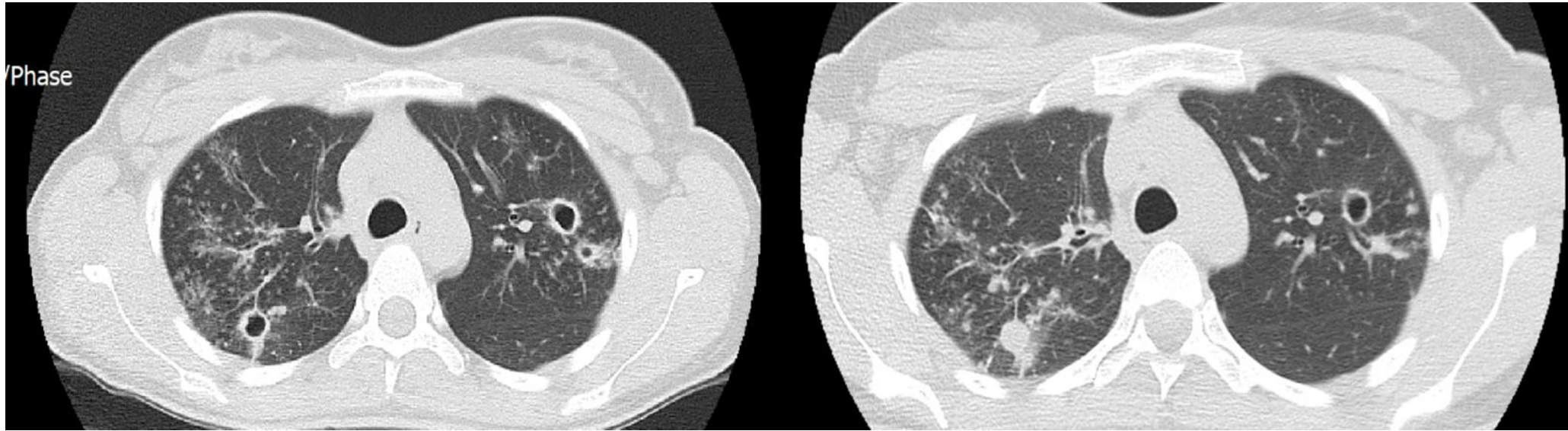


Разбор клинических случаев

Клинический случай 1.

- Больной К., 35 лет, впервые заболел ТБ в декабре 2019 года. Диагноз был выставлен на основе клинико-рентгенологической картины, бактериологически подтвержден не был.
- Получал лечение по схеме: 2HRZE.
- ВИЧ инфекция выявлена в процессе обследования перед началом лечения ТБ.
 - CD4 = 250 кл.
 - ВН = 400000 РНК копий/мл
- Назначена АРТ терапия в марте 2020 года по схеме: AZT / ЗТС (зидовудин / ламивудин) + EFV (эфавиренц).

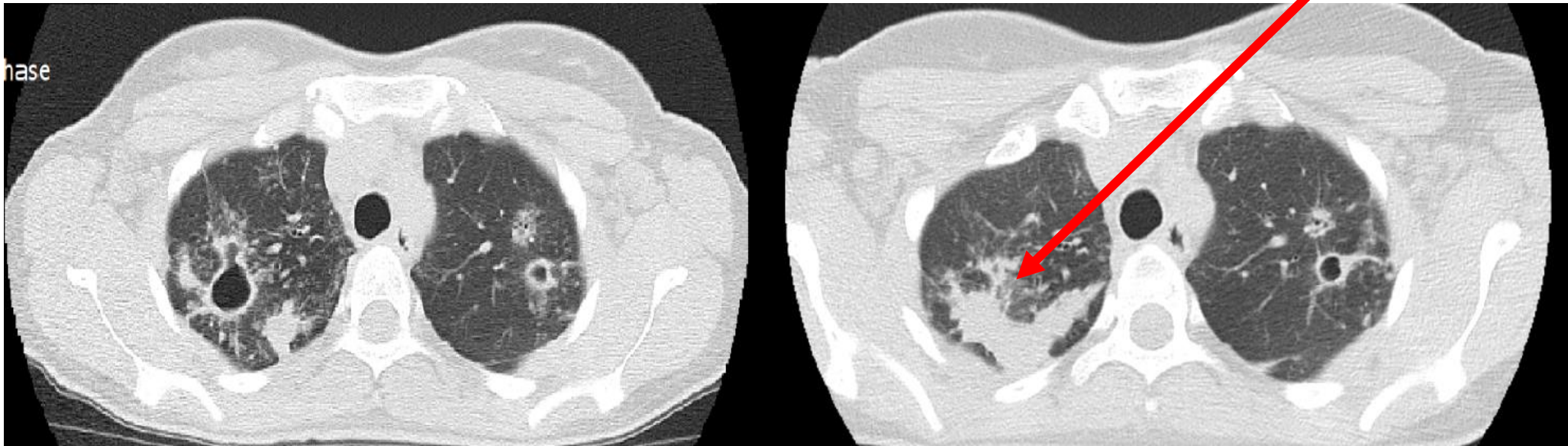
Клинический случай 1.



