседы с врачом, а при посещении места жительства последним, в том числе с участковым полицейским, отсутствовал или находился в состоянии наркотического или алкогольного опьянения. СПИД-центр не посещал и АРВТ не получал.

Через 2 мес после последней выписки по телефону мать сообщила врачу кабинета противотуберкулезной помощи в ПТД, что в последние дни у больного резко ухудшилось состояние, повысилась температура тела до 40°C, усилился кашель с выделением слизисто-гнойной мокроты с прожилками крови, резко усилилась слабость, появилась боль в области живота с нарушением стула в виде поноса со слизистыми выделениями, похудел на 6 кг. Больной по жизненным показаниям по скорой помощи срочно был госпитализирован в специализированный стационар для больных туберкулезом, сочетанным с ВИЧ-инфекцией, где находился 3 нед.

При поступлении состояние крайне тяжелое. Видимые слизистые с желтушным оттенком. Кожные покровы бледные, влажные с желтушным оттенком, кандидоз стоп и ногтей ног. Пальпируются почти все группы увеличенных периферических узлов. При перкуссии по всем поверхностям легких отмечается притупление перкуторного звука, только в нижних отделах правого легкого с тимпаническим оттенком. При аускультации в легких выслушиваются ослабленное жесткое дыхание и множество средне- и крупнопузырчатых хрипов. Частота дыхательных движений – 40 в минуту. АД – 80/40 мм рт. ст. Тоны сердца приглушены, тахикардия. Живот несколько вздут и при пальпации болезненный. Печень на 4–5 см ниже края реберной дуги, при пальпации болезненна. Симптом поколачивания по почкам болезненный с обеих сторон. Мочепускание безболезненное, свободное. Стул жидкий, многократный, болезненный. Клинический анализ крови: СОЭ – 73 мм/ч, Нб – 91 г/л, лейкоциты – $6,3 \times 10^9$ /л, палочкоядерные нейтрофилы – 11%, сегментоядерные нейтрофилы – 60%, эозинофилы – 4%; моноциты – 4%, лимфоциты – 21%. При биохимическом исследовании крови: общий билирубин – 48,7 мкмоль/мл, АЛТ – 199,2 Ед/л, АСТ – 97,7 Ед/л, щелочная фосфатаза – 75 Ед/л. В крови выявлены антитела к вирусному гепатиту С (IgG и IgM), при ПЦР обнаружены РНК вируса гепатита С.

Иммунологический анализ крови: CD4+ лимфоциты – 31 кл/мкл крови. Вирусная нагрузка 5 640 231 РНК ВИЧ коп/мл крови. При микроскопии и посеве мокроты обнаружены МБТ(+), при посеве кала также выявлены МБТ(+). К этому времени стала известна вторичная множественная лекарственная устойчивость МБТ и выявлена устойчивость к изониазиду, рифампицину, стрептомицину, этамбутолу, канамицину и протионамиду, в то время как первичная была только к рифампицину и стрептомицину.

Рис. 5. Обзорная рентгенограмма легких больного при экстренной госпитализации в специализированное отделение туберкулезной больницы.



