

Сочетанное туберкулезное и сифилитическое поражение легких у больного с ВИЧ-инфекцией (клинический пример)

А. А. Юдин¹, Н. И. Афанасьева¹, Д. А. Мясников^{*,3}, Е. А. Юматова^{1,2}

¹ ФГБОУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н. И. Пирогова» Минздрава России, кафедра лучевой диагностики и терапии

² ФГБУЗ «Центральная клиническая больница» Российской академии наук

³ ГБУЗ МО «Мытищинский противотуберкулезный диспансер»

The Combined Tubercular and Syphilitic Lesions of Lungs at Patients with HIV-Infection (Case Report)

A. L. Yudin¹, N. I. Afanas'yeva¹, D. A. Myasnikov^{*,3}, E. A. Yumatova^{1,2}

¹ N. I. Pirogov Russian National Research Medical University, Department Radiology

² Central Clinical Hospital Russian Academy of Sciences

³ Mytishchi Antituberculous Dispensary

Реферат

Представлен редкий случай сочетанного туберкулезного и сифилитического поражения легких у ВИЧ-инфицированного пациента. Показаны возможности различных методов лучевой диагностики. Представлены особенности рентгенологической картины сифилитического поражения легких. Изложен поэтапный процесс диагностики туберкулеза и сифилиса легких у ВИЧ-инфицированных больных.

Ключевые слова: ВИЧ-инфекция, туберкулез, сифилис, рентгенография, компьютерная томография.

Abstract

A rare case of combined syphilitic and tuberculous pulmonary lesions in an HIV-infected patient is presented. The possibilities of various methods of visualization are shown. The peculiarities of x-ray study of syphilitic lesions of the lungs are presented. A phased process of diagnosis of tuberculosis and syphilis of the lungs in HIV-infected patients is set out.

Key words: HIV, Tuberculosis, Syphilis, Radiography, Computed Tomography.

* Мясников Дмитрий Александрович, заведующий рентгенкабинетом ГБУЗ МО «Мытищинский противотуберкулезный диспансер».

Адрес: 141009, Московская область, г. Мытищи, ул. Карла Маркса, д. 55.

Тел.: +7 (495) 993-37-93. Электронная почта: damren@rambler.ru

Myasnikov Dmitry Alexandrovich, Radiologist, Head of Radiology Department, Antituberculous Dispensary, Moscow District. Mytishchi.

Address: 55, ul. Karla Marksa, Mytishchi, Moscow Region, 141009, Russia.

Phone number: +7 (495) 993-37-93. E-mail: damren@rambler.ru

Актуальность

В последние годы в России отмечается рост заболеваемости ВИЧ-инфекцией. Увеличение количества ВИЧ-позитивных лиц, в свою очередь, влияет на эпидемиологические показатели по туберкулезу, так как наличие ВИЧ в организме человека определяет наиболее высокий риск развития специфического воспаления. За последние 12 лет заболеваемость ВИЧ-ассоциированным туберкулезом выросла в 108 раз. Всемирная организация здравоохранения включила Российскую Федерацию в список из 22 стран, которым грозит эпидемия туберкулеза. Социально значимые инфекции — туберкулез и ВИЧ на сегодня представляют реальную угрозу безопасности государства [1].

Еще одной нозологией, связанной с распространением ВИЧ-инфекции, являются заболевания, передающиеся половым путем (ЗППП), и в частности сифилис. По данным некоторых публикаций сочетание последнего с ВИЧ-инфекцией встречается в 18,5 % случаев [2]. Известно, что сифилис, как инфекция всего макроорганизма, может поражать практически все внутренние органы и системы. Одной из «мишеней» для висцерального сифилиса служат органы дыхания. Исследований, посвященных сифилитическому поражению легких у ВИЧ-инфицированных лиц, найти не удалось. Применительно к ВИЧ-отрицательным пациентам рассматриваемая тема наиболее полно была раскрыта в монографии [3]. Считается, что поражение органов дыхания при висцеральном сифилисе встречается редко, около 1 % от всех больных висцеральным сифилисом. Вовлечение в патологический процесс легких наблюдаются как в третичном (через 5–20 лет

после заражения), так и во вторичном периоде этого заболевания.

