

Д. К. САЙЛАНОВА, Г.Т.БАЙСЕРКЕЕВА, Ш.А.АЙТЖАНОВА, А.БАЛЖИГТҒЫЗЫ, Г.Ж. ЖАКИПБЕКОВА, Б.А. КУРБАНОВА,
А.Н. САРСЕНОВА, Г.Н. ТЕЛЕМИСОВА

Казахский Национальный Медицинский Университет им. С. Д. Асфендиярова,
Городская клиническая больница № 1, г. Алматы

ПНЕВМОЦИСТНАЯ ПНЕВМОНИЯ У ВИЧ - ИНФИЦИРОВАННОГО БОЛЬНОГО

В настоящее время возрастает число людей с приобретенным иммунодефицитом. Эта группа наиболее подвержена инфекциям нижних дыхательных путей, которые могут являться причиной гибели. Согласно литературным данным, у 25-60% ВИЧ - инфицированных поражаются легкие (1, 2). В связи с этим весьма актуальной является проблема этиологической диагностики и лечения пневмоний у данной группы пациентов. Описан клинический случай пневмоцистной пневмонии у ВИЧ – инфицированного больного. Данный случай демонстрирует сложности, возникающие при диагностике, тактике ведения и лечения пациента, с которыми может столкнуться врач любой специальности.

Ключевые слова: пневмоцистная пневмония, ВИЧ-инфекция.

Актуальность: Одним из наиболее известных и значимых возбудителей оппортунистических пневмоний у ВИЧ-инфицированных пациентов остаются пневмоцисты (*Pneumocystis jirovecii*) (3). Число больных пневмоцистной пневмонией составляет от 5,6 до 8,5 % из всех госпитализированных больных с диагнозом СПИДа (4). При исследовании периферической крови специфических изменений при пневмоцистной пневмонии не наблюдается. Часто регистрируются изменения, характерные для поздних стадий ВИЧ-инфекции: анемия, лейко- и тромбоцитопения (5). В диагностике пневмоцистной пневмонии помогает высокий уровень СОЭ (которая может достигать 80 мм/ч и выше). Рентгенологические изменения при пневмоцистной пневмонии являются неспецифичными и могут варьировать от нормальных данных до различной степени двусторонних и обычно симметричных инфильтратов в легких (6). При выполнении КТ органов грудной клетки выявляют двусторонние интерстициальные поражения легочной ткани, зоны затемнений по типу «матового стекла» или участки консолидации, чередование участков нормальной легочной ткани и участков инфильтрации. Самым важным для пневмоцистной инфекции является высокая клиническая настороженность (6). Для клинической картины пневмоцистной пневмонии в группе ВИЧ-инфицированных пациентов типично подострое начало заболевания, которое чаще начинается с появления общей слабости, повышения температуры тела, сопровождающейся ознобом, повышенной потливостью. Одышка — наиболее ранний симптом пневмоцистной пневмонии, наблюдающийся практически у всех больных; она нарастает постепенно: в начале заболевания одышка возникает только при физической нагрузке (что должно насторожить врача с учетом молодого возраста большинства пациентов), в разгаре болезни появляются признаки прогрессирующей дыхательной недостаточности при наличии скудных физикальных данных и рентгенологических проявлений. Таким образом, ни одно из вторичных заболеваний с поражением легких у больных ВИЧ-инфекцией не протекает с такой выраженной дыхательной недостаточностью, как пневмоцистная пневмония (6). Также установлено, что тяжесть и исход ВИЧ-ассоциированной пневмоцистной пневмонии различаются у пациентов с впервые диагностированной ВИЧ-инфекцией в сравнении с теми, кто знал о своем ВИЧ-статусе (3). К сожалению, ни одна комбинация симптомов, клинических признаков и результатов рентгенологических данных не является диагностическим критерием пневмоцистной пневмонии, а ее диагноз в настоящее время основывается на микроскопической визуализации характерных форм на окрашенных препаратах дыхательных путей (7).

Цель исследования: описание оригинального случая развития пневмоцистной пневмонии у ВИЧ – инфицированного больного.

Материалы и методы: Проведен анализ развития пневмоцистной пневмонии у ВИЧ – инфицированного больного.

