

Случай деструкции правого главного бронха туберкулезной этиологии на фоне ВИЧ-инфекции

М.Л.Штейнер^{1,2}, Ю.И.Биктагиров¹,
А.В.Жестков¹, Е.А.Корымасов¹,
Е.П.Кривошеков¹

¹Самарский государственный медицинский
университет Минздрава России, Самара

²Самарская городская больница № 4, Самара

У ВИЧ-инфицированной пациентки, госпитализированной с диагнозом пневмония, во время бронхоскопии обнаружены эндобронхиальные признаки туберкулезного поражения правого главного бронха и свищевое устье той же локализации. Исследование бронхоальвеолярной жидкости выявило кислотоустойчивые микобактерии в большом количестве. Состояние оценено, как деструкция стенки бронха туберкулезной этиологии на фоне туберкулеза легких. Пациентка переведена во фтизиохирургическое отделение.

Ключевые слова: туберкулез, туберкулез бронхов, ВИЧ-инфекция, бронхоскопия.

The Tuberculous Destruction of the Right Main Bronchus Associated with HIV-Infection

M.L.Shteiner^{1,2}, Yu.I.Biktagirov¹, A.V.Zhestkov¹,
E.A.Korymasov¹, E.P.Krivoshchekov¹

¹Samara State Medical University, Samara

²Samara City Hospital №4, Samara

The article describes the case of a HIV-infected woman with the diagnosis of "pneumonia". Bronchoscopy revealed endobronchial signs of tuberculous lesions in the right main bronchus and a fistula in the same location. Bronchoalveolar lavage fluid analysis showed large numbers of acid-fast mycobacteria. This condition was estimated as a tuberculous destruction of the bronchial wall on the background of pulmonary tuberculosis. The patient was transferred to the phthisiosurgical department.

Keywords: tuberculosis, endobronchial tuberculosis, HIV-infection, bronchoscopy.

ВИЧ-инфекция является наиболее жизнеугрожающим из инфекционных заболеваний человека. Она поражает преимущественно трудоспособную часть населения, является частой причиной летальности молодых людей и представляет большую угрозу для современного общества. При этом постоянно увеличивается количество пациентов с сочета-

нием туберкулеза и ВИЧ-инфекции, что оказывает существенное влияние на неблагоприятную эпидемиологическую ситуацию по туберкулезу [1, 2].

При туберкулезе на фоне ВИЧ-инфекции, особенно в поздних стадиях заболевания, регистрируется высокая частота поражения бронхиального дерева. У ВИЧ-инфицированных пациентов с туберкулезом часто регистрируют бронходулярные свищи, развитие которых объясняется разрушением тесно прилежащих к бронхам лимфатических узлов средостения, расплавлением стенки бронха и формированием свищевых ходов [3].

В этих условиях эффективным методом диагностики становится гибкая бронхоскопия, позволяющая визуально определить наличие локального туберкулезного поражения бронхов, которое встречается гораздо чаще на фоне выраженного иммунодефицита. Приводим собственное наблюдение.

Больная М., 26 лет госпитализирована в пульмонологическое отделение №1 Самарского городского пульмонологического центра (развернутого на базе ГБУЗ Самарской области «Самарская городская больница №4») в экстренном порядке. При поступлении предъявляла жалобы на одышку, резкую слабость, кашель с трудно отделяемой мокротой желто-зеленого цвета, проливные поты, лихорадку до 38–39°C. Пациентка сообщила при поступлении, что болеет около 2 нед. Связывает заболевание с вирусной инфекцией. Лихорадка держалась все это время. Кашель был сначала сухой; к концу первой недели появилось отхождение мокроты. Постепенно нарастала слабость и одышка. В поликлинику по месту жительства не обращалась. К концу второй недели от начала заболевания в связи с продолжающимся ухудшением состояния родственники вызвали бригаду Скорой помощи. Дополнительно из анамнестических данных пациентка сообщила, что являлась в прошлом наркозависимой, курит с 14 лет, не работает. Аллергологический анамнез отягощен не был.

При осмотре: кожные покровы бледные, влажные. Число дыхательных движений 29 в покое, в акте дыхания принимает участие вспомогательная мускулатура. Дыхание резко ослаблено, выслушиваются незвучные влажные хрипы справа. Число сердечных сокращений – 110 в минуту; артериальное давление – 110 и 70 мм рт. ст.