Классификация сифилиса легких (С. В. Берлин — Чертов, 1946) включает:

1. Остро и подостро протекающую бронхопневмонию.
2. Инфильтраты и инфильтрирование (в том числе гуммы легких).
3. Хроническую (интерстициальную) пневмонию.
4. Диссеминированные формы.
5. Пневмосклерозы и циррозы.
6. Бронхоэктазы.

Сифилитические процессы в легких являются преимущественно интерстициальными, сопровождаются гиперплазией соединительной ткани, перерождением альвеолярного эпителия. Процесс может захватывать периваскулярную ткань, бронхиальные стенки, междольковые перегородки, нередко поражаются сосуды (сифилитический эндартериит). Разрастание соединительной ткани на месте гуммы приводит к образованию звездчатого рубца. При субплевральном расположении гумм, интерстициальных пневмониях возможно вовлечение в воспаление плевры.

Приобретенный сифилис легкого развивается очень медленно, без выраженных клинических проявлений. Как правило, наблюдается несоответствие относительно удовлетворительного состояния больного с объемом патологических изменений в легких.

Острая бронхопневмония сифилитической этиологии по своим клинико-рентгенологическим признакам сходна с такими же формами туберкулезных и неспецифических пневмоний.

Раннее поражение легких сифилисом проявляется в виде большого инфильтрата. Однако он может иметь и незначительные размеры, создавая впе-

чатление изолированного очага. Гуммы в легком могут иметь различный диаметр: от милиарных до крупных. Большие гуммозные узлы иногда вскрываются в бронхи с образованием каверн. Длительность протекания гуммозных процессов различна — от нескольких недель и месяцев до нескольких десятилетий. Диагностика данной формы заболевания представляет наибольшие трудности.

Хроническая (интерстициальная) сифилитическая пневмония характеризуется преобладанием в воспалительном процессе межочечной ткани, может быть как очаговой, так и диффузной; односторонней или двусторонней. Ее исходом служит обратное развитие патологических изменений или же дальнейшее разрастание соединительной ткани с формированием пневмосклероза и бронхоэктазов различной степени выраженности. Последнее может определять общую клиническую картину заболевания, обуславливая обильное выделение мокроты при кашле и систематические кровохарканья.

Диссеминированные формы сифилиса легких характеризуются множественными рассеянными очагами в легких. Они имеют различную величину, плотность и нередко имитируют туберкулезное поражение легких.

Диагностика сифилиса легких затруднена, нередко его выявляют только во время патолого-анатомического вскрытия. Рентгенологическая картина при сифилитическом поражении органов дыхания зависит от характера, размеров и локализации патологических изменений. Обычно она мало отличается от изменений, наблюдаемых при хронических неспецифических заболеваниях легких, туберкулезе, опухолях.

Большую роль в постановке диагноза легочного сифилиса занимают данные анамнеза больного, изменения в сердечно-сосудистой системе и специальные серологические реакции. Важное диагностическое значение имеет пробное лечение сифилиса.

Цель: демонстрация редкого случая сочетанного туберкулезного и сифилитического поражения органов грудной полости у ВИЧ-инфицированного пациента.

Клиническое наблюдение

Больной Х., 45 лет. ВИЧ-инфицирован с 2000 г. половым путем. В 2012 г. выявлен сифилис; за специализированной медицинской помощью пациент не обращался. По совету знакомого самостоятельно лечился народными средствами.

На приеме у врача-фтизиатра 13.05.2015 г. предъявлял жалобы на общую слабость, похудание (за несколько месяцев потерял в весе 8 кг), потливость, подъем температуры тела до 38 °С в вечернее время. Больным себя считает с зимы 2015 г.