Анализ полученных результатов: Приводим данные собственного клинического наблюдения. Мужчина 27 лет, поступил в пульмонологическое отделение ГКБ №1 г. Алматы с диагнозом: Пневмония внебольничная в нижних долях обоих легких, тяжелое течение. ДН 2 ст.

Жалобы при поступлении на повышение температуры тела до 38 гр. С, одышку в покое, усиливающуюся при малейшем движении, чувство нехватки воздуха, облегчение только после вдыхания кислорода, редкий непродуктивный кашель, слабость.

Из анамнеза заболевания: прогрессирующая одышка беспокоит больного в течение 2-х месяцев. Когда одышка стала беспокоить при малейшей физической нагрузке, затем в покое, больной неоднократно вызывал скорую помощь, которая оказывала симптоматическую терапию. В течение последней недели до поступления в стационар стала повышаться температура тела до 38-39 гр. С, беспокоила слабость, в связи с чем больной обратился в поликлинику, где осмотрен специалистами: терапевтом, невропатологом, эндокринологом, кардиологом, психиатром. Невропатологом назначено лечение по поводу посттравматической энцефалопатии, без эффекта. В связи с продолжающейся, прогрессирующей одышкой, лихорадкой и слабостью пациент вызвал скорую помощь, доставлен в ГКБ №1. На рентгенограмме грудной клетки: Интерстициальный отек легких. Двухсторонняя нижнедолевая пневмония. Обострение хронического бронхита. В связи с этим больной госпитализирован в пульмонологическое отделение.

Из анамнеза жизни: Вирусный гепатит, туберкулез, венерические заболевания отрицает. Операция по поводу врожденного вывиха левого тазобедренного сустава много лет тому назад, травма головного мозга в июне 2014 г. Обратился врачу, назначено МРТ головного мозга, где выявлены признаки посттравматической энцефалопатии, получал курс терапии у невропатолога, у которого находится под наблюдением. Наследственность не отягощена.

При осмотре: состояние больного при поступлении тяжелое из-за интоксикации и дыхательной недостаточности, в сознании. Кожные покровы бледные, на ощупь влажные, имеется небольшой диффузный цианоз. Перкуторно в легких: в S9, 10 с обеих сторон - притупление перкуторного звука. Аускультативно: на фоне ослабленного везикулярного дыхания в S9, 10 с обеих сторон выслушиваются мелкопузырчатые влажные хрипы. ЧДД - 20 в мин. Сердечные тоны приглушены, ритм правильный. ЧСС-86 в мин. АД - 110/70 мм.рт.ст.

По данным лабораторно-инструментальных методов исследования:

Общий анализ крови: умеренный лейкоцитоз, палочкоядерный сдвиг, ускорение СОЭ (40 мм/ч). Анализ мочи: незначительная протеинурия. Биохимические анализы крови без патологии. Кровьна стерильность: результат отрицательный. Были получены положительные анализы крови на ВИЧ из городского центра AIDS. Общий анализ мокроты: цвет - сероватый; характер - слизистый; эпителий: 4-5 в поле зрения; лейкоциты: 4-5 в поле зрения. Анализ мокроты на туберкулез методом GXPRT: результат отрицательный.

Бронхоальвеолярный смыв на БК: отрицательный; на пневмоцисты: положительный. ЭКГ: Синусовая тахикардия, ЧСС – 111 в минуту. ЭОС - вертикальная. Нарушение процессов реполяризации в миокарде. ЭХОКГ – без патологии. УЗИ органов брюшной полости: Диффузные изменения паренхимы печени и поджелудочной железы. Спленомегалия.

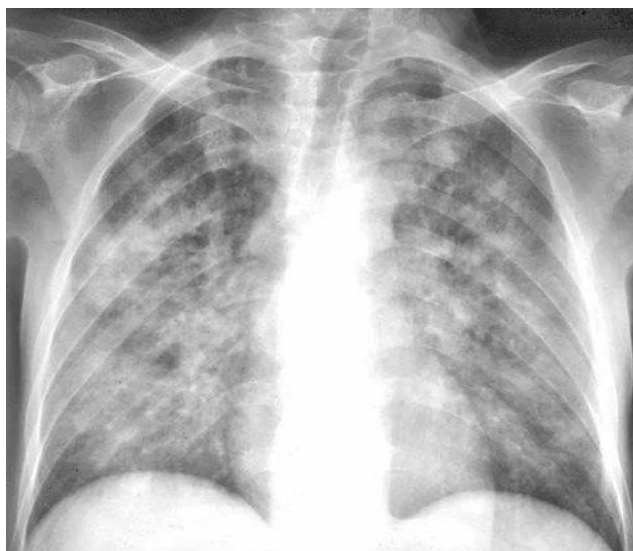


Рисунок 1 - Рентгенография грудной клетки: Двухсторонняя пневмоцистная пневмония

КТ ОГК: КТ картина диффузного поражения интерстиция обоих легких. Признаки легочной гипертензии.

