



О.В. Панасюк¹, Л.С. Ничипоренко¹, Л.А. Коломійчук¹,
А.С. Євдокимов¹, Г.В. Радиш²

¹ ДУ «Інститут епідеміології та інфекційних хвороб імені Л.В. Громашевського НАМН України», Київ

² Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, Київ

Унікальний клінічний випадок ко-інфекції: туберкульоз із багатоорганним ураженням і глибоким імунodefіцитом, що вилікуваний ізоніазидом на тлі антиретровірусної терапії з приводу ВІЛ-інфекції

Хворий О., 49 років, переведений із торакального відділення Національного інституту раку з діагнозом: «Синхронний рак нижньої частки правої легені Т2NхM0 стадії ІВ клінічної групи ІІ, неходжкінська лімфома, стадія ІА (MALT) з ураженням шлунка; ВІЛ-інфекція, лейкопенія ІІІ ступеня, тромбоцитопенія ІV ступеня» на консультацію в Республіканський центр ВІЛ для визначення подальшої тактики лікування.

У клініці ДУ «Інститут епідеміології та інфекційних хвороб імені Л.В. Громашевського НАМН України» (Київ) 29.05.2015 р. поставлено хворого на облік як ВІЛ-інфікованого (стадія ІV) з імунним станом: СД4 — 16 (3,8%) клітин у 1 мм³. На першому консиліумі лікарів за участю фтизіатра і інфекціоністів запідозрено туберкульозну етіологію регіонального лімфаденіту, названих об'ємних утворень у шлунку і правої легені.

02.06.2015 р. хворому призначено антиретровірусну терапію на тлі ізоніазиду (0,3 г/добу) та бісептолу (2 таблетки щоденно) перорально. На лікування реагував добре, під час контрольних досліджень крові, легень і шлунка виявлено позитивні зміни, поправився майже на 30 кг. На кінець 12-го місяця лікування зроблено такий висновок: «Наслідки туберкульозу (рубрика В90) у вигляді повного розсмоктування інфільтрату правої легені (S₆), рубцювання виразки шлунка та ущільнення перигастральних і бронхопальмональних справа лімфатичних вузлів після вилікування (кат. 5.1) вперше діагностованого туберкульозу (28.05.2015 р.) нижньої частки правої легені, бронхопальмональних справа і перигастральних лімфатичних вузлів, нижньої третини тіла шлунка». Про бактеріологічне і гістологічне підтвердження результатів, що відповідає рубрикам А16.7, А18.3 Міжнародної класифікації хвороб Х перегляду [2], не йшлося.

Ключові слова

Вилікування, туберкульоз, ізоніазид, ВІЛ-інфекція, антиретровірусна терапія.

Локальні форми туберкульозу (ТБ) у вигляді первинного комплексу легень або шлунка чи кишечника, а також внутрішньогрудних і внутрішньочеревних лімфаденітів до появи ВІЛ-інфекції зустрічалися в Україні дуже рідко у дорослих [5]. З появою в Україні ВІЛ із ко-інфекцією ТБ/ВІЛ у дорослих частота ураження туберкульозом лімфатичних вузлів, зо-

крема внутрішньогрудних і внутрішньочеревних, буває щонайменше в 15,0% випадків [4]. Відповідь на лікування туберкульозу у ВІЛ-інфікованих і ВІЛ-негативних пацієнтів практично однакова [1].

З відкриттям стрептоміцину — першого ефективного протитуберкульозного препарату (ПТП) — світова практика довела можливість вилікування ТБ будь-якої локалізації одним препаратом. Хворих із ТБ/ВІЛ лікують за тими ж самими схемами, що й ВІЛ-негативних, тобто

в інтенсивну фазу основного курсу антимікобактеріальної терапії (АМБТ) ефективно призначати чотири ПТП протягом 2 міс, а у підтримувальну — два протягом 4 міс [3].

У літературі немає інформації, з одного боку, про синхронний первинний туберкульозний комплекс правої легені й первинний туберкульозний комплекс шлунка, а з іншого, про те, що у ВІЛ-позитивного пацієнта можна вилікувати ТБ зазначених локалізацій лише ізоніазидом на тлі АРТ за дуже виразного імунodefіциту.

Задля підвищення уваги лікарів, насамперед фтизіатрів, онкологів і фахівців інших спеціальностей, до диференціальної діагностики ТБ та раку в поєднанні з ВІЛ-інфекцією, а також для ілюстрації процесу загоєння лікованого ізоніазидом первинного ТБ за ВІЛ-позитивної інфекції з глибоким імунodefіцитом наводимо спостереження.

Пацієнт О., 49 років (медична карта амбулаторного хворого № 3447 клініки ДУ «Інститут епідеміології та інфекційних хвороб імені Л.В. Громашевського НАМН України»), взятий на диспансерний облік 29.05.2015 р. після повторного підтвердження ВІЛ-позитивної інфекції, вперше виявленої 27.05.2015 р. в лабораторії Київського міського центру профілактики і боротьби із ВІЛ/СНІДом на базі Київської міської клінічної лікарні № 5.