При осмотре состояние средней тяжести. Пациент пониженного питания, кожные покровы чистые, бледные и сухие. В легких дыхание везикулярное, хрипы не выслушиваются. Границы сердца в пределах нормы, тоны сердца приглушенные. Частота сердечных сокращений 92 уд/мин. Живот мягкий, безболезненный. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон.

Общий анализ крови от 13.05.2015 г.: лейкоциты — $10,2 \times 10^9$ /л; палочкоядерные — 5, сегментоядерные — 63; СОЭ — 42 мм/ч. Общий анализ мочи от 13.05.2015 г.: лейкоциты — 4–7 в поле зрения. Посев мочи на стерильность от 18.05.2015 г. — рост микрофлоры от-

сутствует. Бактериоскопия мокроты (окраска по Цилю — Нильсену и люминесцентный метод) от 13.05.2015 г. М. Tuberculosis (МБТ) не обнаружены. Анализ мокроты с помощью VD ВАСТЕС MGIT 960 от 13.05.2015 г. отрицательный. Анализ мокроты молекулярно-генетическим методом GeneXpert MTB/RIF от 25.05.2015 г. ДНК МБТ мало. Реакция Манту с 2 ТЕ ППД-Л от 13.05.2015 г. папула 6 мм. Анализ крови на Anti-HCV от 13.05.2015 г. положительный. При УЗИ органов брюшной полости и забрюшинного пространства от 15.05.15 г. умеренно выраженные диффузные изменения печени и поджелудочной железы. Конкремент левой почки.

Заключение Центра профилактики и борьбы со СПИДом от 18.05.2015 г.: ВИЧ-инфекция. Стадия вторичных заболеваний (4Б) в фазе ремиссии на фоне антиретровирусной терапии (АРВТ). Иммунный статус от 18.05.2015 г. CD4+ — 364 кл/мл; вирусная нагрузка ВИЧ — 164000 копий/мл.

При рентгенографии органов грудной полости в прямой и левой боковой проекциях, линейной томографии от 13.05.2015 г. в прикорневой зоне С3 левого легкого (на уровне дуги аорты) ограниченный участок деформации легочного рисунка. Структурность прилегающей части корня левого легкого (область головки) снижена (рис. 1, а).

На компьютерных томограммах органов грудной полости от 25.05.2015 в С3 левого легкого, по ходу сосудисто-бронхиального пучка, определяется группа крупных очагов с нечеткими контурами. В средостении визуализируются парааортальные, паратрахеальные лимфатические узлы, имеющие максимальный диаметр 14 мм в нижней паратрахеальной группе (рис. 1, б).

На основании проведенных исследований больному был поставлен клинический диагноз: очаговый туберкулез С3 левого легкого, туберкулез внутригрудных лимфатических узлов (паратрахеальная, парааортальная группа); МБТ (-); ВИЧ-инфекция 4Б ст. (ремиссия на

