



В.С. Гойдык

Одесский областной центр по профилактике и борьбе со СПИДом

Случай транзиторной механической желтухи у ВИЧ-инфицированного пациента с туберкулезом лимфоузлов

В статье описан случай механической желтухи, вызванной сдавлением общего желчного протока пакетом увеличенных лимфоузлов, у ВИЧ-инфицированного пациента с туберкулезом лимфоузлов, проходившего лечение в стационаре Одесского областного центра по профилактике и борьбе со СПИДом, течение, лечение и исход заболевания. Сделаны выводы о необходимости учитывать возможность развития такого рода осложнений у пациентов с тяжелой иммуносупрессией.

Ключевые слова

ВИЧ-инфекция, внелегочный туберкулез, лимфоузлы, механическая желтуха.

Количество ВИЧ-инфицированных во всем мире, в частности и в Украине, ежегодно возрастает. Это приводит к тому, что лечащие врачи сталкиваются с все большим разнообразием клинических форм и проявлений как самой ВИЧ-инфекции, так и оппортунистических заболеваний, отягчающих ее течение, в том числе туберкулеза [2, 6].

Показатель распространенности ВИЧ-инфекции за 12 месяцев 2011 года в Одесской области по сравнению с аналогичным периодом 2010 года вырос на 7,3 % (520,8 на 100 тыс. населения в 2010 году и 559,5 в 2011 году). По Украине за 12 мес 2011 года этот показатель составил 263,4 на 100 тыс. населения. По состоянию на 01.01.2012 на диспансерном учете в областном центре по профилактике и борьбе со СПИДом находится 13 302 ВИЧ-инфицированных. За 12 мес 2011 года в области зарегистрировано 2080 новых случаев ВИЧ-инфекции, что в пересчете на 100 тыс. населения в 2 раза превышает среднееукраинский показатель. В то же время сохраняются достаточно высокие показатели заболеваемости туберкулезом среди ВИЧ-инфицированных пациентов.

Так, среди пациентов, прошедших курс лечения в стационарном отделении областного центра по профилактике и борьбе со СПИДом (ОЦПБ СПИД) в 2009–2011 гг., массовая доля больных с туберкулезом легких составляла в среднем 22,7 %, с туберкулезом лимфоузлов — 17,3 % (учитывались все случаи, в которых не был закончен курс лечения) [3].

Туберкулез лимфоузлов приводит к ряду серьезных осложнений, которые могут повлиять не только на прогноз течения заболевания, но и выживаемости пациента [7, 9]. В случае туберкулеза внутригрудных лимфоузлов это бронхиальные свищи, ателектаз легкого, плевриты, при туберкулезном мезадените — выпотной или слипчивый перитонит, массивные сращения в брюшной полости, что приводит к частичной или полной непроходимости кишечника [1]. Описаны случаи образования холодных абсцессов в случае расплавления казеозных лимфатических узлов, сдавления крупных кровеносных и лимфатических сосудов, в том числе с повреждением их стенок, что приводит к тяжелым кровотечениям либо нарушению лимфообращения. По данным различных исследований, при ВИЧ-инфекции часто наблюдается сочетанное поражение

периферических, внутригрудных и внутрибрюшных лимфоузлов [5, 8]. В таких ситуациях прогноз заболевания часто зависит не только от характера поражения и локализации процесса, но и от компетентности врача и его осторожности в плане развития возможных осложнений.

В стационарном отделении проходил лечение пациент с редким осложнением туберкулеза внутрибрюшных лимфатических узлов в виде транзиторной механической желтухи.

Как известно, механические желтухи, при которых нарушается нормальный отток желчи за счет обтурации желчных протоков, относятся к подпеченочным желтухам и по механизму возникновения подразделяются на:

- внутрипеченочные, при которых причинами конъюгированной холестатической гипербилирубинемии являются: гепатиты, прием гепатотоксичных препаратов, алкогольное поражение печени, первичный билиарный цирроз, холестаза во время беременности, метастазы в печень;
- внепеченочные, вызванные калькулезным холециститом, раком поджелудочной железы, стриктурой общего желчного протока, карциномой протока, панкреатитом, псевдокистой поджелудочной железы, склерозирующим холангитом.

В результате компоненты желчи (билирубин, соли желчи, липиды) попадают в системный кровоток, в крови развивается гипербилирубинемия с преобладанием прямого билирубина. Стул у пациентов приобретает светлый цвет, в то время как моча темнеет. Из-за высоких концентраций солей желчи в крови больных беспокоит интенсивный кожный зуд [4]. Прогноз заболевания зависит от характера поражения, вызвавшего желтуху, однако нам не встречалось упоминание о пакете лимфоузлов, увеличенных вследствие туберкулезного поражения, как о возможной причине обструкции желчевыводящих путей.