Із анамнезу захворювання та медичної документації з'ясовано, що в пацієнта погіршився стан здоров'я влітку 2014 р. Поступово знижувався апетит, з'явилися загальна слабкість, стомлюваність, почали періодично турбувати біль у надчеревній ділянці та нудота. За рік втратив 15 кг маси тіла. Звернувся по медичну допомогу в гастроентерологічне відділення лікарні за місцем проживання, де було проведено фіброезофагогастродуоденоскопію (ФЕГДС) з біопсією. Висновок такий: «Слизова оболонка стравоходу не змінена, слизова оболонка шлунка гіперемована. В нижній третині тіла шлунка по великій кривизні неправильної форми виразка 20 × 20 мм з горбистими контурами». Патогістологічний висновок: «У слизовій оболонці шлунка і в фрагменті із дна виразки у власній пластинці — інфільтрат, представлений переважно лімфоїдними клітинами з плазмоцитоїдним і плазмобластним диференціюванням без ознак лімфоepітеліального ураження».

Парафінові блоки біоптату виразки шлунка досліджено 16.04.2015 р. в ліцензованому патологоанатомічному відділенні з імуногістохімічною і молекулярно-генетичною діагностикою пухлин одного із великих індустріальних обласних міст України. Висновок такий: «Морфологічна картина та імунофенотип можуть відповідати

плазмобластній лімфомі шлунка. Узгодьте з клінікою».

У Національному інституті раку (НІР) пацієнта спочатку (від 28.04.2015 р.) обстежували в поліклініці, згодом (від 21.05.2015 р.) — в стаціонарі. На пошаровій мультиспіральній комп'ютерній томографії (ПМС КТГ) органів грудної порожнини (ОГП) 29.04.2015 р. виявлено пухлинне утворення внизу (S6) правої легені (рис. 1А). 29.04.2015 р. виконано трансторакальну пункційну біопсію (цитологія № 3524/15 від 29.04.2015 р.), висновок такий: «Злоякісна пухлина (нелімфоїдної природи) в стані розпаду, більше даних за Сг». Виконано імуногістологічне дослідження № 815/15 біопсійного матеріалу шлунка і видано консультативний висновок № 2891/15 від 16.04.2015 р. науково-дослідного відділу патологічної анатомії НІР: «Екстранодальна лімфома із клітин маргінальної зони лімфоїдної тканини, асоційованої із слизовою оболонкою (МАЛТ-лімфома)». 30.04.2015 р. виконано стерильну пункцію кісткового мозку. Матеріали досліджено у відділі імуноцитохімії і онкогематології Інституту експериментальної патології, онкології і радіобіології імені Р.Є. Кавецького НАН України. Морфологічний висновок: «У мазку кісткового мозку груднини осередкової або дифузної інфільтрації лімфоїдними клітинами не встановлено».

21.05.2015 р. пацієнта шпиталізовано в торакальне відділення НІР для хірургічного лікування.

ПМС КТГ ОГП, органів черевної порожнини (ОЧП) і органів малого таза (ОМТ) від 22.05.2015 р.: «Надключичні, шийні, акселярні лімфовузли не збільшені. В S6 правої легені помітне утворення округлої форми розмірами 29 × 22 мм з горбистими контурами. Лімфовузли межистіння не збільшені, за винятком бронхолегеневих справа, які дещо збільшені (7—9 мм). Синуси вільні (рис. 1Б).

Печінка однорідної щільності, внутрішньопечінкові жовчні протоки не розширені. Жовчний міхур, підшлункова залоза, надниркові залози, нирки без особливостей. Заочеревинні лімфовузли не збільшені.

Стінка шлунка (тіло) стовщена (до 12 мм), перигастрально — дрібні лімфовузли (6—7 мм).

У малому тазі передміхурова залоза (40 × 33 мм). Сечовий міхур з рівними стінками. Кістково-деструктивних змін не виявлено.

Висновок: Лімфома шлунка, збільшені перигастральні лімфовузли. Периферичний Сг нижньої частки правої легені».

Загальний аналіз крові (ЗАК) від 22.05.2015 р.: еритроцити — $4,5 \times 10^{12}/\text{л}$, гемоглобін — 120,0 г/л, лейкоцити — $1,1 \times 10^9/\text{л}$, тромбоцити — $65 \times 10^9/\text{л}$ (табл. 1).

