

ОФТАЛЬМОГИПЕРТЕНЗИЯ У ПАЦИЕНТКИ С СОЧЕТАННОЙ ПАТОЛОГИЕЙ: ВИЧ-ИНФЕКЦИИ И ТУБЕРКУЛЕЗА

Гайнетдинова Д.Н.*¹, Каримова И.Р.¹, Алтынбаева Г.Р.²,
Шайхутдинова О.В.², Загидуллина А.Ш.¹

DOI: 10.25881/20728255_2023_18_4_S1_87

¹ ФГБОУ ВО Башкирский государственный медицинский университет, Уфа

² ГБУЗ РБ Городская клиническая больница №5, Уфа

Резюме. В данной статье описан клинический случай офтальмологических проявлений сочетанной патологии туберкулеза и ВИЧ-инфекции с офтальмогипертензией, потребовавшей симптоматического лечения у офтальмолога на фоне терапии основного заболевания. Описанные осложнения со стороны органа зрения длительное время не сопровождались жалобами из-за внемакулярной локализации патологических очагов, что диктует необходимость консультации офтальмолога при таких сочетанных патологиях.

Ключевые слова: офтальмогипертензия, ВИЧ-инфекция, туберкулез, хориоретинит, клинический случай.

OPHTHALMOHYPERTENSION IN A PATIENT WITH COMBINED PATHOLOGY OF HIV AND TUBERCULOSIS

Gainetdinova D.N.*¹, Karimova I.R.¹, Altynbaeva G.R.²,
Shaikhutdinova O.V.², Zagidullina A.Sh.¹

¹ Bashkir State Medical University, Ufa

² City Clinical Hospital № 5, Ufa

Abstract. This article describes a clinical case of ophthalmic manifestations of combined pathology of tuberculosis and HIV infection with ophthalmohypertension, which required symptomatic treatment by an ophthalmologist against the background of therapy for the underlying disease. The described visual complications were not accompanied by complaints for a long time due to the extra-macular localization of pathological foci, which dictates the need to consult an ophthalmologist in such combined pathologies.

Keywords: ophthalmohypertension, HIV infection, tuberculosis, choro-retinitis, case report.

Актуальность

В настоящее время проблема туберкулеза актуальна для всего мирового сообщества. В мире ежегодно регистрируется более 9 млн случаев туберкулеза и 10% из них сочетаются с вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекция) [1]. Туберкулез является одним из наиболее распространенных сопутствующих заболеваний у ВИЧ-инфицированных. Частота заболевания туберкулезом у таких пациентов достигает 78% от общего числа всех случаев легочной инфекции у ВИЧ-инфицированных больных [1]. Клиническое течение и проявление туберкулеза зависят от стадии ВИЧ-инфекции. На ранних стадиях данного заболевания (2Б-4Б по классификации В.И. Покровского) течение болезни существенно не отличается от такового у пациентов без ВИЧ-инфекции. Развитие заболевания у больных на поздних стадиях ВИЧ-инфекции (4В-5В по классификации В.И. Покровского) напоминает картину первичного туберкулеза, характеризующегося высокой генерализацией, выраженным экссудативным компонентом воспаления и высокой частотой поражения лимфоидной ткани.

В структуре заболеваемости внелегочного туберкулеза (ВЛТ) туберкулез глаз занимает 3-4-е места после поражения мочеполовой системы, костно-суставного аппарата, лимфатических узлов. На его долю приходится 5,2–13,3% среди всех локализаций ВЛТ у ВИЧ-инфицированных больных [2].

Зарубежные авторы также считают, что туберкулез глаз – это СПИД-ассоциированное заболевание. Чаще всего у больных ВИЧ-инфекцией диагностируется поражение глаз, в связи с чем рекомендуется обязательное обследование данной категории лиц на ВИЧ-инфекцию [4–6].

Диагностика туберкулезного поражения со стороны органа зрения сложна из-за многообразия клинической картины. Заболевание может проявляться в виде хориоретинита, иридоциклита, склерита с выраженной экссудацией и преобладанием параспецифического компонента воспаления [3].

Описание случая

Пациентка Р., 38 лет обратилась к офтальмологу в ГКБ №5 г. Уфы с жалобами на дискомфорт, тяжесть, ощущение инородного тела в обоих глазах.

Со слов больной, 1,5 года назад была консультирована офтальмологом, выставлен диагноз: ОУ Хронический блефароконъюнктивит. Миопический астигматизм. Назначено лечение: массаж краев век, увлажняющие капли местно. Известно, что женщина с 2003 г. состоит на учете у инфекциониста с диагнозом: ВИЧ-инфекция, стадия вторичных проявлений, IVB. Пациентка получает противоретровирусную терапию препаратами: абакавир, ламивудин, долутегравир (по схеме).

