

УДК: 616-097-022-02:616. 155.194+616.91/.93]-053.7

ББК: 28.073+54.11+52.5

ВИЧ-ИНФЕКЦИЯ У МОЛОДОГО ПАЦИЕНТА ПОД МАСКОЙ АНЕМИИ И ЛИХОРАДКИ НЕЯСНОГО ГЕНЕЗА

ПАНКОВА Е.Д., НИКУЛЬШИНА Л.Л.

ФГБОУ ВО ЮУГМУ Минздрава России, Челябинск, Россия

e-mail: katerinachelsma@yandex.ru

Аннотация

Представлен клинический случай диагностики ВИЧ-инфекции на поздней стадии, проявившейся под «масками» анемии тяжелой степени и лихорадки неясного генеза. Выявлена проблема маршрутизации пациента, при которой была затруднена своевременная диагностика ВИЧ-инфекции. Комплексное обследование пациентов с анемией и лихорадкой позволяет своевременно выявить причину данных состояний и предотвратить развитие тяжелых осложнений.

Ключевые слова: ВИЧ инфекция, анемия, лихорадка неясного генеза.

Актуальность. ВИЧ-инфекция – заболевание, имеющее характер пандемии, которое стремительно распространяется на территории Российской Федерации. Существует прямая угроза дальнейшего увеличения смертности от ВИЧ/СПИДа, так как зараженные ВИЧ россияне представляют 1% населения России в возрасте 15-49 лет. Наиболее поражена ВИЧ возрастная группа 35-39 лет, в которой ВИЧ-инфицированные россияне составляют 2%, заражены ВИЧ около 2% россиян в возрасте 30-34 года и более 1% в возрасте 40-44 года [2, 5, 8]. Передача ВИЧ-инфекции происходит преимущественно половым или парентеральным путем, что ассоциировано с промискуитетом [10, 11] и приемом инъекционных наркотиков [3]. В связи с широким распространением ВИЧ в массах должно проводиться санитарно-эпидемиологическое просвещение населения, периодические внеамбулаторные тестирования в рамках профилактических программ [1, 4, 7].

Выявление ВИЧ инфекции на ранних стадиях заболевания является достаточно сложной задачей и не всегда распознается сотрудниками учреждений первичной медицинской помощи, так как клинические признаки в большинстве случаев неспецифичны и маскируются проявлениями других заболеваний. Возможность существования заболевания под «маской» любой висцеральной патологии обусловлена различными оппортунистическими инфекциями и иммунологическими нарушениями. Чаще всего на ранних стадиях наблюдается острый ретровирусный синдром,

напоминающий грипп или инфекционный мононуклеоз. Сыпь в виде эритематозных или пятнисто-папулезных высыпаний, язвенное поражение слизистой оболочки ротовой полости и пищевода, кандидоз ротоглотки и менингизм являются более конкретными признаками и должны повысить индекс подозрений. Дебют с неврологических нарушений включают асептический менингит, периферическую нейропатию, когнитивные нарушения и психозы [6, 9].

В данной статье представлен клинический случай анемии тяжелой степени и лихорадки неясного генеза на фоне ВИЧ-инфекции у ранее необследованного пациента.

Описание клинического случая.

Мужчина, 41 год, разнорабочий, предъявляет жалобы на выраженную общую слабость, быструю утомляемость, головокружение, боли в поясничном отделе позвоночника, усиливающиеся при минимальной физической нагрузке, снижение массы тела на 25 кг за 2 года, повышение температуры вечером до 38-39°C, запоры до 2-3 дней.

Анамнез заболевания. Считает себя больным с середины апреля, когда появились интенсивные боли в позвоночнике (принимал нестероидные противовоспалительные препараты), повышение температуры тела до 38-39°C, общая слабость, быстрая утомляемость, головокружение. В течение последних 3х недель – запоры до 2-3х дней.

11.06.2015 при работе болгаркой – рваная рана левого бедра. Находился на лечении в отделении травматологии ГКБ* с 11.06.2015 по

19.06.2015. В выписке истории болезни отмечено «уровень гемоглобина «достаточный»». 19.06.2015 пациент самостоятельно сдал общий анализ крови: эритроциты – $2,07 \cdot 10^{12}/л$, гемоглобин – 57 г/л, тромбоциты – $230 \cdot 10^{12}/л$, а также было выполнено МРТ пояснично-крестцового отдела позвоночника: МР-картина дополнительного экстрадурального образования левых отделов тела S1 позвонка, МР-признаки измененного МР-сигнала костного мозга от всех видимых костных структур, минимальных дистрофических изменений (остеохондроза) пояснично-крестцового отдела позвоночника, дорзальной протрузии L5/S1 диска. Консультирован онкологом (24.06.2015) предварительный диагноз: метастазы в поясничном отделе позвоночника, подмышечные и паховые лимфоузлы. Первичный очаг не выявлен. Анемия тяжелой степени.