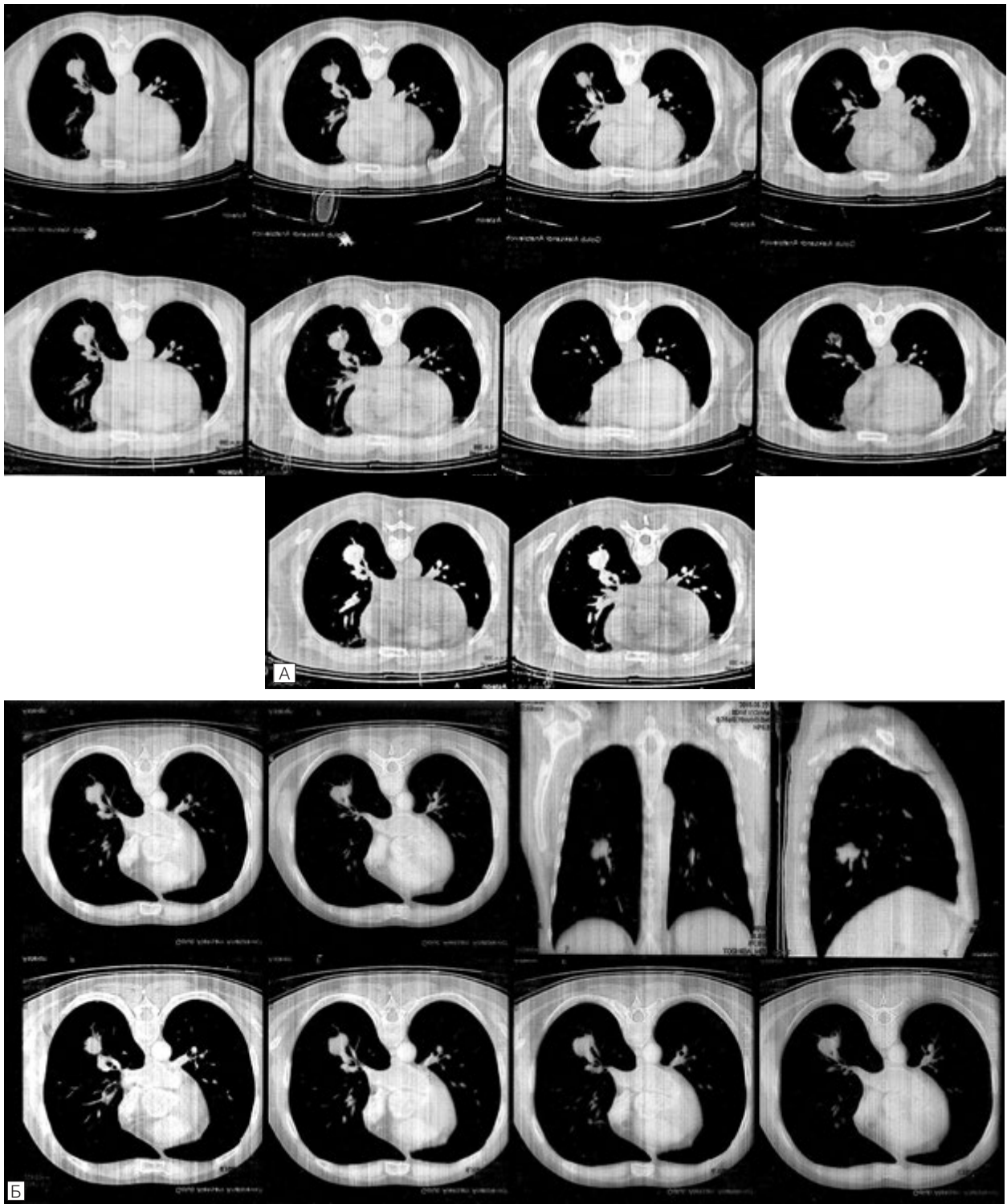


Рис. 1. Первинний туберкульозний комплекс правої легені хворого О., 49 років, перед початком ізоніазидотерапії (29.05.2015 р.)

Фрагменти зрізів комп'ютерної томографії органів грудної порожнини від 29.04.2015 р.— (А) і 22.05.2015 р.— (Б), на яких визначається регіональний лімфаденіт (бронхопупльмональна група справа внутрішньогрудних лімфовузлів), другий компонент— одинокий інфільтрат розмірами 29 × 22 мм у правої легені з локалізацією у верхньому сегменті (S6) та третій компонент комплексу— лімфоангоїт, що між ними.

ФЕГДС 22.05.2015 р.: у нижній третині тіла шлунка по великій кривизні неправильної форми утворення з горбистими контурами розміром 20 × 20 мм.

Фібrolаринготрахеобронхоскопія від 25.05.2015 р.— патології не виявлено.

Із діагнозом: «Синхронний рак нижньої частки правої легені T2NxM0 стадії ІВ клінічної групи ІІ, неходжкінська лімфома, стадії І-А (MALT) з ураженням шлунка, ВІЛ-інфекція, лейкопенія ІІІ ступеня, тромбоцитопенія ІV ступеня» паці-

Таблиця. Результати загальноклінічних лабораторних досліджень пацієнта О.

Показник	Рік і місяць дослідження								
	2015							2016	
	V	VI	VIII	IX	X	XI	XII	III	V
Гемоглобін, г/л	105	125	139	145	150	149	158	150	—
Кольоровий показник	0,78	—	—	—	—	—	—	—	—
Еритроцити, $10^{12}/л$	4,0	3,84	4,38	4,51	4,67	4,67	5,0	4,8	—
Гематокрит, %	—	—	40,9	43,7	45	42,9	47,1	43,6	—
Тромбоцити, $10^9/л$	68	160	223	213	227	186	204	204	—
ШОЕ, мм/год	30	5	18	10	18	12	6	2	—
Лейкоцити, $10^9/л$	1,1	3,9	3,8	3,8	3,54	3,52	3,61	4,33	—
Базофіли, %	—	—	0,2	0,5	0,3	0,3	0,6	0,7	—
Еозинофіли, %	0	0	1,5	1,1	2,3	1,7	1,4	2,1	—
Паличкоядерні, %	4,0	2	—	—	—	—	—	—	—
Сегментоядерні, %	30,0	54,0	—	—	—	—	—	—	—
Нейтрофіли, %	—	—	48,1	47,9	56,8	51,9	54,8	42,7	—
Лімфоцити, %	38,0	38	36,4	34,7	28,5	32,7	32,1	39	—
Моноцити, %	28,0	6	13,8	15,8	12,1	13,4	11,1	15,5	—
Глюкоза в крові, ммоль/л	5,2	4,5	—	—	—	—	—	4,7	—
Креатинін, мкмоль/л	78	100	97	100	85	95	87	93	—
Сечовина, ммоль/л	3,6	4,8	3,6	—	—	—	4	3,7	—
Загальний білок, г/л	64	84	—	—	—	—	81,4	83	—
Загальний білірубін, мкмоль/л	19	11,4	12,6	—	—	—	4,7	5	—
Прямий, мкмоль/л	2	—	—	—	—	—	3,1	—	—
Непрямий, мкмоль/л	—	—	—	—	—	—	1,6	—	—
АлАТ, од./л	30	32	25	30	27	35	58	39	—
АсАТ, од./л	25	27	27	25	30	30	32	35	—
Тимолова проба, од.	—	2	4	—	—	—	—	3	—
СД4 (абс.) 1 мм^3	16	—	163	—	192	—	137	208	241
СД4 (%) 1 мм^3	3,8	—	13,1	—	16,0	—	13,9	15,4	19,5