* e-mail: safarova-dilbar@bk.ru

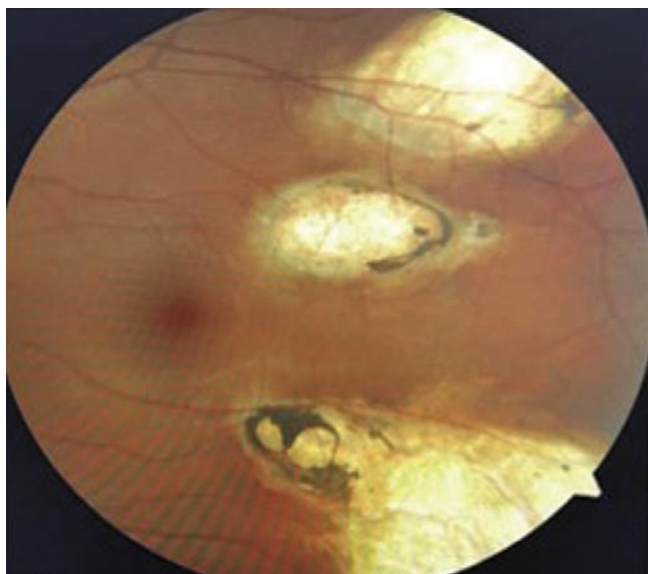


Рис. 1. Фундус-снимок макулярной области сетчатки левого глаза пациентки К.

В 2017 г. больная взята на учет фтизиатром по поводу туберкулеза легких. Со слов пациентки, проходила лечение амбулаторно по месту жительства в поликлинике, но данных о проведенном лечении в амбулаторной карте и на руках нет.

При обследовании офтальмологом по месту жительства: острота зрения OD 0,9-1,0; OS 1,0. Внутриглазное давление (ВГД) при пневмотонометрии в утренние часы (08.30). OD/ OS 27/ 26 мм рт. ст. При осмотре движения глаз в полном объеме, слезные органы проходимы, веки спокойные. При биомикроскопии конъюнктива чистая, роговица прозрачная, передняя камера средней глубины, зрачок круглый, рельеф радужки четкий, хрусталики и стекловидное тело прозрачные. При офтальмоскопии правого глаза: диск зрительного нерва (ДЗН) бледно-розовый, экскавация физиологическая, границы четкие, артерии узкие, вены полнокровные, извитые, сетчатка прилежит. В левом глазу визуализируются 3 очага поражения серовато-желтого оттенка в височных отделах сетчатки парамакулярно с распространением на периферию с нечеткими контурами размерами $\frac{1}{2}$ -4 диаметра ДЗН с участками диспигментации и отложением пигмента фрагментарно (Рис. 1).

Учитывая повышение ВГД, больной проведена оптическая когерентная томография (ОКТ) сетчатки и ДЗН, а также периметрия.

Динамическая периметрия по Ферстеру показала незначительное сужение полей зрения, преимущественно в левом глазу. OD верхняя граница поля зрения – 50°, нижняя – 60°, внутренняя – 60°, наружная – 90°.

OS верхняя граница поля зрения – 50°, нижняя – 45°, внутренняя – 40°, наружная – 85°.

На ОКТ сетчатки OD выявлена частичная отслойка задней гиалоидной мембраны. OS макулярная зона без патологии, на периферии сетчатки дистрофические очаги (Рис. 2, 3).