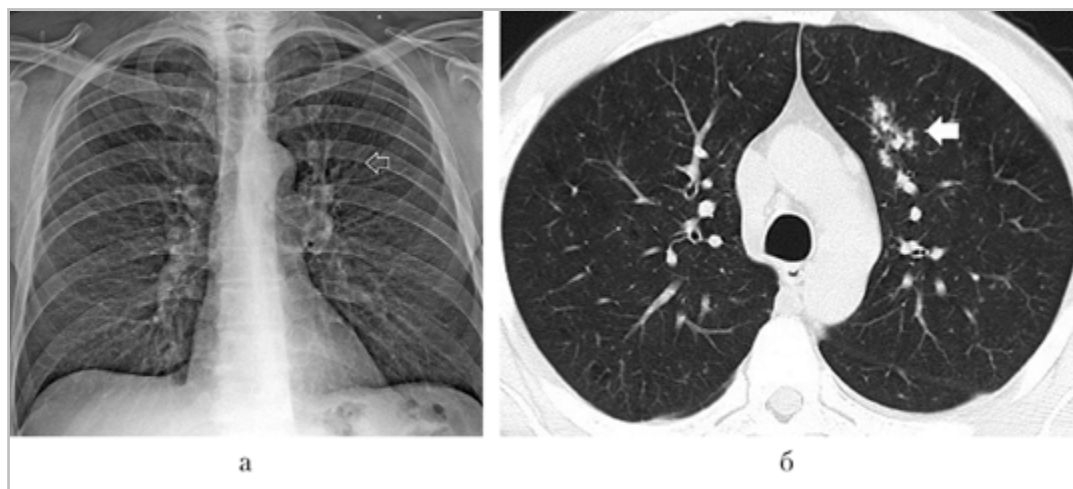


Рис. 1. Обзорная рентгенограмма органов грудной полости в прямой проекции (а): деформация легочного рисунка в прикорневой зоне С3 левого легкого (прозрачная стрелка). Фрагмент компьютерной томограммы органов грудной полости, «легочное» окно (б): группа крупных очагов с нечеткими контурами в С3 левого легкого (белая стрелка)

фоне АРВТ); хронический вирусный гепатит С; сифилис.

На фоне назначенной противотуберкулезной химиотерапии больной отметил улучшение общего самочувствия, прибавил в весе, подъемы температуры тела в вечернее время прекратились.

На компьютерной томограмме органов грудной полости от 20.10.2015 г. отмечено рассасывание и уплотнение очаговых изменений в С3 левого легкого (рис. 2).

Иммунный статус от 11.11.2015 г. CD4+ — 350 кл/мл; вирусная нагрузка ВИЧ не определяется.

В конце декабря 2016 г. у пациента появилась сыпь на туловище. На контрольном приеме у врача-фтизиатра 21.01.2016 г. предъявлял жалобы на незначительную потливость. При осмотре состояние удовлетворительное. В легких дыхание везикулярное, хрипы не выслушиваются. Границы сердца в пределах нормы, тоны сердца слегка приглушенные. На коже живота, груди и боковых поверхностях туловища множественные

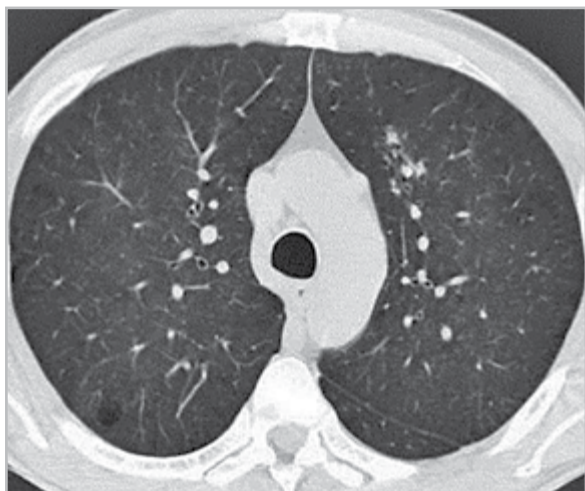


Рис. 2. Фрагмент компьютерной томограммы органов грудной полости, «легочное» окно: по сравнению с рис. 1 отмечается уплотнение очагов в С3 левого легкого

округлые розоватые пятна, не возвышающиеся над кожей и исчезающие при надавливании, сифилитические розео-лы (рис. 3).

Общий анализ крови от 21.01.2016 г.: гемоглобин — 115 г/л; эритроциты — $2,62 \times 10^{12}/л$; СОЭ — 51 мм/ч.

При контрольной КТ органов грудной полости от 26.01.2016 г. отмечено дальнейшее уплотнение очагов в С3 левого легкого. На этом фоне в наддиафрагмальных отделах S9, S10 правого легкого появились рассеянные немногочисленные очаговые участки консолидации диаметром от 4 до 8 мм с четкими ровными контурами. Некоторые из них прилежат к висцеральной плевре. Легочный интерстиций вокруг указанных участков консолидации уплотнен (рис. 4).