ента скеровано на консультацію в Республіканський центр ВІЛ/СНІД.

У клініці ДУ «Інститут епідеміології та інфекційних хвороб імені Л.В. Громашевського НАМН України» 28.05.2015 р. на першому консилиумі лікарів фтизіатрів і інфекціоністів з участю проф. О.В. Панасюка запідозрено туберкульозну етіологію пухлин шлунка і правої легені та рекомендовано: 1) дообстеження (аналіз біологічного матеріалу на МБТ методами скопії, засіву та молекулярно-генетичним; консультація фтизіопатологоанатома біоптатів шлунка і легень); 2) повторна консультація фтизіатра для призначення АМБТ з урахуванням можливої резистентності збудника туберкульозу. Проте через технічні причини (не було харкотиння і привізних матеріалів біоптатів) рекомендації фтизіатра не реалізовано, і лікарі-інфекціоністи за рівня СД4 — 16 (3,8%) клітин в 1 мм^3 периферичної крові своїм рішенням призначили 02.06.2015 р. АРТ за схемою TDF/FTC + EFV (тенофовір/емтрицитабін + іфавіренц) на тлі профілактич-

них курсів проти туберкульозу та інших (*Pneumocystis jiroveci*, *Toxoplasma gondii*) опортуністичних інфекцій відповідно ізоніазидом (0,3 г/добу) та бісептолом (2 таблетки на добу).

Пацієнт переносив лікування добре, побічних реакцій не зауважено, почав додавати у масі тіла.

Контрольна ПМСКТГ ОГП, ОЧП і ОМТ від 07.08.2015 р.: «Шийні, надключичні, акселярні лімфовузли не збільшені.

Порівняно з дослідженням від 22.05.2015 р. утворення в S6 правої легені зменшилося до $16 \times 15\text{ мм}$ з фіброзними контурами. Лімфовузли межистіння, за винятком бронхопульмональних справа (6–8 мм), не збільшені. Синуси вільні (рис. 2А).

Стінка шлунка 5 мм, перигастральні лімфовузли фіброзні до 4 мм у діаметрі.

Печінка однорідної щільності, жовчний міхур, підшлункова залоза, селезінка, надниркові залози, нирки без особливостей. Заочеревинні лімфатичні вузли не збільшені.

У малому тазі: передміхурова залоза, сечовий міхур із рівними стінками. Кістково-деструктивних змін не виявлено.

Висновок: периферичний Сг нижньої частки правої легені. Лімфома шлунка. Позитивний ефект терапії».

Контрольна ФЕГДС від 10.08.2015 р.: «У нижній третині тіла по великій кривизні груба конвергенція складок, у нижній третині тіла шлунка виразка 6—7 мм у діаметрі.

Висновок: лімфома шлунка (позитивна динаміка)».

Контрольна ПМС КТГ легень і межистіння від 08.12.2015 р.: «На серії КТ-зрізів легеневі поля прозорі, без осередкових і інфільтративних (об'ємних) тінеутворень. Справа у верхній частці в S2 — поодинокі емфізематозні були від 3 до 8 мм.

Трахея та великі бронхи вільнопрохідні.

Куполи діафрагми чіткі, розташовані звично.

Синуси вільні, плевра не змінена.

У межистінні лімфатичні вузли не збільшені.

Кістково-деструктивних змін не виявлено.

М'які тканини грудної клітки без особливостей.

Висновок: КТ-ознаки поодиноких дрібних емфізематозних бул у верхній частці правої легені; осередково-інфільтративних та об'ємних процесів у легенях та межистінні не виявлено».

Протягом 6 міс ізоніазидотерапії так званих пухлин шлунка і правої легені на тлі АРТ ВІЛ-інфекції стан здоров'я пацієнта нормалізувався, додав 16 кілограмів (має 88 кг), зникли біль у надчеревній ділянці і нудота, стабільно утримується хороший апетит, зарубцювалася виразка шлунка. В периферичній крові рівень СД4 підвищився від 16 до 192 клітин у 1 мм³, попри перенесений у червні 2015 р. *Herpes zoster* з ураженням шкіри правої стопи.

