

УДК 616.98-07:578.828

И.Ю. Ватанская, Е.С. Оленуцкая, И.П. Стрекозова

**ТРУДНОСТИ ДИАГНОСТИКИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ В ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ
(КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ)**

ГУ «Луганский государственный медицинский университет», ЛНР

Реферат. В статье приводится клинический случай ВИЧ/СПИД-инфекции у пациентки синдромом легочной диссеминации, описан сложный диагностический поиск. Делается вывод, что клинические проявления ВИЧ/СПИД разнообразны и могут принимать облик любой патологии внутренних органов. Такое многообразие обусловлено различными оппортунистическими инфекциями и иммунологическими нарушениями. Более выраженные иммунологические нарушения отмечаются у больных ВИЧ/СПИД с диссеминированным поражением легких. Возможность существования заболевания под маской висцеральной патологии должны учитываться в практике врача любой специальности.

Ключевые слова: ВИЧ, СПИД, легочная диссеминация

По данным Всемирной организации здравоохранения в мире проживает 33 миллиона человек с ВИЧ/СПИД [1,4]. Проблема ВИЧ — инфекции для ЛНР является не менее острой, чем для других стран мирового сообщества.

Больные с ВИЧ/СПИД встречаются в практике работы врача многопрофильного стационара нередко, причем в отличие от амбулаторной практики преимущественно в поздней стадии заболевания, с выраженными клиническими проявлениями, обусловленными оппортунистическими инфекциями. Многообразие клинических проявлений ВИЧ/СПИД приводит у таких больных к длительному сложному диагностическому процессу, ошибочным диагнозам [3,5]. Диагностическим и лечебным ошибкам способствует недостаточная ориентация врачей, чья профессиональная деятельность прямо не связана с инфекционной патологией и ВИЧ-медициной, в проявлениях этого заболевания [2,6]. К тому же пациенты могут не информировать медицинский персонал о наличии у себя ВИЧ-инфекции или сами находятся в неведении на этот счет.

В нашей работе приводим клинический случай длительного диагностического поиска у пациентки с ВИЧ/СПИД.

Больная Т., 1982 г.р. по профессии юрист, не работает, находилась на обследовании и лечении в пульмонологическом отделении ЛРКБ с 29.04.16 г. по 27.05.16 г. Предъявляла жалобы при поступлении: на боли за грудиной при дыхании, кашле, одышку инспираторного характера при минимальной физической нагрузке, резкую общую слабость, сухой кашель, фебрильную температуру тела, выпадение волос, снижение массы тела на 4 кг за последние 4 месяца.

Анамнез заболевания: 5–6 месяцев назад без видимой причины стала повышаться тем-

пература до субфебрильных цифр, снизилась сама без приема жаропонижающих препаратов в течение 4 месяцев, затем температура повысилась до 39,6 °С. Лечилась по поводу ангины? (без боли в горле) в инфекционном отделении (НПВС, цефтриаксон). Выписана с улучшением. За последующие 3 недели температура не повышалась. Затем вновь повысилась температура до 39,0 °С, нарастала одышка, общая слабость, нарушение сна. Лечилась у участкового терапевта по месту жительства с применением антибактериальных препаратов. В связи с нарушением сна принимала седативные, психотропные препараты по рекомендации психиатра. При дообследовании на КТ ОГП выявлено интерстициальное поражение легких. Госпитализирована в пульмонологическое отделение для уточнения диагноза и коррекции лечения. При госпитализации предъявила справку о негативных результатах исследований на наличие антигена р24 и/или антител к ВИЧ от 26.04.16 г.

Анамнез жизни: простудные заболевания, эрозия шейки матки. Наследственный и аллергологический анамнезы не отягощены.

При объективном осмотре: общее состояние тяжелое, обусловленное интоксикационным синдромом. Положение вынужденное. Кожные покровы — бледные, акроцианоз. Пониженого питания, астенического телосложения. Периферических отеков нет. Дыхание через нос затруднено. Форма грудной клетки цилиндрическая. Голосовое дрожание симметрично с обеих сторон. Перкуторно определяется мозаичность перкуторного тона. Аускультативно: дыхание жесткое, хрипов нет. ЧДД — 24 в мин. SpO₂ — 95–96 %. Тоны сердца приглушены, ритм правильный, АД — 110/70 мм рт.ст. пульс = ЧСС — 70 в мин. Живот мягкий безболезненный, печень, селезенка не пальпировались, симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон, физиологические отправления без особенностей.

С учетом вышеизложенного был начат диагностический поиск для исключения у больной инфекционного эндокардита, поражения легких при диффузных заболеваниях соединительной ткани, грибковых, вирусных поражениях.

