

Перебіг туберкульозу центральної нервової системи в пацієнтів, які живуть з ВІЛ-інфекцією

Ніколаєва О.Д.

Національний університет охорони здоров'я України ім. П.Л. Шупика, м. Київ, Україна

Обґрунтування. Серед опортуністичних інфекцій на тлі тяжкої імуносупресії найчастіше діагностують позалегеновий туберкульоз (ТБ). Найтяжча форма позалегенового ТБ, яка спричиняє смерть, – це ТБ центральної нервової системи (ЦНС). Діагностика ТБ у пацієнтів з ВІЛ-інфекцією утруднена у зв'язку з атипичним перебігом і низькою можливістю підтвердження захворювання мікробіологічними або гістологічними методами. Найчастіше ТБ ЦНС діагностується без ураження легень та інших органів.

Результати та їх обговорення. Було розглянуто випадки ізольованого ТБ ЦНС. Для визначення особливостей перебігу проаналізовано 28 історій хвороб. За комплексним клініко-рентгенологічним дослідженням у 24 із 28 випадків було встановлено ВІЛ-інфекцію та ТБ ЦНС з іншими опортуністичними хворобами. У цих випадках у пацієнтів з ВІЛ-інфекцією діагностовано такі опортуністичні інфекції: токсоплазмоз – у 6 випадках, цитомегаловірусна інфекція та прогресивна мультифокальна лейкоенцефалопатія – по 5 випадків, гепатит – у 4 випадках. Також виявлено 2 випадки пневмоцистної пневмонії та по 1 випадку криптококової інфекції, сепсису та ВІЛ-енцефаліту. У 17 (60,7 %) хворих ТБ ЦНС поєднувався з іншими ураженням мозку. Поєднання декількох інфекцій потребувало комплексного лікування з використанням масивної терапії, що ускладнювало результат.

У 4 (14,3 %) випадках було діагностовано ТБ в минулому. У 5 (17,9 %) випадках виявили залишкові зміни після ТБ. У 2 хворих в анамнезі життя була черепно-мозкова травма, що має важливе значення надалі для ураження ЦНС.

Помилковий діагноз було встановлено 3 хворим: у 2 пацієнтів – гостре порушення мозкового кровообігу та в 1 – розсіяний склероз. Серед скарг відзначалися головний біль (20 осіб, 71,4 %), лихоманка (24 особи, 85,7 %), слабкість (13 осіб, 46,4 %), нудота (4 особи, 14,3 %), блювання (4 особи, 14,3 %), судоми (4 особи, 14,3 %), запаморочення (6 осіб, 21,4 %), хиткість під час ходьби (8 осіб, 28,6 %), порушення ковтання (4 особи, 14,3 %), порушення мовлення (9 осіб, 32,1 %), порушення функції тазових органів (4 особи, 14,3 %) і в одиночних випадках порушення зору та слабкість у кінцівках.

Під час обстеження виявлено такі симптоми: менінгеальні – 8 (28,6 %), ураження черепно-мозкових нервів (птоз, подвоєння в очах, косоокість, згладженість носогубної складки) – 4 (14,3 %), геміпарез – 11 (39,3 %), парепарез – 2, тетраплегія – 1, порушення функції тазових органів – 5 (17,9 %), нейрокогнітивні зміни – 5 (17,9 %). Усі симптоми свідчили про ураження речовини головного мозку. Четверо пацієнтів були госпіталізовані в украї тяжкому стані з порушенням свідомості (сопор і кома). При дослідженні ліквору виявили незначні зміни: цитоз – 2-80 клітин (лімфоцитарний), медіана – 21 клітина, глюкоза – 2,2-2,9 ммоль/л,

білок – 0,3-0,75 г/л. Незначні зміни ліквору утрудняли своєчасне діагностування ТБ ЦНС. Тільки в 3 (10,7 %) хворих у лікворі визначили позитивний GeneXpert MTB Ultra. У загальному аналізі крові значних змін не виявлено: у 23 випадках (82,4 %) визначали норму, в 5 (17,8 %) – лейкопенію, в 3 (10,7 %) – лейкоцитоз і ще в 3 (10,7 %) – ознаки анемії. Підвищення ШОЕ в середньому зафіксовано до 35,7 мм/год. За станом імунітету більшість хворих виявлено в IV стадії з прогресивною імуносупресією: в 75 % випадках рівень CD4 був <100 кл./мкл. У цих пацієнтів рівень CD4 <50 кл./мкл визначали в 62,5 % випадках, 51-99 кл./мкл – у 12,5 %, і тільки у 25 % випадках рівень CD4 дорівнював 100-200 кл./мкл.

При проведенні магнітно-резонансної томографії з контрастуванням виявлено такі зміни: множинні туберкульоми з ураженням мозкових оболонок, мозочка, середнього мозку й обох гемісфер головного мозку (11 випадків, 39,3 %), множинні туберкульоми обох гемісфер головного мозку та стовбура головного мозку (4 випадки, 14,3 %), множинні туберкульоми обох гемісфер головного мозку (4 випадки, 14,3 %), об'ємне утворення з мас-ефектом (4 випадки, 14,3 %), абсцес мозку (2 випадки, 7,2 %), помірно виражена внутрішня гідроцефалія (1 випадок, 3,6 %). Тільки у 2 випадках (7,2 %) за результатами дослідження патології з боку головного мозку не було виявлено.

Усім хворим було призначено лікування ТБ: чутливого ТБ – 20 (71,4 %), препарати II ряду через ризик ТБ з множинною лікарською стійкістю – 8 (28,6 %). Антиретровірусну терапію (АРТ) за стандартною схемою TLD було призначено в середньому через 32,8 дня після початку лікування ТБ при стабілізації стану хворого та задовільній переносимості протитуберкульозних препаратів. АРТ до діагностики ТБ ЦНС отримували 3 хворих із CD4 у середньому 236 кл./мкл, після початку АРТ при зверненні з приводу погіршення стану ТБ ЦНС діагностовано в 3 випадках.

Було отримано такі результати лікування: вилікування – 13 (46,4 %), смерть – 12 (42,9 %), великі залишкові зміни з множинними туберкульомами, залишкові явища геміпарезу – 2 (7,1 %), в 1 випадку (3,7 %) не вдалося відстежити кінцевий результат.

Висновки. У хворих на тлі вираженої імуносупресії відзначається тяжкий перебіг ТБ ЦНС, часто в поєднанні з іншими опортуністичними хворобами, ураженням речовини мозку, менш вираженими змінами в лікворі, що не дає можливості провести своєчасну діагностику та призначити лікування. У хворих з ВІЛ-інфекцією можливий розвиток ТБ ЦНС як прогресування на тлі неефективної терапії ТБ або початку АРТ. Розвиток ТБ ЦНС можливий на всіх стадіях ВІЛ-інфекції, але частіше хвороба діагностується при тяжкій імуносупресії та має атипичний перебіг.