По результатам обследования высказано предположение о сифилитической

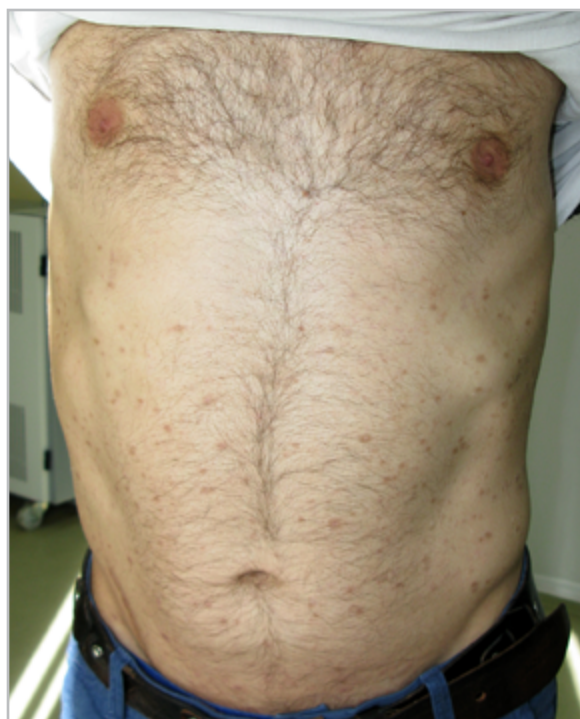


Рис. 3. Сифилитические розео-лы на коже живота и боковых поверхностях туловища

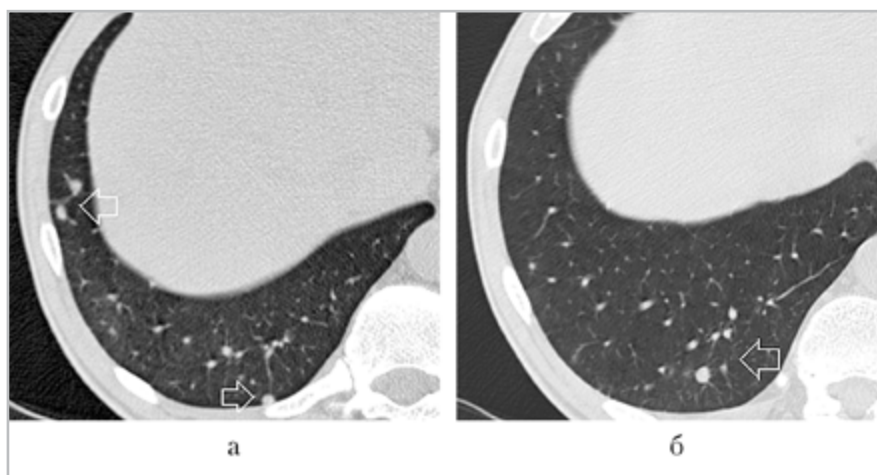


Рис. 4. Фрагменты компьютерных томограмм органов грудной полости, «легочное» окно (а, б): в наддиафрагмальных отделах нижней доли правого легкого очаговые участки консолидации с четкими ровными контурами (стрелки)

природе изменений в нижней доле правого легкого. Больной был направлен на консультацию профильного специалиста.

Заключение врача-дерматовенеролога от 05.02.2016 г.: вторичный рецидивный сифилис. Реакция Вассермана от 04.02.2016 г. положительная, титр 1:120. ЭКГ от 09.02.2016 г. – неполная блокада правой ножки пучка Гисса. Эхо-КТ от 10.02.2016 г. – специфическая патология, в том числе клапанного аппарата сердца и аорты, не выявлена.