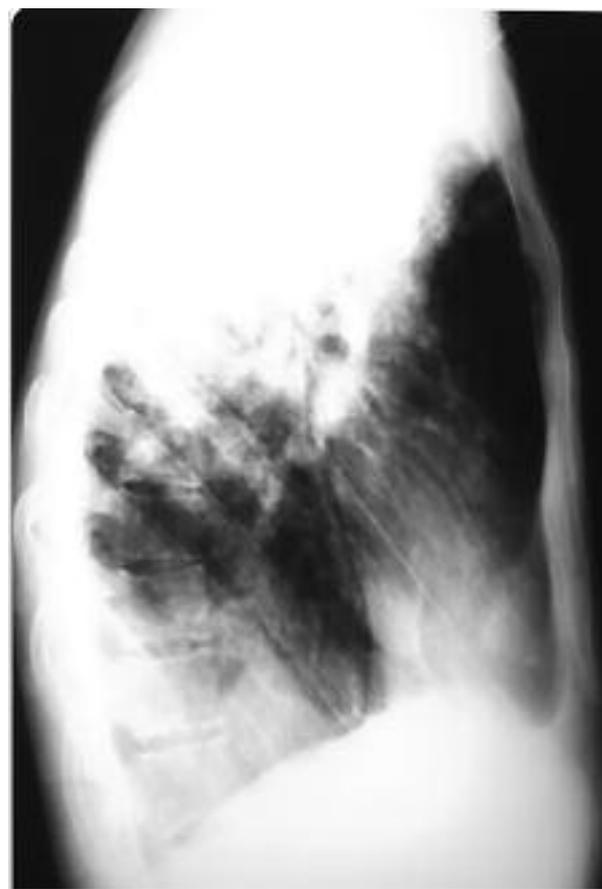
На обзорной и боковой рентгенограмме (рис. 5, 6) по сравнению с предыдущей рентгенограммой (см. рис. 3, 4) отмечается значительная отрицательная динамика туберкулезных изменений в легких. В верхних долях обоих легких образовались инфильтративные и крупноочаговые изменения, интенсивность их стала значительно более высокой, увеличилось не только количество и размеры каверн, в верхней доле левого легкого сформировалась гигантская каверна 4×5 см в диаметре. В нижних отделах легких, больше слева, появилась интенсивная тень, прилежащая к costальной плевре и диафрагме, которая полностью не дифференцируется, с верхним четким вогнутым внутрь контуром, тень средостения несколько сдвинута вправо, что отражает развитие двухстороннего экссудативного плеврита. Корни легких несколько смещены вверх, расширены и деформированы.

При плевральной пункции получено 100 мл гнойной жидкости. При посеве плевральной жидкости на питательные среды был получен рост неспецифической патогенной микрофлоры и МБТ(+). При посеве кала – также получен рост МБТ(+).

Был установлен диагноз: казеозная пневмония верхних долей обоих легких в фазе инфильтрации, распада и обсеменения. МБТ(+). Множественная лекарственная устойчивость МБТ к изониазиду, рифампицину, стрептомицину, этамбутолу, канамицину и протионамиду. Двухсторонний экссудативный плеврит. Эмпиема левой плевральной полости. МБТ(+). Туберкулез кишечника. МБТ(+). V терминальная стадия ВИЧ-инфекции, фаза прогрессирования. Кандидоз стоп и ногтей нижних конечностей. Полиаденопатия, энцефалопатия, невропатия. Хронический вирусный гепатит С. Хронический гнойный бронхит в стадии обострения. Инфекционно-токсический шок.

Больной поступил в палату интенсивной терапии, где в полном объеме проводились комплексное лечение токсико-инфекционного шока, полиорганной и дыхательной недостаточности и химиотерапия. В соответствии с данными вторичной устойчивости к изониазиду, рифампицину, стрептомицину, этамбутолу, канамицину и протионамиду назначен индивидуальный режим химиотерапии, состоящий из комбинации: пиразинамид (1,5 г/сут), левофлоксацин (0,5 г/сут), капреомицин (1 г/сут) и циклосерин (0,75 г/сут). Продолжена также ранее назначенная АРВТ (Интеленс, Комбивир). Однако, несмотря на интенсивную

Рис. 6. Фронтальная рентгенограмма легких больного при экстренной госпитализации в специализированное отделение туберкулезной больницы.



комплексную терапию, 28.08.2011 больной умер на фоне прогрессирующего течения туберкулеза, сочетанного с IV стадией ВИЧ-инфекции, на фоне тяжелого инфекционно-токсического шока, полиорганной и легочно-сердечной недостаточности.