На підставі позитивної динаміки перебігу патологічного процесу з ураженням лімфатичної системи різних груп лімфатичних вузлів, S6 правої легені, шлунка від монотерапії ізоніазидом на тлі АРТ на повторному консилиумі лікарів 10.12.2015 р. проф. О.В. Панасюк сформулював діагноз: «ВДТБ (28.05.2015) бронхопульмональних справа і перигастральних лімфатичних вузлів, S6 правої легені (інфільтративний), шлунка (виразка), Дестр.+, МБТ0, М0, МГ0, К0, Резист. 0, Гіст. (?), Кат. 1, Ког. 2 (2015). Ускладнення: нориця шлунка внаслідок регіонального деструктивного (абсцедуючого) лімфаденіту. В20. *Herpes zoster* з ураженням шкіри правої стопи (06.2015 р.)». Рекомендовано: 1) контрольні дослідження (КТГ ОГП, ОЧП); аналіз харкотиння на МБТ; визначення СД4 і вірусного навантаження, по можливості — ФЕГДС); 2) призначення ізоніазиду по 0,3 г/добу продов-

жити ще 6 міс; 3) АРТ продовжувати; 4) бісептол по 2 таблетки щоденно призначати до досягнення рівня СД4 понад 200 клітин в 1 мм³; 5) апіфітонцидотерапію продовжити.

Контрольна ПМСКТГ ОЧП від 31.03.2016 р.:

«На серії КТ-зрізів органів черевної порожнини: печінка не збільшена, з чіткими рівними контурами, паренхіма однорідної структури. Внутрішньопечінкові жовчні протоки не розширені.

Жовчний міхур овальної форми, містить поодинокі рентгенопозитивні конкременти до 4 мм у діаметрі.

Селезінка не збільшена, з чіткими рівними контурами, однорідної структури.

Підшлункова залоза не збільшена, з чіткими нерівними контурами, гетерогенної структури. Вірсунгів проток не розширений.

Надиркові залози розташовані типово, не збільшені, не містять додаткових об'ємних процесів. У горизонтальному положенні обидві нирки розміщені на рівні L1-L2. Паренхіма однорідної структури, не містить додаткових об'ємних утворень. Зліва в нижньому полюсі гіподенсивний осередок розмірами 14 × 14 × 15 мм з чіткими контурами. У чашково-мисковому комплексі поодинокі рентгенопозитивні конкременти до 3 мм у діаметрі. Чашково-мисковий комплекс не деформований.

У черевній порожнині та заочеревинному просторі лімфатичні вузли не збільшені. Вільна рідина в черевній порожнині не візуалізується.

Висновок: КТ-ознаки поодиноких малих рентгенопозитивних конкрементів у жовчному міхурі, чашково-мисковому комплексі лівої нирки, кіста лівої нирки, дифузні зміни підшлункової залози. Абсолютних рентгенознак об'ємної патології в паренхіматозних органах під час нативно-го дослідження не виявлено».

Контрольна ПМС КТГ ОГП від 31.05.2016 р.:

«На серії КТ-зрізів справа у верхній частці (S2) легені поодинокі емфізематозні були розмірами від 3 мм до 8 мм.

Паренхіма обох легень без осередково-інфільтративних об'ємних процесів.

Трахея та великі бронхи вільнопрохідні.

Синуси вільні, плевра не змінена.

У межистінні лімфатичні вузли паратрахеальної, парааортальної, бронхопульмональної, біфуркаційної групи розмірами від 3 мм до 6 мм.

Кістково-деструктивних змін не виявлено.

М'які тканини грудної клітки без особливостей.

Органи межистіння без особливостей.

Висновок: КТ-ознаки поодиноких емфізематозних бул у верхній частці правої легені; осередково-інфільтративних об'ємних процесів у леге-