При дополнительном обследовании пациентки на уровне приемного покоя были получены следующие данные.

Электрокардиограмма: синусовая тахикардия, вертикальное положение электрической оси сердца, нарушение процессов реполяризации в области задней стенки левого желудочка. Сатурация кислорода – 89%. Рентгенография грудной клетки в 2 проекциях: неоднородное затемнение легочной ткани в проекции средней доли правого легкого, расширение правого корня. Куполы диафрагмы – ровные. Синусы – свободные. Тень сердца обычных размеров. Заключение: правосторонняя пневмония.

Общий анализ крови: РОЭ – 57 мм/ч, Hb – 89 г/л, эритроциты – $3,3 \times 10^{12}$, лейкоциты – $10,4 \times 10^9$. (В лейкоформуле: палочкоядерных лейкоцитов – 7, сегментоядерных – 70, лимфоцитов – 20, моноцитов – 3).

Общий анализ мочи: цвет – соломенно-желтый, удельный вес – 10^{12} , белок – 0,099%, цилиндры гиалиновые – 0–1 в поле зрения, лейкоциты – 15–20 в поле зрения, эритроциты – 1–3 в поле зрения, эпителий – 7–8 в поле зрения, слизь.

Выраженная кислородная задолженность пациентки явилась причиной госпитализации в отделе-

Рис. 1. Множество белесоватых узелковых высыпаний на стенках правого главного бронха

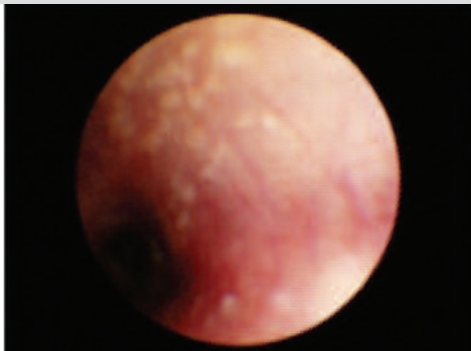


Рис. 2. Свищевое устье на медиальной стенке правого главного бронха



Рис. 3. Тканевой детрит в устье свища правого главного бронха



ние анестезиологии и реанимации. Данные клинической картины, анамнеза позволили заподозрить у пациентки ВИЧ-инфекцию. По запросу в Самарский городской центр по профилактике и борьбе со СПИДом было выяснено, что пациентке поставлен диагноз ВИЧ-инфекции в 2009 г. по результатам иммуноблотинга, однако она не встала на диспансерный учет и не получала антиретровирусную терапию.

Учитывая наличие у пациента клинических признаков обструкции нижних отделов трахеобронхального дерева бронхиальным секретом, необходимость исключить туберкулезную этиологию инфильтрата легочной ткани, было принято решение о проведении гибкой бронхоскопии по экстренным показаниям. Для проведения бронхоскопии был использован видеобронхоскоп MAF-TM (Олимпус, Япония). Исследование выполнялось под местной анестезией 5% раствором лидокаина в количестве 8 мл. Бронхоальвеолярный лаваж выполнялся по общепринятой методике.

Во время проведения бронхоскопии у пациентки отмечалось большое количество вязкого слизистого секрета желтого цвета, расположенного

полисегментарно, во всех отделах трахеобронхального дерева. Слизистая трахеобронхального дерева была диффузно отечна и гиперемирована. Был частично стерт хрящевой каркас крупных бронхов и сосудистый рисунок, сужены устья бронхиальных желез во всех отделах. Устья сегментарных и субсегментарных бронхов были частично obturированы вязким секретом. Респираторная подвижность была несколько снижена. Наряду с диффузной отмечалась и локальная эндобронхиальная симптоматика. В слизистой правого главного бронха отмечались множественные белесоватые высыпания с достаточно четкими границами, без тенденции к слиянию, возвышающиеся над уровнем фоновой слизистой (рис. 1). На 2 см ниже карины бифуркации трахеи, по медиальной стенке правого главного бронха отмечалось свищевое устье неправильной формы. Концентрация узелковых образований слизистой бронха в области свищевого устья при этом возрастала (рис. 2). При детальном рассмотрении отмечалось большое количество тканевого детрита, выполнявшего устье, и глубина дна явно превышала толщину стенки бронха (рис. 3). Таким образом, речь шла о деструкции стенки правого главного бронха на всю глубину, что давало возможность проникновения инфекции в клетчатку, окружающую структуры корня правого легкого.