При патологоанатомическом исследовании выявлены: генерализованный туберкулез; двухсторонняя казеозная пневмония в фазе инфильтрации и распада, МБТ(+); двухсторонний экссудативный плеврит; эмпиема левой плевральной полости, МБТ(+); туберкулез подмышечных лимфатических узлов; туберкулез мезентериальных лимфатических узлов; туберкулез кишечника, МБТ(+); перитонит. Осложнения: легочное сердце – умеренная дилатация полостей правых отделов сердца, гипертрофия миокарда правого желудочка 0,7 см. Острые геморрагические эрозии слизистой оболочки желудка, острая язва по большой кривизне тела желудка. Язвенно-некротические поражения тонкого кишечника. Отек легких. Анемия. Кахексия. Сопутствующие заболевания: хронический вирусный гепатит С с фиброзом печени.

Данное клиническое наблюдение иллюстрирует летальный исход от туберкулеза, сочетанного с ВИЧ-инфекцией, когда на всех этапах больной проявлял полную неприверженность как лечению туберкулеза, так и терапии ВИЧ-инфекции, не прекращал употребления психоактивных веществ и алкоголя. В этом случае сочетанная патология неуклонно прогрессировала, и был констатирован летальный исход.

Необходимо акцентировать внимание врачей на том, что такие пациенты, страдающие наркоманией, имеют низкую мотивацию и неприверженность лечению, что требует мультидисциплинарного наблюдения врачей разных специальностей, в том числе психолога, нарколога, психиатра,

невропатолога, дерматолога. Это ставит серьезный вопрос о создании специализированных лечебно-профилактических учреждений для данной категории больных туберкулезом и другими заболеваниями, сочетанными с ВИЧ-инфекцией, для строго контролируемого лечения, в том числе наркотической зависимости и алкоголизма.