Больной С., 37 лет, госпитализирован в стационарное отделение ОЦПБ СПИД с жалобами на слабость, тяжесть в правом подреберье, жжение во рту при глотании пищи, снижение массы тела. Из анамнеза известно, что в течение 7 мес пациент амбулаторно проходил лечение по поводу впервые выявленного туберкулеза внутригрудных и периферических лимфоузлов, МБТ-, М-, к. 0, гист. +, кат. 1, ког. 4 (2011). ЦВКК диагноз был подтвержден. Получал лечение 2 HREZ, 5 HRE. На момент госпитализации течение процесса рассматривали как фазу рассасывания, переведен на прием двух противотуберкулезных препаратов. Также известно, что у больного хронический гепатит С. ВИЧ-инфекция выявлена в

1997 году. Общий анализ крови: E — $4,02 \cdot 10^{12}$ /л, Hb — 103 г/л, L — $8,3 \cdot 10^9$ /л, СОЭ — 47 мм/ч, ю — 1, п — 10, с — 66, л — 20, м — 2, э — 1. CD₄ — 45 кл/мкл, 10 %. Вирусная нагрузка (ВИЧ) — 306 398 РНК коп/мл. Общий билирубин — 19,9 мкмоль/л, АЛТ — 305 МЕд/л (N до 34 МЕд/л), АСТ — 242 МЕд/л (N до 34 МЕд/л), амилаза — 84 МЕд/л, общий белок — 76 г/л, альбумин — 31 г/л.

Общий анализ мочи: удельный вес — 1025, белок — 0,066, изм. эритроциты — 2–4 в п/зр., L — 0–1 в п/зр., зернистые цилиндры — 1–2–3 в п/зр., слизь +, бактерии +.

В мокроте при трехкратном исследовании методом накопления МБТ не обнаружены, посев на МБТ отрицательный. Обзорная рентгенограмма: легкие и сердце без видимой патологии.

Произведено ультразвуковое исследование органов брюшной полости (УЗИ ОБП), заключение: гепато- и спленомегалия, признаки хронического холецистита. Конкрементов в желчном пузыре не выявлено, внутри- и внепеченочные желчные протоки не расширены. На фоне продолжения приема противотуберкулезных препаратов, профилактической дозы ко-тримоксазола начата дезинтоксикационная, гепатопротекторная терапия, однако состояние больного стало ухудшаться, участились жалобы на боль в правом подреберье, вздутие живота, тошноту. Объективно: пониженного питания. Эпизодически субфебрильно лихорадит. Пульс — 78 в 1 мин, ЧД — 20 в 1 мин, АД — 120/80 мм рт. ст. При поступлении кожа бледная, язык у корня обложен бело-желтым налетом. Онихомикоз пальцев стоп. Периферические лимфоузлы увеличены до 0,5–1,0 см, плотные, безболезненные. Тоны сердца приглушены, деятельность ритмичная. Над легкими жесткое дыхание, хрипов не слышно. Живот участвует в акте дыхания, при пальпации болезненный в правом подреберье. Печень на 5 см выступает из-под правой реберной дуги по СКЛ, край плотный, чувствителен при пальпации, селезенка на 2 см выступает из-под левой реберной дуги. Симптомов раздражения брюшины нет. При поколачивании по поясничной области болезненности не отмечает. Периферических отеков нет. Менингеальные знаки отрицательные. На фоне нарастания жалоб на боль в правом подреберье появилась желтушность кожи и склер, потемнение мочи, посветление кала. Повторно произведено УЗИ ОБП (спустя 10 дней от первого обследования), выявлено нарастание гепато- и спленомегалии, расширение внутрипеченочных желчных протоков, общего желчного протока (до 1,3 см). В области верхнего края поджелудочной железы и пече-

ночно-дванадцятиперстної зв'язки — конгломерат лимфоузлов от 4,2 × 2,5 до 8,0 × 3,8 см, портальна вена розширена до 1,45 см. Розвиток біліарної і портальної гіпертензії було розцінено як результат компресії лимфатическими вузлами. При біохімічному дослідженні крові: загальний білірубін — 106,6 мкмоль/л, прямої — 60,3 мкмоль/л, непрямої — 46,3 мкмоль/л, АЛТ — 313 МЕд/л, АСТ — 379 МЕд/л, ЛДГ — 250 МЕд/л (N до 227 МЕд/л), амілаза — 30 МЕд/л, загальний білок — 59 г/л, альбумін — 19 г/л.

Учитывая данні анамнеза, тяжелу імуносупресію, результати об'єктивного, лабораторного і інструментального досліджень, лікування туберкульозу було розцінено як невдача лікування, хворий переведен во другу категорію, начато лікування (приймаючи во увагу тяжкість стану хворого, появу тошноти, рвоти, препарати вводили внутрішньо і внутрим'язово) на фоні дезінтоксикаційної, гепатопротекторної і вітамінівотерапії. Через 2 нед рівень загального білірубіну знизився до 46,1 мкмоль/л, АЛТ — до 103 МЕд/л, АСТ — до 49 МЕд/л. Спустя 1 мес від початку лікування хворому призначена високоактивна антиретровірусна терапія в схемі TDF + 3ТС + EFV на фоні продовжуваного протитуберкульозного і гепатопротекторного лікування. Через 2 нед від початку антиретровірусної терапії пацієнт в задовільному стані виписан з відділення з рекомендаціями продовжити лікування амбулаторно під наглядом фізіотерапевта і інфекціоніста центру по профілактиці і боротьбі з СПИДом по місцю проживання.