- Рентгенологически с обеих сторон инфильтративные изменения с полостями распада.

Клинический случай 1.

- В начале мая отмечается ухудшение общего состояния: повышение температуры, усиление кашля с выделением мокроты, нарастание общей слабости.
- Проведен рентген контроль: усиление инфильтрации



Вопросы для обсуждения:

- Что происходит с пациентом?

- a. СВИС?
- b. Низкая приверженность?
- c. Устойчивость?
- d. Сопутствующая патология?

- Предложите дополнительное обследование

1. Бактериологическое обследование мокроты
2. Исключение ОИ
3. Оценка приверженности
4. Все перечисленное
5. Свой вариант

План лечения:

Зависит от результатов обследования.

Если это СВИС – продолжаем то же лечение, прибавляем нестероидные противовоспалительные или преднизолон.

Если получаем данные резистентности – назначение препаратов 2 ряда.

Дополнительное обследование:

- Проведена Микроскопия – положительная;
- Джин Эксперт – положительный, Риф +;
- LPA: kat G, rpo B, gyrA

Предложите схему лечения в соответствии с Вашими страновыми рекомендациями.

Возможная схема: Bdq Lzd Cs Cfz Dlm, плюс замена схемы АРТ на TDF 3ТС DTG

Возможен вариант включения в ОИ по ВРАL

Клинический случай 2.

- Больная В., 29 лет, Диагноз: ШЛУ ТБ (03.04.19) обоих легких (диссеминированный) Дестр +, МБТ +, М +, МГ + / Риф +, МГ + (groB, katG, gyrA, rrs) К +, резист + (HRESZKmCmLfxOfxMfxEt), гист0, Кат4 (ВДТБ 20.03.19) ког2 (2019).
- В 20. IV клиническая стадия. Орофарингеальный кандидоз.
- CD4 = 72 кл.
- ВН => 100 тис.РНК копий / мл

- **Анамнез предыдущего лечения:** ранее не лечилась

Предложите схему лечения

Bdq + Lzd + Cfz + Cs + Dlm

Лечение сопутствующего заболевания: получает АРТ с 08.06.2019 г. - TDF / FTC (тенофовир / эмтрицитабин) + DTG (долутергавир). Также получает флуконазол и бисептол ежедневно.

- Пациентка самовольно прекратила прием АРТ-терапии после 4 месяцев лечения ТБ.
- Результаты лечения через 6 мес. : Прекращение бактериовыделения от начала лечения с посевом - на 4 мес., Слабоположительная рентгенологическая динамика (остаются полости распада, сохраняется инфильтрация)
- Переносимость препаратов - удовлетворительная.

Прогноз?

Предложения по ведению случая?

Клинический случай 3.