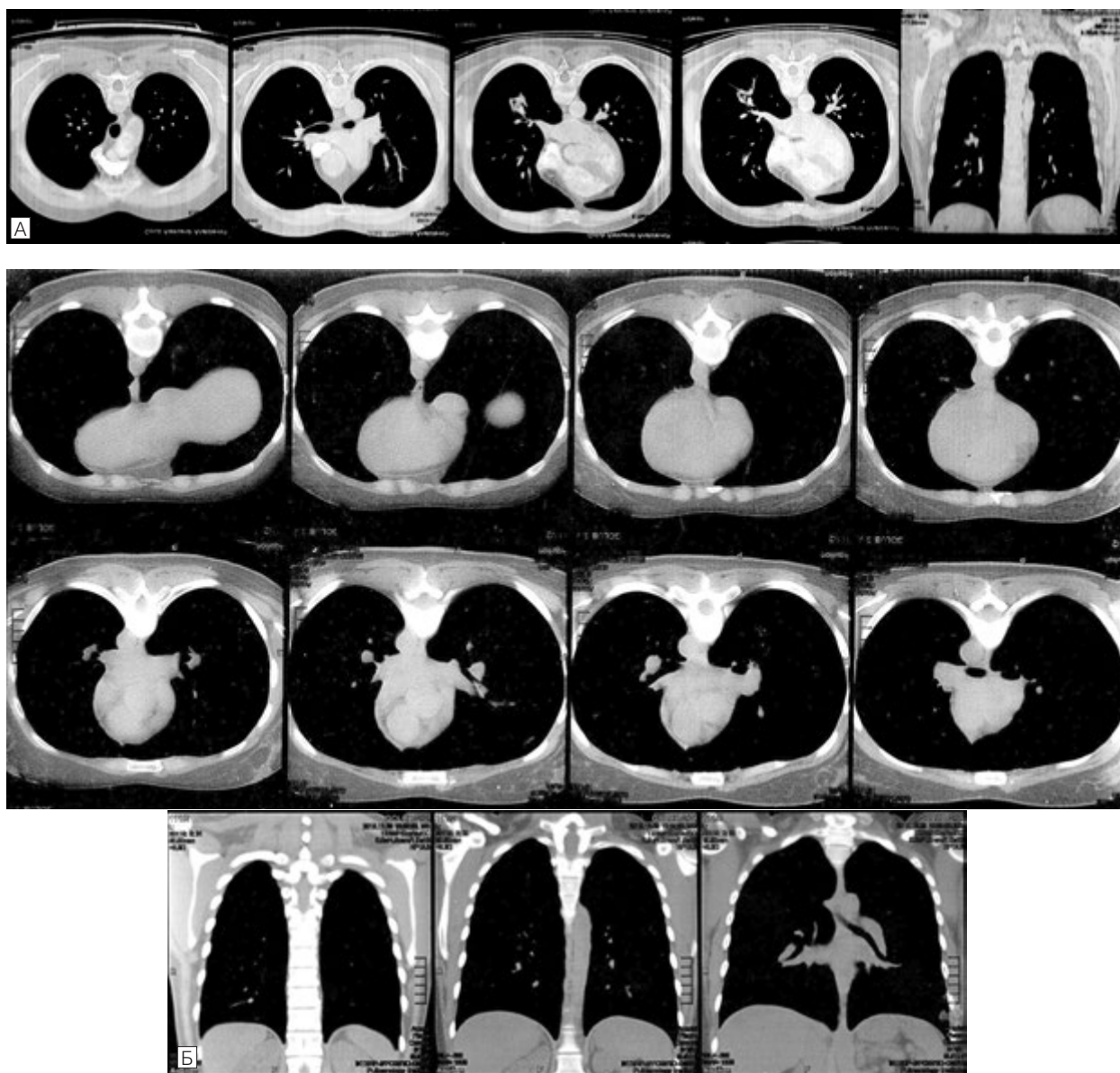


Рис. 2. Первинний туберкульозний комплекс правої легені того ж хворого під час 12-місячної ізоніазидотерапії. Фрагменти зрізів комп'ютерної томографії органів грудної порожнини через 2,5 міс (07.08.2015 р.) — (А), через 6 і 12 міс — (Б) ізоніазидотерапії, під час якої відбулася повна регресія локальної форми туберкульозу.

нях та межистинні не виявлено. Порівняно з КТ-обстеженням від 08.12.2015 р. рентген картина стабільна» (мал. 2Б).

ЗАК і біохімічний аналіз крові (БАК) та динаміку рівня СД4-клітин у 1 мм^3 крові наведено в таблиці. Маса тіла 02.06.2016 р. 100 кг.

Таким чином, протитуберкульозна терапія тільки ізоніазидом протягом 12 міс дала позитивний наслідок. На підставі цього 02.06.2016 р. на заключному консиліумі лікарів зробили такий висновок — Діагноз: «Наслідки туберкульозу (під рубрикою В90) у вигляді ущільнених бронхопальмональних справа і перигастральних лімфатичних вузлів, повного розсмоктування інфільтрату S6 правої легені, рубцювання виразки

шлунка після вилікування (Кат. 5.1). ВДТБ (28.05.2015 р.) бронхопальмональних справа і перигастральних лімфатичних вузлів, S6 правої легені (інфільтративний) та шлунка (виразка). Дестр.+, МБТ0, М. 0, МГ0, К. 0, Резист. 0, Гіст. (?), Кат. 1, Ког. 2 (2015). В20. *Herpes zoster* з ураженням шкіри правої стопи (червень 2015 р.). Емфізематозні були у верхній частці правої легені. Кіста лівої нирки. Рекомендовано: 1) моніторинг стану здоров'я ВІЛ-позитивного пацієнта, який вилікувався від туберкульозу з багатоорганним ураженням і від *Herpes zoster*; 2) продовжувати АРТ з приводу ВІЛ-інфекції під контролем імунологічного стану (СД4-клітин, вірусного навантаження) та інших органів.

Дискусія

Загоєння туберкульозного запалення лімфовузлів, S6 правої легені, шлунка у ВІЛ-позитивного пацієнта можливе навіть за багатоорганного ураження, зокрема дуже низького імунodefіциту, без хіміорезистентності до протитуберкульозних препаратів, зокрема ізоніазиду, в разі своєчасної та адекватної антимікобактеріальної терапії навіть одним ізоніазидом на тлі антиретровірусної терапії. Процес загоєння туберкульозу у пацієнта характеризується повним розсмоктуванням інфільтрату середніх розмірів у правій легені, рубцюванням виразки шлунка розмірами 20 × 20 мм, зменшенням і ущільненням уражених лімфовузлів у внутрішньогрудній і внутрішньочеревній порожнинах, гоєнням нориці шлунка.