Таким образом, у хворого, отримавшого лікування по приводу туберкульозу лимфоузлов, спустя 7 мес від початку лікування розвилася транзиторна механіческа желтуха вследствие здавлення загального желчного протока конгломератом лимфоузлов, успешно купірована восстановленіем протитуберкульозного лікування в повному об'ємі.

По нашому мненню, к розвитку описанного вище ускладнення могли привести несколько причин: зниження приверженності хворого в ході лікування туберкульозу, змінення резистентності організму на фоні високої вірусної навантаженості ВІС і низкого рівня CD₄, а також недостаточна настороженність при проведенні УЗІ ОБП в виявленні лимфаденопатії внутрішніх лимфоузлов.

Выводи

1. Туберкульоз внутрішніх лимфоузлов — форма туберкульозу, которая зустрічається достаточнорідко, однак може приводити к серйозним ускладненням.

2. Положительний ефект застосування повноцінного протитуберкульозного лікування в случает розвитку механіческої желтухи из-за здавлення холедоха збільшеними лимфоузлами більше передбачуваного токсического впливу, на что указує нормалізація печеночних проб.

3. Так як одним из факторів, спосібствовавших розвитку такого стану, явилася тяжела імуносупресія, необхідно максимально раннє введення високоактивної антиретровірусної терапії.

Список літератури

1. Внелегочный туберкулез: Руководство для врачей / Под ред. А.В. Васильева.— СПб: Фолиант, 2000.— 568 с.
2. Гойдик В.С., Гойдик Н.С., Шухтін В.В., Гоженко А.І. Аналіз захворюваності ВІЛ-інфікованих пацієнтів // Туберкульоз, легеневі хвороби, ВІЛ-інфекція.— 2011.— № 3 (06).— С. 74—79.
3. Гойдык В.С., Гойдык Н.С., Ковтунович Л.І. и др. Туберкулез и пневмония у ВІС-позитивных пациентов: анализ заболеваемости // Туберкульоз, легеневі хвороби, ВІЛ-інфекція.— 2010.— № 1 (01).— С. 72—77.
4. Кан В.К. Диагностика и лечение больных с синдромом холестаза // Русск. мед. журнал.— 1998.— № 6 (7).— С. 460—472.
5. Кожушко М.Ю., Евстигнеев И.В. Клинические особенности туберкулеза у ВІС-инфицированных // Терапия.— 2010.— № 9 (50).
6. Ко-інфекція туберкульоз/ВІЛ: стандарти діагностики та лікування / За ред. С.О. Черенко.— К., 2008.— 64 с.
7. Наказ МОЗ України № 276 від 28.05.2008 «Про затвердження клінічного протоколу надання медичної допомоги хворим на поєднані захворювання— туберкульоз та ВІЛ-інфекцію».— http://www.moz.gov.ua/ua/portal/dn_20080528_276.html
8. Пантелеев А.М., Савина Т.А., Супрун Т. Ю. Внелегочный туберкулез у ВІС-инфицированных // Пробл. туб.— 2007.— № 7.— С. 16—19.
9. <http://meduniver.com/Medical/Microbiology/1493.html>

В.С. Гойдик

Випадок транзиторної механічної жовтяниці у ВІЛ-інфікованого пацієнта з туберкульозом лімфовузлів

У статті описано випадок механічної жовтяниці, викликаної перетисканням загальної жовчної протоки пакетом збільшених лімфовузлів, у ВІЛ-інфікованого пацієнта з туберкульозом лімфовузлів.

лів, що проходив лікування в стаціонарі Одеського обласного центру з профілактики і боротьби зі СНІДом. Зроблено висновки про необхідність врахування можливості розвитку такого роду ускладнень у пацієнтів з тяжкою імуносупресією.

V.S. Hoidyk

Case study: transitory obstructive jaundice in HIV-infected patient with tuberculosis of lymph nodes

The paper presents the case of the obstructive jaundice caused by enlarged lymph nodes package obstructing common bile duct in HIV-infected patient with tuberculosis of lymph nodes under the treatment in the in-patient department of the Odesa regional center to prevent and fight AIDS. The case emphasizes the necessity of recognizing possibility of development of such complications in patients with grave immunosuppression.

Контактна інформація:

Гойдик Віктор Степанович, зав. стаціонарного відділення
65055, м. Одеса, пров. Хутірський, 1-Б
Тел. (048) 787-40-07.
E-mail: doktorvictor@ukr.net

Стаття надійшла до редакції 14 липня 2012 р.