- В ноябре 2020 появились иктеричность склер, повышение t тела 37,3 ° C
- Обратился к семейному врачу, был обследован:
 1. Биохимический анализ крови 18.11.20 - билирубин общий 183,1 мкмоль / л, прямой 138,4, непрямой 44,7, АЛТ 110 ед / л, АсАТ 300 ед / л, γ-ГТ 176 ед / л, ЩФ 534 от / л
 2. УЗИ 20.11.20 - гепатоспленомегалия, выраженный диффузный гепатоз, хр. калькулезный холецистит, диффузные изменения поджелудочной железы
- В анамнезе инъекционные наркотики в прошлом, болезнь Боткина в 1995 г., находился в МЛС 2003-2006 гг

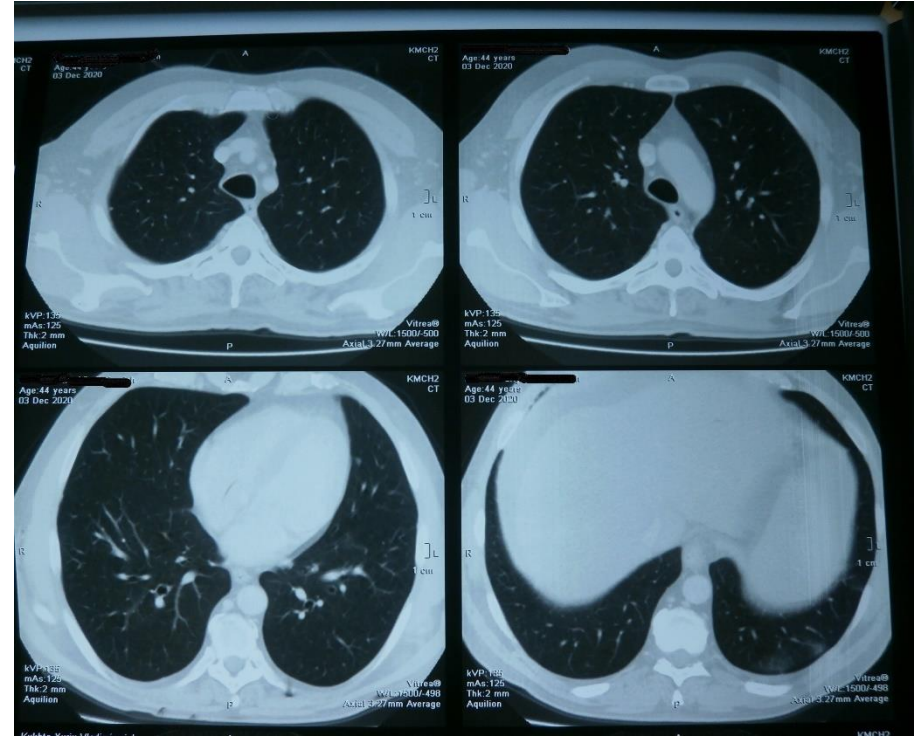
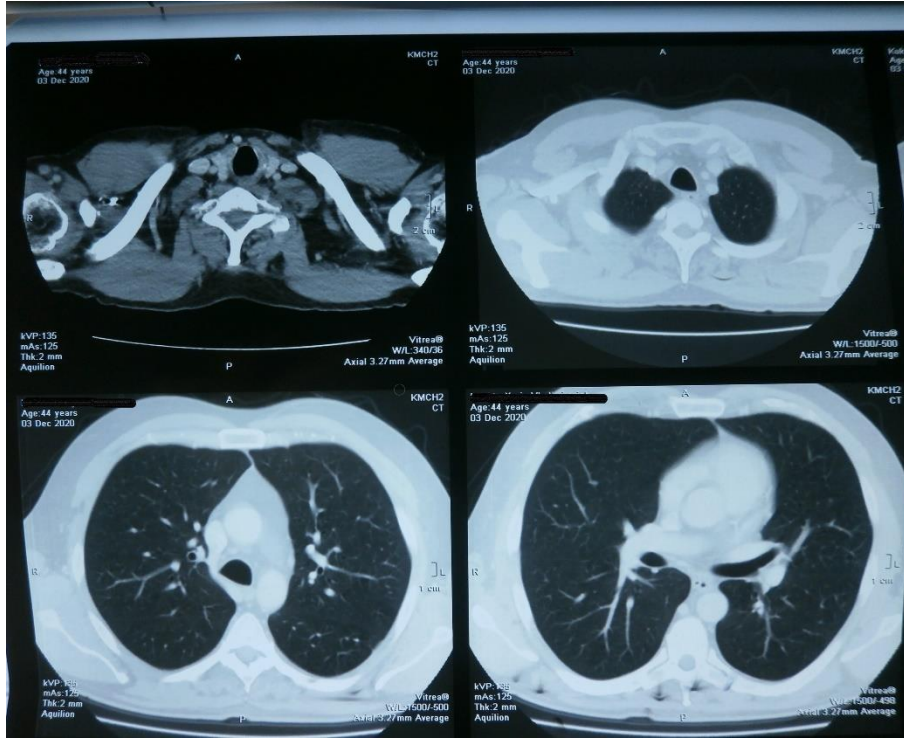
Направлен к инфекционисту, обследован:

- Ан. крови 25.11.20 - эр 3,03 Т / л, Нв 111 г / л, Л 3,2 г / л, тромб 64 г / л, СОЭ 5 мм / ч, (В-9, С-63, Е-0, Л-17, М-11)
- Биохимический анализ крови 25.11.20 - билирубин общий 188,08 мкмоль / л, прямой 153,76, не прямой 34,32, АЛТ 101,8 ед / л, АсАТ 221,7 ед / л, мочевины 6,2 ммоль / л, креатинин 80,06 мкмоль / л
- Исследование на ВИЧ 25.11.20 - позитив
- CD4 25.11.20 - 234 кл / мкл, ВН 25.11.20 - 494220 копий / мл
- Быстрый тест HBSAg 25.11.20 - негатив
- Быстрый тест анти-HCV 25.11.20 - позитив
- FM LAM-тест 27.11.20 - негатив
- ИФА SARS-CoV-2 26.11.20 – АТ не обнаружены
- ВААРТ не назначена в связи с высокими показателями печеночных проб

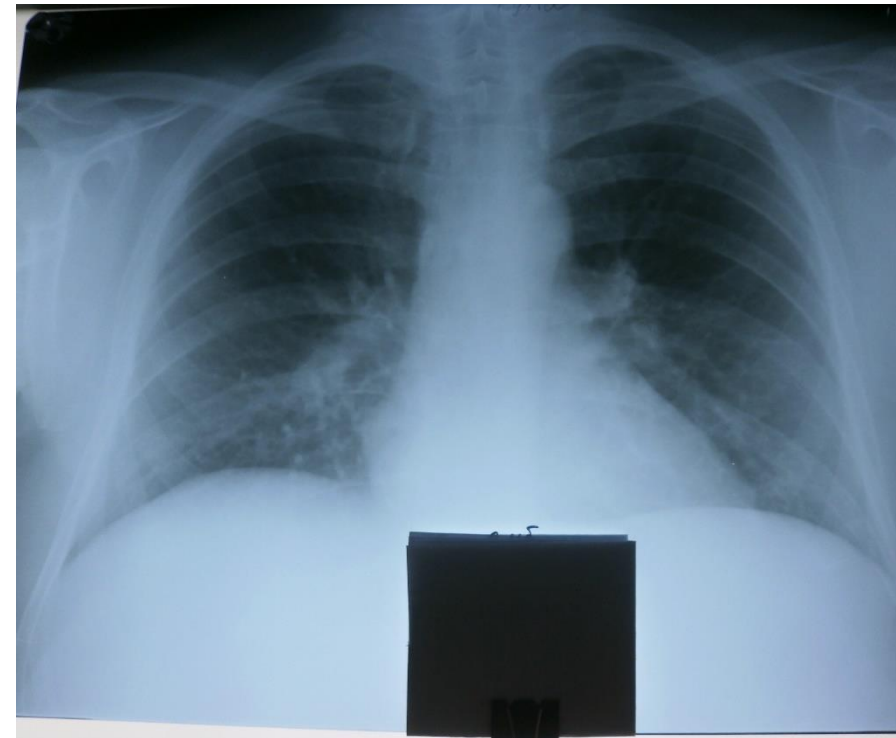
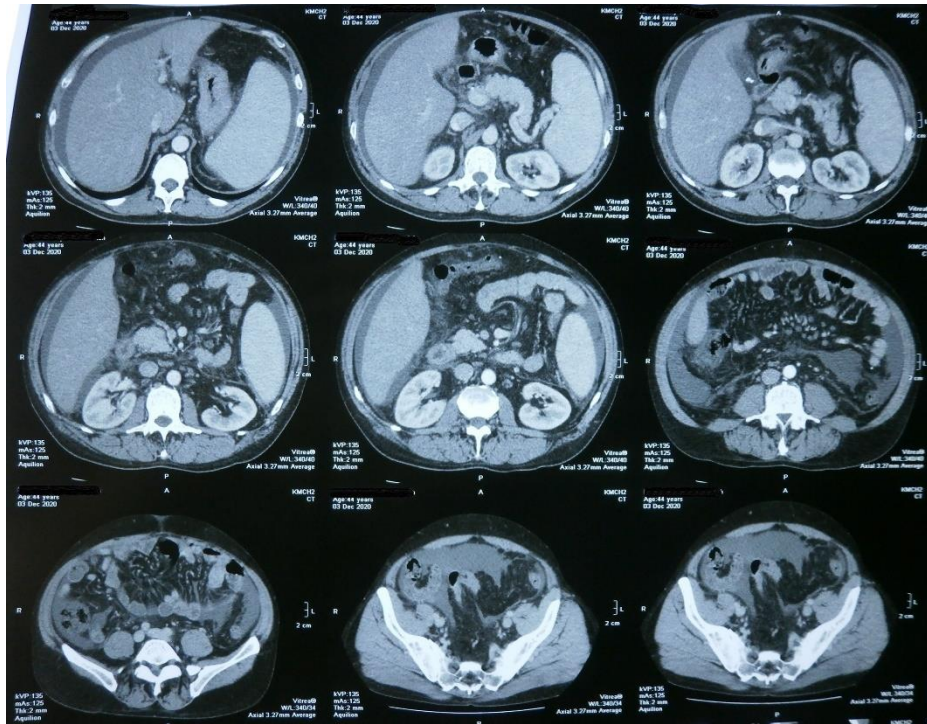
СКТ грудной, брюшной полости, таза 03.12.2020