Литература/References

1. Бабаева И.Ю., Демикова О.В., Кравченко А.В. Диссеминированный туберкулез легких у больных ВИЧ-инфекцией. М.: Нью Терра, 2010. / Babaeva I.Iu., Demikhova O.V., Kravchenko A.V. Disseminirovannyi tuberkulez legkikh u bol'nykh VICH-infektsiei. M.: Niu Terra, 2010. [in Russian]
2. Зими́на В.Н., Кошечкин, Кравченко А.В. Туберкулез и ВИЧ-инфекция у взрослых. Руководство для врачей. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. / Zimina V.N., Koshechkin, Kravchenko A.V. Tuberkulez i VICH-infektsiia u vzroslykh. Rukovodstvo dlia vrachei. M.: GEOTAR-Media, 2014. [in Russian]
3. Кытманова Л.Ю., Дегтярев А.А. Факторы, определяющие приверженность к терапии у больных с ВИЧ-инфекцией. ВИЧ-инфекция и иммуносупрессии. 2013; 5 (1): 100–8. / Kytmanova L.Iu., Degtiarev A.A. Faktory, opredel'aiushchie priverzhennost' k terapii u bol'nykh s VICH-infektsiei. VICH-infektsiia i immunosupressii. 2013; 5 (1): 100–8. [in Russian]
4. Лиознов Д.А., Николаенко С.Л., Жигалов А.А. и др. Стигматизация у больных с ВИЧ-инфекцией и сопутствующей опиоидной наркоманией. ВИЧ-инфекция и иммуносупрессии. 2012; 4 (3): 52–7. / Lioznov D.A., Nikolaenko S.L., Zhigalov A.A. i dr. Stigmatizatsiia u bol'nykh s VICH-infektsiei i sopuststvuiushchei opiinoi narkomaniei. VICH-infektsiia i immunosupressii. 2012; 4 (3): 52–7. [in Russian]
5. Мишин В.Ю., Мишина А.В. Туберкулез, сочетанный с ВИЧ-инфекцией. Респираторная медицина. Руководство. Под ред. А.Г.Чучалина. 2-е изд., перераб. и доп. Т. 3. М.: Литерра, 2017; с. 239–50. / Mishin V.Iu., Mishina A.V. Tuberkulez, sochetannyy s VICH-infektsiei. Respiratornaia meditsina. Rukovodstvo. Pod red. A.G.Chuchalina. 2-e izd., pererab. i dop. T. 3. M.: Literra, 2017; s. 239–50. [in Russian]
6. Мишин В.Ю., Протасов А.Д., Жестков А.В. Заболевание легких у пациентов с ВИЧ-инфекцией. Респираторная медицина. Руководство. Под ред. А.Г.Чучалина. 2-е изд., перераб. и доп. Т. 3. М.: Литерра, 2017; 251–63. / Mishin V.Iu., Protasov A.D., Zhestkov A.V. Zabolevanie legkikh u patsientov s VICH-infektsiei. Respiratornaia meditsina. Rukovodstvo. Pod red. A.G.Chuchalina. 2-e izd., pererab. i dop. T. 3. M.: Literra, 2017; 251–63. [in Russian]
7. Нечаева О.Б. Мониторинг туберкулеза и ВИЧ-инфекции в Российской Федерации. Мед. алфавит. 2017; 30 (327). Эпидемиология и гигиена. Т. 3; с. 24–33. / Nechaeva O.B. Monitoring tuberkuleza i VICH-infektsii v Rossiiskoi Federatsii. Med. alfavit. 2017; 30 (327). Epidemiologiia i gigiena. T. 3; s. 24–33. [in Russian]
8. Устинов А.С., Суворова А.В., Беляков А.Н. и др. Влияние психопатологической симптоматики и употребления психоактивных веществ на уровень вирусной нагрузки больных ВИЧ, получавших АРВТ. ВИЧ-инфекция и иммуносупрессии. 2015; 7 (2): 41–8. / Ustinov A.S., A.V.Suvorova A.V., A.N.Beliakov A.N. i dr. Vliianie psikhopatologicheskoi simptomatiki i upotrebleniia psikoaktivnykh veshchestv na uroven' virusnoi nagruzki bol'nykh VICH, poluchavshikh ARVT. VICH-infektsiia i immunosupressii. 2015; 7 (2): 41–8. [in Russian]
9. Филиппова Т.П., Новицкая О.Н., Быков Ю.Н., Корнилова З.Х. ВИЧ-ассоциированный туберкулез центральной нервной системы в регионе с высоким уровнем распространенности туберкулеза и ВИЧ-инфекции. М.: Р.Валент, 2012. / Filippova T.P., Novitskaia O.N., Bykov Iu.N., Kornilova Z.Kh. VICH-assotsirovannyi tuberkulez tsentral'noi nervnoi sistemy v regione s vysokim urovnem rasprostranennosti tuberkuleza i VICH-infektsii. M.: R.Valent, 2012. [in Russian]
10. ТБ/ВИЧ в Российской Федерации. Эпидемиология, особенности клинических проявлений и результаты лечения. Под ред. С.А.Стерликова. М.: РИО ЦНИИОИЗ, 2017. / TB/VICH v Rossiiskoi Federatsii. Epidemiologiia, osobennosti klinicheskikh proiavlenii i rezul'taty lecheniia. Pod red. S.A.Sterlikova. M.: RIO TsNIIOIZ, 2017. [in Russian]

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ

Мишина Анастасия Владимировна – канд. мед. наук, ассистент каф. фтизиатрии и пульмонологии, зав. учебной частью ФГБОУ ВО «МГМСУ им. А.И.Евдокимова», филиал по ВАО и СВАО ГКУЗ «МНПЦ борьбы с туберкулезом». E-mail: av.mishina@yandex.ru

Мишин Владимир Юрьевич – д-р мед. наук, проф., зав. каф. фтизиатрии и пульмонологии ФГБОУ ВО «МГМСУ им. А.И.Евдокимова», гл. науч. сотр. ФГБНУ ЦНИИТ. E-mail: mishin.vy@mail.ru

Эргешов Атаджан Эргешович – д-р мед. наук, проф., дир. ФГБНУ ЦНИИТ. E-mail: cniit@ctri.ru

Левченко Марина Владимировна – зав. филиалом по ВАО и СВАО ГКУЗ «МНПЦ борьбы с туберкулезом». E-mail: cbt-sva012@zdrav.mos.ru