На основании проведенных исследований больному поставлен клинический диагноз: ВИЧ-инфекция 4Б ст. (ремиссия на фоне АРВТ); вторичный рецидивный сифилис с гуммозным поражением правого легкого; очаговый туберкулез СЗ левого легкого, туберкулез внутригрудных лимфатических узлов (паратрахеальная, парааортальная группы), фаза рассасывания; МБТ (–); хронический вирусный гепатит С.

После проведенной в условиях стационара противосифилитической терапии розеолезные высыпания на коже

больного ликвидировались. На контрольной КТ органов грудной полости от 29.03.2016 г. отмечено рассасывание очаговых изменений в наддиафрагмальных отделах С9, 10 правого легкого, динамика рентгенологической картины специфических изменений в СЗ левого легкого не выявлена.

Обсуждение

За последнее время в России возрос удельный вес туберкулеза легких аденогенного генеза у взрослых [1]. В немалой степени это связано с ростом заболеваемости ВИЧ-сочетанным туберкулезом, особенностью которого является именно поражение внутригрудных лимфатических узлов (ВГЛУ). Такая ситуация требует повышенного внимания врачей-фтизиатров, пульмонологов и рентгенологов к вопросу диагностики туберкулеза ВГЛУ, в том числе с поражением бронхолегочной системы. Учитывая ухудшение социально-экономической обстановки в стране, проблема диагностики ЗППП, а значит, и возможных висцеральных проявлений сифили-

са остается достаточно важной задачей. У представленного больного сифилитическое поражение легких в виде гумм было выявлено во вторичном периоде заболевания, что наблюдается по данным монографии [3] лишь в отдельных случаях. Какие-либо жалобы со стороны органов дыхания у пациента отсутствовали. Гуммы явились случайной находкой при контрольной КТ в процессе лечения туберкулеза. Вследствие своих малых размеров и особенностей локализации их нельзя было обнаружить при традиционном рентгенологическом исследовании. Учитывая это обстоятельство, можно предположить более высокую распространенность легочной локализации висцерального сифилиса, что указывается в научной литературе. Данный вопрос требует дальнейших углубленных исследований. Расположение выявленных изменений совпадает с приведенными в работе [3] преимущественными локализациями легочного сифилиса: прикорневая зона и основание легкого, средняя доля правого легкого. Необходимо отметить отсутствие у больного наиболее частой и характерной для этого заболевания висцеропатии — сифилитического аортита.

Выводы

1. Изменения в области корня легкого на рентгенограмме органов грудной полости у ВИЧ-положительного пациента, особенно с невысокими показателями иммунного статуса, требуют тщательного дообследования с целью исключения аденогенного туберкулеза. Одним из методов диагностической визуализации в такой ситуации должна служить КТ.
2. Несмотря на то что в диагностике сифилиса легких лучевое исследо-

вание не имеет столь принципиального значения, как при других заболеваниях органов дыхания, врач-рентгенолог должен помнить о возможной легочной локализации его висцеральных проявлений. Старый афоризм Dienlafoy (1911) «Лучший способ распознать сифилитические пневмонии — это помнить об их существовании» сохранил свою актуальность в наши дни. В случае выявления у обследуемого пациента кожных проявлений сифилиса представляется целесообразным дополнить клиническо-лабораторное исследование проведением КТ органов дыхания с тонкой коллимацией рентгеновского излучения для исключения легочных очагов поражения.

3. С учетом сложности и разнообразия нозологических форм у ВИЧ-инфицированных лиц следует подчеркнуть необходимость комплексного междисциплинарного подхода в диагностике заболеваний органов дыхания у данной группы пациентов с привлечением медицинских специалистов различного профиля.

Список литературы

1. *Нейштадт А. С.* Туберкулез легких, профилактическая флюорография: куда идем?.. // Лучевая диагностика и терапия. 2014. № 3 (5). С. 105–107.
2. *Базаев В. Т., Царуева М. С., Цебоева М. Б.* Ассоциация саркомы Капоши и сифилиса у больного ВИЧ-инфекцией // Клинич. дерматология и венерология. 2014. № 2. С. 51–53.
3. *Палеев Н. Р.* Болезни органов дыхания: Руководство для врачей. (Т. 1–4). Т. 2. М.: Медицина, 1989. 505 с.