Що стосується клінічної форми туберкульозу, то з найбільшою ймовірністю, відповідно до МСКХ-10, у ВІЛ-позитивного пацієнта розвинувся синхронний (рубрики А16.7 і А18.3) первинний туберкульозний комплекс правої легені та первинний туберкульозний комплекс шлунка з деструкцією і норицею без посилення на бактеріологічне і гістологічне підтвердження, які закінчилися вилікуванням туберкульозу під рубрикою В90, як наслідки туберкульозу (Кат. 5.1.).

У ВІЛ-позитивного пацієнта (рубрика В20) стадія ІV. СНІД, імунний статус: кількість СД4-клітин 16 (3,8%) в 1 мм³ від 28.05.2015 р. Правильна АРТ за схемою TDF/FTC + EFV протягом перших 12 міс сприяла підняттю рівня СД4 до 241 (19,5%) клітини в 1 мм³ периферичної крові на кінець першого року лікування. Це дає підстави прогнозувати посилення імунітету на тлі стабільно низького (< 40 РНК копій/мл) рівня вірусного навантаження.

Шоковий удар, отриманий пацієнтом у відповідь на інформацію Національного інституту раку про наявність синхронної лімфоми шлунка і раку правої легені та можливу торакальну операцію, а також хіміотерапії, почав пом'якшуватися одразу після першого консилиуму в ДУ «Інститут епідеміології та інфекційних хвороб імені Л.В. Громашевського НАМН України» і зникав у міру поліпшення загального стану та показників дослідження органів, задіяних у патологічний процес.

Наведений випадок ко-інфекції ТБ/ВІЛ ілюструє те, що, з одного боку, складно проводити диференціальну діагностику уражених органів між туберкульозною і раковою етіологією чи лімфомою і туберкульозом та, з іншого, ні цитологічне і/або ні імуногістохімічне дослідження біоптатів уражених органів не є остаточним критерієм у постановці діагнозу, а вияви повинні ув'язуватися з клінікою, як акцентують дослідники з вузьких спеціальностей (цитологи, імуногістохіміки). Проте через брак у лікарів-клініцистів відповідного досвіду та кваліфікації ще трапляються, на жаль, прикрі огріхи й серйозні помилки.

Висновки

1. Синхронний первинний туберкульозний комплекс правої легені і первинний туберкульозний комплекс шлунка як унікальна рідкість розвинувся у дорослого ВІЛ-позитивного пацієнта з ознаками виразного імунodefіциту, лейкоцитопенії та тромбоцитопенії.

2. Тривала, не менше 6 міс, ізоніазидотерапія стала достатнім етіотропним засобом, який забезпечив клінічне вилікування первинного туберкульозу на тлі антиретровірусної терапії ВІЛ-позитивного пацієнта з ко-інфекцією ТБ/ВІЛ.

3. У цій надзвичайно складній клінічній ситуації, коли на старті обстеження в Національному інституті раку було виявлено синхронний периферичний рак правої легені і лімфому шлунка з можливою резекцією правої легені, а в клініці ІЕІХ імені Л.В. Громашевського НАМН України запідозрено туберкульоз із багатоорганним ураженням, процес добре піддався повному зворотному розвитку без суттєвих залишкових змін, чим клінічно обґрунтовується його туберкульозна етіологія.

Практичні рекомендації

1. У ВІЛ-позитивних осіб у будь-якому дорослому віці можливий розвиток первинного туберкульозного комплексу, зокрема синхронно з аналогічною чи іншою клінічною його формою.

2. Ізоніазид залишається надійним протитуберкульозним препаратом вибору для лікування первинного туберкульозного комплексу зі збереженою чутливістю МБТ до ізоніазиду, в тому числі без лабораторного підтвердження етіології.

Конфлікту інтересів немає. Участь авторів: концепція і дизайн дослідження — О.В. Панасюк, Г.В. Радиш; збір матеріалу — О.В. Панасюк, Л.С. Ничипоренко, Л.А. Коломійчук, А.С. Євдокимов; обробка матеріалу — О.В. Панасюк, Л.С. Ничипоренко, Л.А. Коломійчук, А.С. Євдокимов; написання тексту — О.В. Панасюк, Г.В. Радиш; статистичне опрацювання даних — Г.В. Радиш; редагування тексту — О.В. Панасюк.

Список літератури

1. Антоняк С.М., Бургай О.С., Гайович Г.Я. та ін. Діагностика позалегенового туберкульозу у ВІЛ-інфікованих та хворих на СНІД: метод. реком., затверджені Наказом МОЗ України від 06.09.2006 р. № 597. – К., 2009. – 48 с.
2. Міжнародна статистична класифікація хвороб та споріднених проблем охорони здоров'я, X перегляд (перелік триважних рубрик). – К., МОЗ України, Центр медичної статистики. Інститут здоров'я імені Л.І. Медведя. – 1996. – 160 с.
3. Наказ МОЗ України № 1039 від 31.12.2014 р. «Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги при ко-інфекції (туберкульоз/ВІЛ-інфекція/СНІД).
4. Панасюк О.В., Антоняк С.М., Гетьман Л.І. та ін. Клінічна характеристика хворих на ко-інфекцію туберкульоз/ВІЛ за даними регіональних центрів СНІДу України під час проведення 115 клінічних наставницьких візитів за 10 останніх років // Туберкульоз, легеневі хвороби, ВІЛ-інфекція. – 2015. – № 3 (22). – С. 105–106.
5. Фещенко Ю.І., Гльницький І.Г., Мельник В.М. та ін. Пульмонологія та фтизіатрія: нац. підручник у 2-х т. / Київ–Львів. – Атлас, 2012. – 1362 с.