В отделении была обследована: Кровь на РВ от 05.05.16 г.: отрицательный. Анализ крови клинический от 04.05.16 г.: Нв — 92 г/л, Эр — $2,65 \times 10^{12}$, цп — $1,04$, Л — $4,7 \times 10^9$, п — 9 %, с — 83 %, л — 5 %, м — 3 %, Тр — $381,6 \times 10^9$, рт — 0,8 %. СОЭ — 50 мм/ч. Анизоцитоз. Анализ крови клинический 25.05.16 г.: Нв — 114 г/л, Эр — $3,35 \times 10^{12}$, цп — 1,02, Л — $3,0 \times 10^9$, п — 14 %, с — 80 %, э — 1 %, э — 1 %

л — 3 %, м — 2 %, Тр — 303×10^9 , рт — 1,5 %, СОЭ — 25 мм/ч.

С учетом результатов клинического анализа крови консультирована гематологом.

Консультация гематолога от 05.05.16 г. Заключение: нельзя исключить лимфопролиферативное заболевание. Рекомендовано: УЗИ шеи, ОБП (наличие лимфоузлов, размеры печени и селезенки), консультация химиотерапевта ЛРКОД, при необходимости биопсия лимфоузла с последующей гистологией и цитологией. К лечению: диета богатая белками и витаминами, Фенюльс по 1 к. 2 р/д за 30–40 мин до еды, отмена на период менструаций, контроль клинического анализа крови и СОЭ, вит В₁₂ по 500 мг в/м № 10.

Анализ крови биохимический 04.05.16 г.: мочевины — 4,4, креатинин — 85, билирубин — 8,6, глюкоза — 6,5 ммоль/л, общий белок — 59 г/л.

АлАТ — 49,2 ме/л, АсАТ — 101,1 ме/л, К. ДеРитиса — 2,05, билирубин общий — 8,51 мкмоль/л, общий белок — 70,14 г/л, тимоловая проба — 12,46, вирус Эпштейн-Барр IgM к апсидному антигену — 0,411, вирус цитомегалии IgG — 13,153, вирус цитомегалии IgM — 0,864. Белковые фракции крови 30.04.16 г.: альбумин — 54,04, альфа 1 — 6,39, альфа 2 — 9,62, бета — 9,68, гамма — 20,27.

ANA профиль 19.05.16 г.: отрицат. АСЛО — 200 МЕ/мл.

Исследование на патогенные и условно патогенные энтеробактерии, патогенный стафилококк 30.03.16 г.: отрицательно.

ПЦР 25.04.16 г.: ДНК Chlamydia trachomatis (качественно) — не обнаружено, ДНК HPV 16/18 (качественно) — не обнаружено, ДНК HPV 31,33,35,39,45,51,52,58,59,68 (качественно) — не обнаружено, ДНК HSV (качественно) — не обнаружено, ДНК Ureaplasma urealyticum (качественно) — не обнаружено.

Гормоны щитовидной железы 25.04.16 г.: Т4 св. (ИФА) — 13,488 пмоль/л, ТТГ — 1,04 мкМЕ/мл.

Суммарные антитела на туберкулез 29.04.16 г.: отрицат.

Анализ крови от 24.04.16 г. на HBsAg — не обнаружено, анти HCV (суммарные антитела) 0,112.

Анализ мокроты от 04.05.16 г.: серо-белая, слизистая, вязкая, лейкоциты — 20–28 в п/зрения, элементы эпителия бронхов — увеличены, метаплазированы, альвеолярные макрофаги — умеренно, КУП, пневмоцисты — не найдено.

Анализ мочи клинический от 04.05.16 г. желтая, м/м, прозрачная, щелочная, белок — 0,061 г/л, эпителий переходный — изредка, лейкоциты — 1–2 в п/зр, эритроциты — 1–2 в п/зр, цилиндры — изредка, слизь — много, соль — фосфаты.

Анализ мочи на Нечипоренко от 04.05.16 г. лейкоциты — 500, эритроциты — 500, цилиндры — 250.

Анализ мочи на суточную протеинурию от 04.05.16 г. СП — 0,12 г/л, СД — 2 л.

ЭКГ 29.04.16 г.: ритм синусовый 120/мин. ЭОС нормальная. Заключение: Выраженная синусовая тахикардия. Умеренные нарушения процессов реполяризации в области верхушки и боковой стенки левого желудочка.

Эхокардиоскопия 29.04.16 г., 19.05.16г: полости не изменены, особенности строения митрального, трикуспидального клапанов (удлинены), без значительного нарушения функций. Сократительность удовлетворительная, плевральные пространства, перикард интактны. Минимальная МНд, ТНд. ФВ — 63 %.