References

1. *Neyshtadt A. S.* Pulmonary tuberculosis, preventive fluorography: where do we go? *Radiol. and radiother.* 2014. No. 3 (5). P. 105–107 (in Russian).
2. *Bazaev V. T., Tsarueva M. S., Tseboeva M. B.* Association of Kaposi's Sarcoma and lues at the patient with HIV infection. *Clin. dermat. and vener.* 2014. No. 2. P. 51–53 (in Russian).
3. *Paleev N. R.* Lung diseases. (Т. 1–4). Т. 2. Moscow: Medicina, 1989. 505 p. (in Russian).

Сведения об авторах

Юдин Андрей Леонидович, доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой лучевой диагностики и терапии ФГБОУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н. И. Пирогова» Минздрава России.

Адрес: 117997, г. Москва, ул. Островитянова, д. 1.
Тел.: +7 (903)-779-43-83. Электронная почта: prof_yudin@mail.ru

Yudin Andrey Leonidovich, M. D. Med., Professor, Head of Department Radiology, N. I. Pirogov Russian National Research Medical University.

Address: 1, Ostrovitianova st., Moscow, 117997. Russia.
Phone number: +7 (903) 779-43-83. E-mail: prof_yudin@mail.ru

Афанасьева Наталья Иосифовна, кандидат медицинских наук, доцент кафедры лучевой диагностики и терапии ФГБОУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н. И. Пирогова» Минздрава России.

Адрес: 117997, г. Москва, ул. Островитянова, д. 1.
Тел.: +7 (903)-779-43-83. Электронная почта: migrenol@yandex.ru

Afnas'yeva Natalya Iosifovna, Ph. D. Med., Associate Professor of Department Radiology, N. I. Pirogov Russian National Research Medical University.

Address: 1, Ostrovitianova st., Moscow, 117997. Russia.
Phone number: +7 (903) 779-43-83. E-mail: migrenol@yandex.ru

Мясников Дмитрий Александрович, врач-рентгенолог, заведующий рентгенкабинетом ГБУЗ МО «Мытищинский противотуберкулезный диспансер».

Адрес: 141009, Московская область, г. Мытищи, ул. Карла Маркса, д. 55.
Тел.: +7 (495) 993-37-93. Электронная почта: damren@rambler.ru

Myasnikov Dmitry Alexandrovich, Radiologist, Head of Radiology Department of Antituberculous Dispensary, Moscow District, Mytishchi.

Address: 55, ul. Karla Marksa, Moscow Region, Mytishchi, 141009, Russia.
Phone number: +7 (495) 993-37-93. E-mail: damren@rambler.ru

Юматова Елена Анатольевна, кандидат медицинских наук, доцент кафедры лучевой диагностики и терапии ФГБОУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н. И. Пирогова» Минздрава России, заведующая рентгенодиагностическим отделением ФГБУЗ «Центральная клиническая больница» Российской академии наук.

Адрес: 117593, г. Москва, Литовский бульвар, д. 1А.
Тел.: +7 (903)-779-43-83. Электронная почта: yumatova_ea@mail.ru

Yumatova Elena Anatol'yevna, Ph. D. Med., Associate Professor of Department Radiology, N. I. Pirogov Russian National Research Medical University, Head of Radiology Department, Central Clinical Hospital Russian Academy of Sciences.

Address: 1A, Litovskiy boulevard, Moscow, 117593, Russia.
Phone number: +7 (903)-779-43-83. E-mail: yumatova_ea@mail.ru

Финансирование исследования и конфликт интересов.

Исследование не финансировалось какими-либо источниками. Авторы заявляют, что данная работа, ее тема, предмет и содержание не затрагивают конкурирующих интересов.