А.В. Панасюк¹, Л.С. Ничипоренко¹, Л.А. Коломийчук¹, А.С. Евдокимов¹, А.В. Радыш²

¹ГУ «Институт эпидемиологии и инфекционных болезней имени Л.В. Громашевского НАМН Украины», Киев

²Национальный медицинский университет имени А.А. Богомольца, Киев

Унікальний клінічний випадок ко-інфекції: туберкульоз со многаорганним поражением и глубоким иммунодефицитом, излеченный изониазидом на фоне антиретровирусной терапии по поводу ВИЧ-инфекции

Больной О., 49 лет, направлен из торакального отделения Национального института рака с диагнозом: «Синхронный рак нижней доли правого легкого T2NxM0 стадии IB клинической группы II, неходжкинская лимфома, стадия IA (MALT) с поражением желудка; ВИЧ-инфекция, лейкопения III степени, тромбоцитопения IV степени» на консультацию в Республиканский центр ВИЧ для определения дальнейшей тактики лечения.

В клинике ГУ «Институт эпидемиологии и инфекционных болезней имени Л.В. Громашевского НАМН Украины» 29.05.2015 г. больной взят на учет как ВИЧ-инфицированный (стадия IV) с иммунным статусом: CD4 – 16 (3,8%) клеток в 1 мм³. На первом консилиуме врачей при участии фтизиатра и инфекциониста заподозрена туберкулезная этиология регионарного лимфаденита, названных объемных образований в желудке и правом легком.

02.06.2015 г. больному назначена антиретровирусная терапия на фоне приема изониазида (0,3 г/сут) и бисептола (2 таблетки ежедневно). На лечение реагировал хорошо, во время контрольных исследований крови, легких и желудка выявлены положительные изменения, поправился почти на 30 кг. К концу 12-го месяца лечения сделан такой вывод: «Последствия туберкулеза (рубрика B90) в виде полного рассасывания инфильтрата правого легкого (S6), рубцевание язвы желудка и уплотнения перигастральных и бронхолегочных лимфатических узлов после излечения (кат. 5.1) впервые диагностированного туберкулеза (28.05.2015 г.) нижней доли правого легкого, бронхолегочных справа и перигастральных лимфатических узлов, нижней трети тела желудка». О бактериологическом и гистологическом подтверждении результатов, соответствующих рубрикам A16.7, A18.3 Международной классификации болезней X пересмотра [2], не было.

Ключевые слова: излечение, туберкульоз, изониазид, ВИЧ-инфекция, антиретровирусная терапия.

O.V. Panasiuk¹, L.S. Nychyporenko¹, L.A. Kolomyichuk¹, S.A. Evdokimov¹, H.V. Radysh²

¹SI «V.L. Gromashevsky Research Institute of Epidemiology and Infectious Diseases», Kyiv, Ukraine

²O.O. Bogomolets National Medical University, Kyiv, Ukraine

Unique clinical case of the co-infection of tb with versatile defeat and profound immunodeficiency are treated with isoniazid on a background of antiretroviral therapy of HIV infection

Patient O., 49 years old, diagnosed with «Synchronous cancer of the lower lobe of the right lung T2NxM0 St. IN CL. gr. II non-Hodgkin's lymphoma, stage IA (MALT) also lesions of the stomach, HIV infection, leukopenia, stage III, and stage IV of thrombocytopenia» was sent from the thoracic branch

of the National Cancer Institute (NCI, Kyiv) for a consultation to the national center for HIV, to determine further tactics in this case.

In the clinic of the SI «V.L. Gromashevsky Research Institute of Epidemiology and Infectious Diseases» (Kyiv) patient on 29.05.2015 has been registered as HIV positive, stage IV with immune status: CD4 – 16 (3.8 %) of cells per 1 mm³. At first doctors suspected tuberculous etiology with revealed inflammation of the regional lymph nodes, infiltration in S 6 of the right lung and ulcer stomach form.

02.06.2015 patient was appointed antiretroviral therapy by receiving isoniazid 0.3 g daily and Biseptol 2 tablets on a daily basis. The patient tolerated the treatment well, further a positive dynamics in all parameters of the examination was noted and on the 13th month a conclusion was released. Effects of tuberculosis (code B90) in a form of complete resorption of infiltration in S6 of the right lung, scarring of the ulcer of the stomach, reducing the compaction on the right and perigastric bronchopulmonary lymph nodes, healing of the fistula in the stomach wall after the treatment (Cat. 5.1) of tuberculosis that was diagnosed for the first time (28.05.2015) and perigastric bronchopulmonary lymph nodes, stomach, S6 of the right lung without the reference to bacteriological and histological confirmation, that meets the codes A16.7 and A18.3 International classification of diseases, X revision.

Key words: cure, tuberculosis, isoniazid, HIV infection, antiretroviral therapy.

Контактна інформація:

Радиш Ганна Валентинівна, асистент кафедри фізіотрії і пульмонології
01601, м. Київ, бульв. Т. Шевченка, 13
E-mail: radganna@gmail.com

Стаття надійшла до редакції 17 жовтня 2016 р.