Мультидетекторная КТ ОГП (без контрастного усиления) 26.04.16 г.: оба легких прилегают к грудной клетке со всех сторон, нет признаков плевральных утолщений и скопления жидкости в плевральных полостях. Паренхима обоих легких, больше по периферии и в нижних отделах, изменена по типу «матового стекла». В нижних отделах на этом фоне определяются не многочисленные паренхиматозные фиброзные тяжи. Просвет бронхов сохранен. Ворота легких не изменены. Средостение расположено по центру и имеет нормальную ширину. Признаки подмышечной, медиастинальной лимфоаденопатии не обнаружены. Сердце расположено обычно, нормальной конфигурации. Купол диафрагмы не изменен. Костно-деструктивные изменения не определяются. Заключение: уплотнение паренхим обоих легких по типу «матового стекла» (возможно, интерстициальное поражение, гиперчувствительный пневмонит, не исключено лекарственное поражение). Рекомендовано: КТ-контроль после проведения пробного лечения глюкокортикостероидами, при необходимости морфологической верификации.

УЗИ органов брюшной полости, забрюшинного пространства 07.05.16 г.: Заключение: признаки подпеченочной и подкавальной лимфоаденопатии.

УЗИ органов малого таза от 08.05.16г. Заключение: свободной жидкости, дополнительных образований не выявлено.

УЗИ ОБП, ЗП от 11.05.16 г. Заключение: жировой гепатоз. Хронический холецистит. Микролитиаз.

УЗИ всех групп лимфатических узлов от 11.05.16г. шейные, над-и подключичные лимфоузлы с обеих сторон не увеличены, подмышечные лимфоузлы справа до 1 см, слева не увеличены, паховые лимфоузлы справа до 1,0–1,2 см. с сохраненной корково-мозговой дифференциацией, слева — 0,8–1,2–1,3 см. Заключение: подмышечный лимфаденит справа. Паховый лимфаденит с обеих сторон.

Рентгенография ОГК 20.05.16 г.: в двух проекциях определяется резкое усиление и деформация легочного рисунка с интенсивными тенями практически по всем полям. Корни увеличены, тяжисты, малоструктурны, тень сердца обычная. Купол диафрагмы довольно четкий. Синусы свободны. Заключение: синдром диффузного интерстициального пневмофиброза.

15.05.2016 г. — больная предъявила жалобы на боли в горле при осмотре выявлено грибковое поражение слизистой оболочки. Решено повторить исследование на наличие ВИЧ-инфекции.

Консультация гематолога от 18.05.16 г. ДЗ: Анемия легкой степени тяжести. Лимфоаденопатия. Фебрилитет неясного генеза. Рекомен-

довано: посев из зева на кандидоз, кровь на стерильность 2-кратно, контроль АСЛО, флуконазол 200 мг 2 р/д 3 дня, затем по 100 мг 2 р/д 2 дня, затем по 50 мг 2 р/д 2 дня, продолжить фенюльс.

Консультация инфекциониста от 06.05.16 г. на момент осмотра данных за острое инфекционное заболевание нет.

Консультация гинеколога от 18.05.16 г. на момент осмотра патологии со стороны женских половых органов не выявлено. Планово кольпоскопия, биопсия шейки матки.

Консультация инфекциониста от 19.05.16 г. на момент осмотра данных за ангину нет. Можно предположить орофарингеальный кандидоз. К лечению рекомендовано добавить мукопарол 200 мг 2 р/д 5–7 дней.

Консультация химиотерапевта ЛРКОД от 11.05.16 г. клинических, сонаграфических данных за лимфолейкоз на данном этапе нет. Контроль УЗИ периферических лимфоузлов через 1 месяц.

Консультация ЛОР от 17.05.16 г. ДЗ: Острый тонзиллит, ангина?

Рекомендовано: Цефтриаксон в/м 1 г 2 р/д, диклофенак 3,0 в/м 1 р/д 5 дней, изолировать от больных в отдельную палату, консультация инфекциониста, полоскать ротовую полость 4–5 р/д 5 дней, Ингалипт или Каметон 4–5 р/д 5 дней, при повышении температуры анальгин с димедролом.

Консультация ЛОР от 19.05.16 г. ДЗ: Кандидоз ротоглотки? Взяты мазки из носа, с правой и левой небных миндалин.

Соскоб с миндалин от 24.05.16 г. дрожжевые грибы более 10^4 ; из носа от 24.05.16 г. дрожжевые грибы 10^3 , Staphylococcus epidermidis 2×10^2 .

