

ТОКСОПЛАЗМОЗ ГОЛОВНОГО МОЗГА У ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННОГО ПАЦИЕНТА С НИЗКОЙ ПРИВЕРЖЕННОСТЬЮ К АНТИРЕТРОВИРУСНОЙ ТЕРАПИИ

Кондратович И.А.¹, Соболевская Н.И.², Помаз Е.В.²

УО «Гродненский государственный медицинский университет»
УЗ «Гродненская областная инфекционная клиническая больница»

Актуальность

Токсоплазмоз головного мозга – наиболее частая нейроинфекция среди людей, живущих с ВИЧ, при отсутствии или низкой приверженности к антиретровирусной терапии (АРТ)

Цель

Представить клинический случай токсоплазмоза головного мозга у ВИЧ-инфицированного пациента с низкой приверженностью к АРТ

Методы исследования

Представлен анализ клинико-лабораторных и инструментальных данных пациента с установленным диагнозом ВИЧ-инфекция. Токсоплазмоз верифицирован методом ПЦР (ДНК *Toxoplasma gondii*)

Результаты и обсуждение

43-летний мужчина состоит на диспансерном учете по ВИЧ-инфекции с июля 2009 г.

В марте 2011 г. назначена АРТ, от которой пациент отказался.

С сентября 2018 г. начал АРТ по схеме тенофовир/эмтрицитабин + эфавиренц. Злоупотреблял алкоголем, приверженность к лечению низкая (вирусная нагрузка (ВН) ВИЧ постоянно более 1000 кп/мл). Около месяца беспокоит общая слабость, которая усилилась в течение последних двух недель; перестал самостоятельно передвигаться и себя обслуживать.

На момент поступления (16.02.2023) находится в сознании (шкала комы Глазго – 15 баллов), продуктивному контакту труднодоступен, заторможен, речь невнятная. Отмечается гипертенус конечностей, правосторонний легкий гемипарез. Менингеальные симптомы отрицательные

Общий анализ ликвора

повышение содержания белка до 0,98 г/л

Количество CD4-лимфоцитов в крови – 193 кл/мкл от 15.02.2023

ВН ВИЧ – 69 000 кп/мл от 15.02.2023

КТ головного мозга

с обеих сторон в перивентрикулярном белом веществе, в базальных ядрах слева определяются нечеткие протяженные узловые разрастания размерами от 15 до 32 мм, с массивным перифокальным отеком

МРТ головного мозга

визуализируются изменения, более характерные для лимфомы ГМ (в области ствола, базальных ядер и мозолистого тела)

Результаты и обсуждение

Учитывая невозможность исключения токсоплазмоза головного мозга, с лечебной целью назначен **ко-тримоксазол** в дозе 10 мг/кг/сутки по триметоприму

Проведена смена АРТ:

тенофовир/эмтрицитабин +
эфавиренц



долутегравир/ламивудин/тенофовир

На фоне лечения наблюдается медленная положительная динамика: к 11-му дню пациент стал активнее, речь более разборчивая

27.02.2023 получен положительный результат исследования ликвора на **ДНК Toxoplasma gondii** (ПЦР)

09.03.2023 (21-й день лечения) выполнена МРТ головного мозга с контрастированием: отмечается положительная динамика в виде уменьшения размеров всех ранее визуализируемых зон неоднородности. МРТ-признаки могут соответствовать лимфоме головного мозга. Пациент консультирован нейрохирургом: Лимфома?

Выписан на 28-й день с положительной динамикой

Диагноз: ВИЧ-инфекция, 4 клиническая стадия (CD₄ – 262 кл/мкл от 15.03.2023; ВН ВИЧ – 240 кп/мл от 15.03.2023), вирусологическая неудача лечения (низкая приверженность). Токсоплазмоз головного мозга (выделена ДНК Toxoplasma gondii от 16.02.2023). Лимфома головного мозга? Дизартрия. Правосторонний гемипарез. Бульбарный синдром. Перенесенный очаговый туберкулез легких в анамнезе (2009 г.). Орофарингеальный кандидоз. Гепатоз. Хронический панкреатит. Рекомендовано продолжить терапию токсоплазмоза до 6-ти недель с последующей вторичной профилактикой. Повторная консультация нейрохирурга

Заключение

Дифференциальная диагностика токсоплазмоза и лимфомы ГМ довольно сложна. При невозможности исключить токсоплазмоз рекомендовано начало специфической противопаразитарной терапии с мониторингом состояния пациента в динамике