- В С1-2,6,8 правого, С1-3 левого легких единичные очаги 2-5 мм средней и высокой плотности, в С6 слева кальцинат 3 мм и фиброз. В плевральных полостях свободная жидкость 3-4 мм. В корнях мелкие л / узлы 8 мм.
- Гепатоспленомегалия, значительное количество свободной жидкости в брюшной полости, умеренно выраженная лимфаденопатия брюшной полости.
- КТ-признаки калькулезного холецистита, распространенного колита.

CKT 03.12.2020



СКТ 03.12.2020, рентгенограмма ОГК 04.12.2020



Консультация фтизиатра 04.12.20

Общее состояние средней тяжести, кожа и склеры желтушные. Периферические л / узлы увеличены. В легких дыхание везикулярное. ЧСС 85 в мин. Живот увеличен за счет свободной жидкости. Отеки нижних конечностей.

Ан. Мокроты МГ 04.12.20 - МТБ не обнаружены

Скопия мокроты 04.12.20 - негатив

Р-графия ОГК 04.12.20 - очагово-инфильтративных теней не выявлено

Предварительный диагноз: ВИЧ 4 кл в Вне легочной, В\В ТБ(12.20) л / узлов брюшной полости, периферических л / у ? Вирусный гепатит С, а / фаза, гепатоспленомегалия. Асцит.

Рекомендуется биопсия л / узла, дезинтоксикационная терапия

Направлен в терапевтическое отделение, где лечился с 07.12.20 по 15.12.20

Получал лечение: глюкоза, спиронолактон, фуросемид, глутаргин, реосорбилакт, тиамин хлорид

НО

Биохимический анализ крови 14.12.20 - билирубин общий 265,03 мкмоль / л, прямой 102,4, непрямой 162,3, АЛТ 99,7 ед / л, АсАТ 103 ед / л, мочевины 6,2 ммоль / л, креатинин 80,06 мкмоль / л

Общее состояние оставалось без изменений

Пациент оставался без АРТ и лечения вирусного гепатита С из-за повышенных печеночных проб

Вопросы для обсуждения:

- Предложите и обоснуйте тактику дальнейшего ведения такого пациента?
 - a. Продолжить дезинтоксикационную терапию
 - b. Назначить ТБ лечение и АРТ через 2 недели
 - c. Продолжить дообследование: биопсия Л/У, посевы материала, обследование на другие оппортунисты
 - d. Перевод в паллиативную группу в связи с невозможностью назначить терапию.