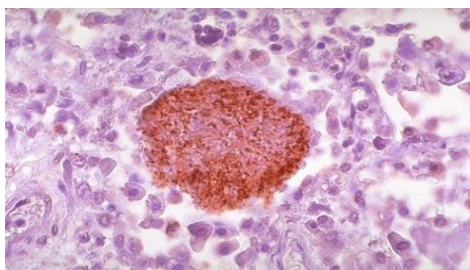


Рисунок 2 - Бронхоальвеолярный смыв на БК и микроскопия на пневмоцисты: положительный

Больной проконсультирован специалистами из городского центра AIDS: ВИЧ, IV клиническая стадия. Пневмоцистная пневмония. Консультация фтизиатра: данных за туберкулез не выявлено. Группа риска. Консультация невропатолога: Резидуальная энцефалопатия. Астено-невротический синдром. Состояние больного прогрессивно ухудшалось, в связи с чем он был переведен в отделение интенсивной терапии (ОРИТ). В ОРИТ проведено лечение: бисептол, трувада, эфервен, нистатин, КМА, FDP, преднизолон, зуфиллин, дигоксин, анальгин, димедрол, омега-3, азитромицин, брэнзепам, цефтриаксон, амбро, фраксипарин, актовегин, леволет, цеф 3, цеф-4, аскорбиновая кислота, микосан, флуконазол, микосист, кватател, глицин, амитриптилин, дротаверин.

Несмотря на проводимую терапию, состояние больного оставалось крайне тяжелым, произошла остановка сердечной деятельности, констатирована биологическая смерть.

Заключительный клинический диагноз: Двухсторонняя пневмоцистная пневмония с субтотальным поражением обоих легких, тяжелое течение. ДН 3. Фоновое заболевание: ВИЧ, IV клиническая стадия. Сопутствующее заболевание: Резидуальная энцефалопатия. Астено-невротический синдром. Причина смерти: легочно-сердечная недостаточность.

Патологоанатомический диагноз: Двухсторонняя тотальная фиброзная пневмония с фокусами карнификации. Двухсторонний фиброзно-гнойный плеврит. Гнойный бронхит. Легочно-сердечная недостаточность, кровоизлияния в паренхиму легкого, ателектазы и дистелектазы легкого, очаги некоронарного повреждения миокарда, некроз эпителия почечных канальцев, белковая дистрофия печени, некробиоз вещества головного мозга, отек мозга и мягких мозговых оболочек, диапедезные кровоизлияния в паренхиму внутренних органов, под серозные и слизистые оболочки, эрозивно-геморрагический гастрит. ВИЧ инфекции по клиническим данным.