Учитывая связь клетчатки корня легкого с клетчаткой заднего средостения, речь может фактически идти о формировании бронхиально-медиастинального свища, если не в чисто анатомическом, то, по крайней мере, в функциональном плане.

По итогам проведения бронхоскопии было сделано следующее заключение: Туберкулез правого главного бронха, осложненный деструкцией стенки и формированием бронхиально-медиастинального свища. Диффузный эндобронхит II степени интенсивности воспаления по классификации Лемуана (1965 г.) в модификации Г.И.Лукомского и Г.М.Орлова (1973). Лаваж с 60 мл изотонического раствора до «чистой воды». Забор бронхиального содержимого для определения кислотоустойчивых микобактерий методом микроскопии осадка.

При исследовании микроскопировании центрифугата жидкости бронхоальвеолярного лаважа (ЖБАЛ) с предварительной окраской по Цилю-Нильсену выявлено большое количество кислотоустойчивых микобактерий (КУМ) (Исследование ЖБАЛ на КУМ: КУМ +++, Лейкоциты – сплошь).

Учитывая этиологическую доказанность туберкулезного процесса, наличие деструкции правого главного бронха, возможного развития медиастинита пациентка была переведена в Областной противотуберкулезный диспансер, во фтизиохирургическое отделение.

Очевидно, отсутствие антиретровирусной терапии (по вине пациентки) явилось причиной агрессивного течения туберкулезного процесса.

Литература

1. Ерохин В.В., Корнилова З.Х., Алексеева Л.П. Особенности выявления, клинических проявлений и лечения туберкулеза у ВИЧ-инфицированных. Проблемы туберкулеза и болезней легких. 2005; 10: 20–27. / Erokhin V.V., Kornilova Z.Kh., Alekseev L.P. Problems of Tuberculosis and Lung Diseases. 2005; 10: 20–27. [in Russian]
2. Зимица В.Н., Батыров Ф.А., Зюзя Ю.Р. и др. Туберкулез множественных локализаций у больных ВИЧ-инфекцией: особенности течения и диагностики. Вестник Российского государственного медицинского университета. 2012; 2: 45–50. /

Zimina V.N., Batyrov F.A., Zi-uzia Iu.R., Kravchenko A.V., Toshchevnikov M.V., Reshetnikov M.N., Vasilev I.A. Bulletin of the Russian State Medical University. 2012; 2: 45–50. [in Russian]

3. Пантелеев А.М. Туберкулез органов дыхания у больных с ВИЧ-инфекцией. ВИЧ-инфекции и иммуносупрессии. 2010; 2 (1): 16–22. / Pan-teleev A.M. VICH-infektsii i immunosupressii [HIV and immunosuppression] 2010; 2 (1): 16–22. [in Russian]

Сведения об авторах:

Штейнер Михаил Львович – д.м.н., доцент кафедры хирургии с курсом эндоскопии института профессионального образования (ИПО) ФГБОУ ВО «Самарский государственный медицинский университет» Минздрава России; врач-эндоскопист ГБУЗ Самарской области «Самарская городская больница № 4, Самара

Биктагиров Юрий Исакович – к.м.н., доцент кафедры хирургии института профессионального образования, заведующий курсом эндоскопии, ФГБОУ ВО «Самарский государственный медицинский университет» Минздрава России, Самара

Жестков Александр Викторович – д.м.н., профессор, заведующий кафедрой общей и клинической микробиологии, иммунологии и аллергологии ФГБОУ ВО «Самарский государственный медицинский университет» Минздрава России, Самара

Корымасов Евгений Анатольевич – д.м.н., профессор, заведующий кафедрой хирургии института профессионального образования ФГБОУ ВО «Самарский государственный медицинский университет» Минздрава России, Самара

Кривощев Евгений Петрович – д.м.н., профессор, профессор кафедры хирургии института профессионального образования, ФГБОУ ВО «Самарский государственный медицинский университет» Минздрава России, Самара