Госпитализирован в «Областной клинический противотуберкулезный диспансер» 17.12.20 и направлен на центральный консилиум

- После консультаций специалистами м. Киев установлен диагноз:

ВИЧ-инф 4 кл в ВДТБ (18.12.2020) генерализованный: легких (милиарный), кишечника, периферических л / узлов, в / брюшных л / узлов, печени, Дестр-МБТ-М-МГ-К в раб КАТ1 ког 4 (2020). Вирусный гепатит С. Асцит.

- На момент госпитализации состояние тяжелое. Желтушность кожи и склер. Выраженная слабость, самостоятельно не передвигался. Рвота. Т тела 37,3°С, ЧСС 90 в мин., АД 160/100. Живот увеличен за счет свободной жидкости. Отеки нижних конечностей.
- Биохимический анализ крови 18.12.20 - билирубин общий 73,65 мкмоль / л, прямой 18,4, непрямой 55,2, АЛТ 44,5 ед / л, АсАТ 84,6 ед / л, мочевины 6,3 ммоль / л, креатинин 105,7 мкмоль / л
- Ан. крови 18.12.20 - эр 2,8 Т / л, Нв 103 г / л, Л 3,1 г / л, тромб 41 г / л, СОЭ 70 мм / ч, П2 С58 Е1 Л35 М4
- Ан. Мокроты МГ 18.12.20 - негатив, скопия 18.12.20 - негатив

Лечение:

- Не смотря на высокие печеночные пробы и низкие тромбоциты назначено лечение туберкулеза в стандартных дозах согласно веса H0,3 R0,6 Z2,0 E1,2
- 24.12.2020 предназначена АРТ DTG / ЗТС / TDF
- Дезинтоксикационная и симптоматическая терапия: р-н Рингера, пиридоксин, вит В12, глюкоза, дексаметазон, вит С, бисептол, флуконазол, парацетамол

На фоне лечения:

- Пациент уже на 4 день лечения ПТП отметил значительное улучшение самочувствия, нормализацию Т тела, исчезли периферические отеки, появился аппетит.
- На 10 день уменьшилось количество жидкости в брюшной полости, пациент активен.
- На 18 день рассасывание жидкости в брюшной полости, пациент жалоб не предъявляет.
- Лечение переносит удовлетворительно.
- Нормализация биохимических показателей функции печени
- Ан. крови 04.01.21 - эр 2,53 Т / л, Нв 90 г / л, Л 2,2 г / л, тромб 47 г / л, СОЭ 33 мм / ч, П2 С52 Е3 Л40 М3

Динамика биохимических показателей в процессе лечения

	Альбумин	Общий белок	Общий билирубин	Прямой билирубин	Не прямой билирубин	АлАТ	АсАТ	Мочевая кислота	Мочевина	Креатинин
18.12.20	14,3	139,2	73,65	18,4	55,2	44,5	84,6	448	6,3	105,7
21.12.20			48,4	12,1	36,2	50,9	95,1			
24.12.20	19	104,6	50,4	12,6	37,8	53,2	91,6	704,4	3,8	91,3
04.01.21			31,9	7,98	23,92	67,2	65,4			

Выводы:

- Вероятность развития туберкулеза у людей, живущих с ВИЧ, примерно в 19 раз выше, чем у людей без ВИЧ;
- Обоснование эмпирического лечения ТБ, состоит в том, чтобы предотвратить смерть людей, живущих с ВИЧ, в ситуациях, когда ускоренная диагностика ТБ невозможна или неосуществима из-за клинического состояния человека или ограниченного доступа к диагностическим службам ТБ. Хотя у предполагаемого туберкулеза нет определения случая, алгоритмы ВОЗ включают начало лечения туберкулеза для людей, живущих с ВИЧ, исключительно на основании клинического подозрения (без обследования на туберкулез) для тяжелобольных людей на основании заключения клинициста. Такой подход основан на экспертном мнении и подчеркивает, после его начала нужно провести все необходимое обследование и прекращать лечение только при наличии бактериологических, гистологических или других убедительных клинических данных, которые указывают на альтернативный диагноз
- Таким образом, обеспечение раннего выявления и лечения туберкулеза среди всех людей, живущих с ВИЧ, имеет решающее значение для снижения заболеваемости и смертности в этой группе.