Таким образом, данный клинический случай подтверждает, что пневмоцистная пневмония у ВИЧ – инфицированного больного – это сложное и разнообразное по клинической картине заболевание. Диагностика достаточно трудна и проводится на основании совокупности жалоб, анамнеза, клиники и рентгенологических данных. Особенностью данного клинического случая являлось то, что у пациента не было в анамнезе данных, указывающих на наличие иммунодефицита. Однако верный алгоритм диагностики пневмонии после получения положительных результатов исследования крови на ВИЧ позволил установить диагноз и доказать её этиологию. Широкое распространение данного контингента больных должно повысить настороженность врачей в отношении ВИЧ-инфекции, что позволит избежать ошибок в диагностике и лечении осложнений данного заболевания.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Badri M. et al. Association between tuberculosis and HIV disease progression in a high tuberculosis prevalence area // *Int. J. Tuberc. Lung Dis.* - 2001. - V. 5, N3. - P. 225-232.
- 2 Bozzette S.A. et al. A controlled trial of early adjunctive treatment with corticosteroids for *Pneumocystis carinii* pneumonia in the acquired immunodeficiency syndrome // *N. Engl. J. Med.* - 1990. - V. 323. - P. 1451-1457.
- 3 Matthew W. Fei Severity and outcomes of *Pneumocystis pneumonia* in patients newly diagnosed with HIV infection : an observational cohort study / Matthew W. Fei [et al.] // *J. Infect. Dis.* — 2009. — Vol. 41, N 9. — P. 672–678.
- 4 Самитова Э. Р. Диагностика пневмоцистной пневмонии у больных ВИЧ-инфекцией / Э. Р. Самитова [и др.] // *Инфекционные болезни.* — 2007. — Т. 5, № 4. — С. 66–68.
- 5 Ермак Т. Н. Лечение пневмоцистной пневмонии при ВИЧ-инфекции / Т. Н. Ермак // *Фарматека.* — 2003. — № 13. — С. 17–21.
- 6 Ермак Т. Н. Оппортунистические (вторичные) заболевания у больных ВИЧ-инфекцией в Российской Федерации : структура, клиническая диагностика, лечение. Ч. 1. Туберкулез. Пневмоцистная пневмония / Т. Н. Ермак // *Фарматека.* — 2010. — № 4. — С. 54–56.
- 7 Laurence Huang An Official ATS Workshop Summary : Recent Advances and Future Directions in *Pneumocystis Pneumonia (PCP)* / Laurence Huang [et al.] // *Proceedings of the American Thoracic Society.* — 2006. — Vol.3. — P. 655–664.

**Д.К.САЙЛАНОВА, Ш.А. АЙТЖАНОВА, А. БАЛЖИГІТҚЫЗЫ, Г.Ж. ЖАКИПБЕКОВА, Б.А. КУРБАНОВА,
А.Н. САРСЕНОВА, Г.Н. ТЕЛЕМИСОВА**
АИТВ-ИНФЕКЦИЯЛАНҒАН НАУҚАСТАҒЫ ПНЕВМОЦИСТТІ ПНЕВМОНИЯ

Түйін: Қазіргі таңда пневмоцистті пневмониямен ауыратын науқастар саны көбеюде. Диагностикалау біршама қиын және анамнестикалық, клиникалық, рентгенологиялық мәліметтер жиынтығына негізделіп жүргізіледі. Бұл клиникалық жағдайдың ерекшелігі – науқастың анамнезінде иммунды тапшылықты жағдайды көрсететін мәліметтердің болмауы. Дегенмен, қанды АИТВ-на зерттеудің оң нәтижелерін алғаннан кейін пневмонияны дұрыс диагностикалау алгоритмі диагноз қоюға және оның этиологиясын дәлелдеуге мүмкіндік берді. Бірақ, ешбір симптомдар, клиникалық белгілер және рентгенологиялық мәліметтер комбинациясы пневмоцистті пневмонияның диагностикалық критерийіне жатпайды. Ал, оның диагнозы қазіргі уақытта тыныс жолдарының боялған препараттарының өзіне тән микроскопиялық визуализациясына негізделеді.

Түйінді сөздер: пневмоцистті пневмония, АИТВ-инфекциясы.

**D.K. SAILANOVA, SH.A. AITZHANOVA, A. BALZHIGITKYZY, G.N. ZHAKIPBEKOVA, B.A. KURBANOVA,
A.N. SARSENOVA, G.N. TELEMISOVA**
PNEUMOCYSTIS PNEUMONIA IN HIV - INFECTED PATIENTS

Resume: Currently, number of patients with *Pneumocystis pneumonia* is increasing. Diagnosis is difficult enough and is held on the basis of the aggregate medical history, clinical and radiographic data. Uniqueness of this clinical case was that the patient had a history of data indicating the presence of immunodeficiency. However, the correct algorithm for diagnosis of pneumonia after receiving positive results of blood tests for HIV diagnosis has allowed to establish and prove its etiology. However, no combination of symptoms, clinical signs and results of X-ray data is not diagnostic criteria's of *Pneumocystis pneumonia*, but it is currently diagnosed based on a microscopic visualization of the characteristic forms in stained preparations airway.

Keywords: *Pneumocystis pneumonia*, HIV-infection.