Консультация невропатолога от 24.05.16 г. ДЗ: Синдром вегетативной дисфункции, выраженный психовегетативный диссомнический компонент, снижение интеллектуально-мнестической функции. Рекомендовано: РЭГ, ЭхоКС, АКТ, консультация психиатра (отказалась). К лечению: ноофен 1 т. 2 р/д, адаптол 500 мг 2 р/д, затем 250 мг 2 р/д, гидазепам 1 т. 2 р/д 10 дней, анальгин с димедролом на ночь 3–5 дней.

Получена справка о результатах, подтверждающих исследований на наличие антител к ВИЧ от 20.05.16 г. — выявлены антитела к ВИЧ.

Консультация инфекциониста ЛРЦПБС от 26.05.16 г. Диагноз: В 20 IV КЛИНИЧЕСКАЯ СТАДИЯ. ВЫРАЖЕННАЯ ИММУНОСУПРЕССИЯ. Рекомендовано: консультация фтизиатра. Решение вопроса о лечении в стационарном отделении ЛРЦПБС. После консультации фтизиатра «Бисептол» 480 мг по 2 таблетки 2 р/день. При свертке оказалось, что больная с 17.11.2009 г. состоит на диспансерном учете в ЛРЦБС, эту информацию от медработников скрыла.

Консультация фтизиатра ЛРПТД от 26.05.16 г. Диагноз: ВДТБ (V.2016) ЛЕГКИХ (МИЛ) Д- МБТО МО ГО, ПЕРИФЕРИЧЕСКИХ Л/УЗЛОВ (ШЕИ, ПОДМЫШЕЧНЫХ, ПАХОВЫХ). КАТ 1 КОГ 2 (16). Рекомендовано: перевод в противотуберкулезный диспансер для лечения. На третьи сутки лечения больная скончалась.

Заключение. Таким образом, клинические проявления ВИЧ/СПИД разнообразны и могут принимать облик любой патологии внутренних органов. Такое многообразие обусловлено различными оппортунистическими инфекциями и иммунологическими нарушениями. Более выраженные иммунологические нарушения отмечаются у больных ВИЧ/СПИД с диссеминированным поражением легких. Возможность существования заболевания под маской висцеральной патологии должны учитываться в практике врача любой специальности.

I.Yu. Vatanskaya, E.S. Olenitskaya, I.P. Strekozov

DIFFICULTIES OF DIAGNOSIS OF HIV INFECTION IN THERAPEUTIC PRACTICE (Clinical case)

Summary. In our paper we present the clinical case of a long diagnostic search in a patient with HIV / AIDS. Conclusion. Thus, clinical manifestations of HIV/AIDS are diverse and can take the shape of any pathology of the internal organs. This diversity is due to a variety of opportunistic infections and immunological disorders. More pronounced immunological disorders have been reported in HIV / AIDS patients with disseminated lesions of the lung. The possibility of the existence of the disease in the guise of visceral disease should be taken into account in the practice of the doctor of any specialty.

Keywords: HIV, AIDS, pulmonary dissemination.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бартлет Дж. Клинические аспекты ВИЧ-инфекции / Бартлет Дж., Галант Дж., Фам П. – М.: Валент, 2010. – 497 с.
2. Современное течение пневмоцистной пневмонии у больных с ВИЧ-инфекцией / Т. Н. Ермак, Э. Р. Самитова, А. К. Токмалаев [и др.] // Тер. Архив. – 2011. – № 11. – С. 19-24.
3. Маски ВИЧ-инфекции в клинике внутренних болезней / И. П. Кайдашев, Н. Д. Герасименко, В. В. Горбатенко В.В. Коршенко В.А., Сабина Е. В. [и др.] // Украинский терапевтический журнал. – 2007. – № 2. – С. 57-65.
4. ВИЧ-инфекция: клиника, диагностика, лечение. Практическое руководство для студентов, врачей интернов, клинических ординаторов и врачей всех специальностей / [Покровский В. В., Ермак Т. Н., Беляева В. В., Юрин О. Г.]. – М.: ГЭОТАРМЕД, 2003. – 92 с.
5. Рощина А. А. Маски ВИЧ/СПИД в практике терапевта / А. А. Рощина, Е. Ю. Пономарева, А. П. Ребров // Тер. архив. – 2015. – № 4. – С. 41-46.
6. Incidence of risk factor for clinical presentation, and 1-year outcomes of infective endocarditis in an urban HIV cohort / R. A. Gebo, M. D. Burke, G. M. Lucas [et al.] // Acquir Immune Defic Syndr. – 2006. – № 43. – С. 426-432.