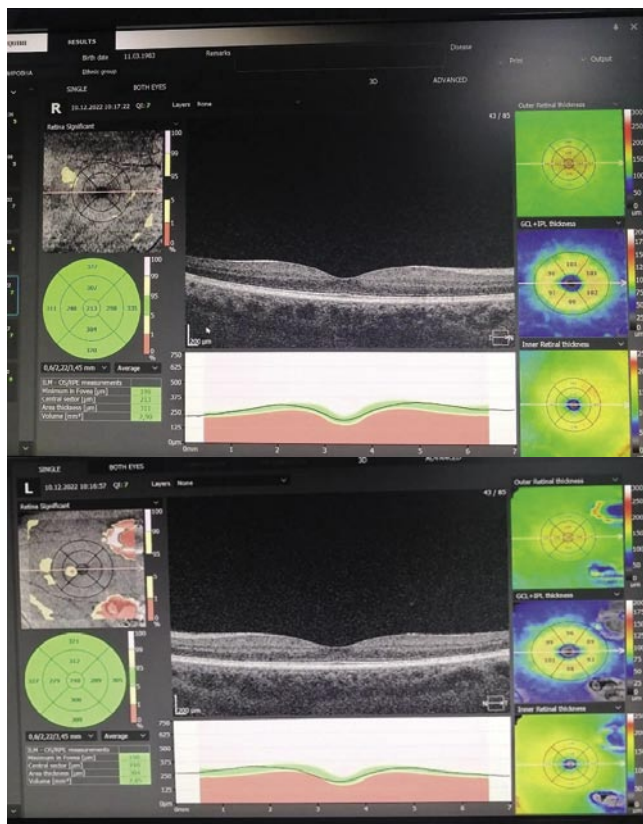


Рис. 2. ОКТ снимки сетчатки: А) правого глаза, Б) левого глаза пациентки К.



Рис. 3. ОКТ снимок сетчатки левого глаза с прицелом на дистрофический очаг пациентки К.

На ОКТ снимках ДЗН (Рис. 4) данные за глаукому сомнительные.

На основании осмотра был выставлен диагноз: OS хронический очаговый туберкулезный хориоретинит в стадии обострения. OU Офтальмогипертензия. Миопический астигматизм.

Пациентка взята на диспансерный учет. В оба глаза назначен гипотензивный препарат местно (дорзоламид 3 раза в день).

Через 14 дней на фоне гипотензивной терапии отмечалось снижение ВГД OD/ OS до 17/ 17 мм рт. ст. Дальней-



Рис. 4. ОКТ снимок ДЗН обоих глаз пациентки К.

шая тактика ведения пациентки включала: измерения ВГД утром 4 раза в год в утренние часы, наблюдение у смежных специалистов, лечение основного заболевания.

Заключение

Представленный клинический случай демонстрирует офтальмологические проявления на фоне патологии туберкулеза и ВИЧ-инфекции с офтальмогипертензией, потребовавшие симптоматического лечения у офтальмолога на фоне терапии основного заболевания.

Описанные осложнения со стороны органа зрения длительное время не сопровождалась жалобами из-за внемакулярной локализации патологических очагов, что диктует необходимость консультации офтальмолога при таких сочетанных патологиях.

Дополнительная информация

Согласие пациента.

Пациент добровольно подписал информированное согласие на публикацию персональной медицинской информации в обезличенной форме.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов (The authors declare no conflict of interest).

ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Пантелеев, А.Б. Оттен, Т.Ф. Микобактериальные инфекции // Вирус иммунодефицита человека: руководство для врачей / под ред. Н.А. Белякова и А.Г. Рахмановой. – СПб.: Изд-во Балтийский медицинский образовательный центр, 2011. – С. 199-202. [Panteleev, A.B. Otten, T.F. Mycobacterial infections // Human immunodeficiency virus: a guide for doctors / edited by N.A. Belyakov and A.G. Rakhmanova. – St. Petersburg: Publishing House of the Baltic Medical Educational Center, 2011. – pp. 199-202 (In Russ)]
2. Туберкулезные заболевания глаз: патогенез, клиника, лечение / В.И. Елисеева [и др.] // Медицинские новости. – 2004. – No 5. – С.51-55. [Tuberculous eye diseases: pathogenesis, clinic, treatment / V.I. Eliseeva [et al.] // Medical news. - 2004. – No. 5. – pp.51-55. (In Russ)]
3. Хокканен, В.М. Туберкулез глаз // Руководство по легочному и внелегочному туберкулезу/ под ред. Ю.Н. Левашева, Ю.М. Репина. – СПб., ЭЛБИ-СПб, 2006. – С. 306-316. [Hokkanen, V.M. Tuberculosis of the eyes // Guidelines for pulmonary and extrapulmonary tuberculosis/ edited by Yu.N. Levashev, Yu.M. Repin. – SPb., ALBI-SPb, 2006. – pp. 306-316. (In Russ)]
4. Di Loreto, DA. Solitary nonreactive choroidal tuberculoma in a patient with acquired immune deficiency syndrome / DA. Di Loreto NA. Rao // Am. J.Ophthalmol. – 2001. – 131(1). – P.138-140.
5. Frankel, R.M. Detection of the new tuberculosis: ocular examination as a diagnostic imperative / R.M. Frankel, M.E. Boname // J. Am. Optom. Assoc. – 1994. – 65(7). – P.72-79
6. Tuberculous uveitis / E.I Bakkali [et al.] //J. Fr. Ophthalmol. – 2001. –24(4). – P. 396-399.