С полученными результатами обратился в поликлинику по месту жительства, госпитализирован в ГКБ ** 25.06.2015

Анамнез жизни. Рос и развивался соответственно возрасту. Курит по 1 пачке сигарет в сутки в течении 20 лет. Гепатит, туберкулез, сифилис, сахарный диабет отрицает. Операции: первичная хирургическая обработка рваной раны левого бедра – 11.06.2015. Контакт с инфекционными больными отрицает. Аллергологический анамнез не отягощен. Гемотрансфузий не было. Семейный анамнез: разведен, есть здоровый ребенок от первого брака десяти лет.

Данные объективного осмотра. Общее состояние средней степени тяжести, обусловлено анемией. Сознание ясное. Телосложение астеническое. Вес 57 кг, рост 175 см. Индекс массы тела $18,6 \text{ кг}/\text{м}^2$. Кожные покровы бледные, чистые. Зев умеренно гиперемирован, белесоватый налет. Миндалины не увеличены. Паховые лимфоузлы увеличены до 2 см в диаметре, подмышечные – до 3 см в диаметре, плотной консистенции, с кожей не спаяны. Костно-мышечная система не изменена. Деформации, ограничения подвижности в суставах нет. Дыхание через нос свободное. Грудная клетка обычной формы. Обе половины участвуют в акте дыхания равномерно. Пальпация грудной клетки безболезненна. Перкуторный звук легочный. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧСС 80 в мин. АД 110/70 мм рт. ст., D=S. Тоны сердца ясные, ритмичные, соотношение тонов правильное,

шумов нет. Язык влажный, обложен белым налетом. Живот при пальпации мягкий, безболезненный во всех отделах. Симптомы раздражения брюшины отсутствуют. Перистальтика кишечника выслушивается активная. Запоры до 2-3 дней. Печень плотной консистенции, выступает на 2 см из-под края реберной дуги. Селезенка не пальпируется. Мочеполовая система: диурез сохранен, мочеиспускание свободное, симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Эндокринная система без особенностей. Нервная система: поведение адекватное, ориентирован, в позе Ромберга устойчив. На передней поверхности левого бедра послеоперационный рубец (состоятелен, отделяемого нет).

Диагноз при поступлении. Анемия тяжелой степени. Лихорадка неясного генеза. Метастазы в поясничном отделе позвоночника, подмышечные и паховые лимфоузлы. Первичный очаг не выявлен.

Данные проведенных обследований и консультации специалистов:

Общий анализ крови (25.06.2015): Эритроциты $1,99 \cdot 10^{12}/л$, гемоглобин 57 г/л, цветовой показатель 0,86, тромбоциты $186 \cdot 10^9/л$, лейкоциты $6,0 \cdot 10^9/л$, эозинофилы 6%, базофилы 0%, нейтрофилы: миелоциты 2%, юные 2%, палочкоядерные 6%, сегментоядерные 63%, лимфоциты 12%, моноциты 9%. Анизцитоз ++++. Пойкилоцитоз ++. СОЭ 60 мм/час. RW отриц.

Общий анализ мочи (25.06.2015): светло-желтая, прозрачная, плотность – 1016, плоский эпителий – 2-3 в поле зрения, лейкоциты – 0-1 в поле зрения, эритроциты – 1-2 в поле зрения. Белок Бенс-Джонса отрицательный.

Биохимический анализ крови (25.06.2015): общий белок – 75 г/л, альбумины 32,64 г/л, А1-глобулин 4,68 г/л, А2-глобулин – 10,48 г/л, В – глобулин 13,05 г/л, У – глобулин 39,16 г/л, глюкоза – 4,2 ммоль/л, креатинин – 74 мкмоль/л, мочевины – 3,5 ммоль/л, АСТ – 12 ЕД/л, АЛТ – 8 ЕД/л, ЩФ – 49 Ед/л, СРБ – 6 мг/л; общий билирубин 7,3 мкмоль/л, калий 4,3 ммоль/л., натрий 140, ммоль/л сывороточное железо 14,9 мкмоль/л, кальций 1,43 ммоль/л

Коагулограмма: АЧТВ – 31,5 с, ПТИ – 95,2%, МНО – 1,05.

25.06.2015 проведена трансфузия эритроцитарной массы общим объемом 790 мл в/в, осложнений не было; ОАК (26.06.2015) эритроциты $2,75 \cdot 10^{12}/л$, гемоглобин 86 г/л,

лейкоциты $5,3 \cdot 10^9/\text{л}$, тромбоциты $126 \cdot 10^9/\text{л}$, СОЭ 72 мм/час.

Назначено лечение: феррум лек 2,0 в/м, кеторол 2,0 в/м на ночь, омепразол 20 мг 1 капсула на ночь.

ЭКГ (25.06.2015): ритм синусовый, ЧСС 61-79 в минуту.

УЗИ органов брюшной полости (26.06.2015): деформация желчного пузыря, диффузные изменения поджелудочной железы по типу фиброза, спленомегалия (размеры селезенки $163 \cdot 59$ мм, площадь 81 см^2), косвенные признаки нефроптоза справа, неполное удвоение чашечно-лоханочной системы с обеих сторон.

Рентгенография костей черепа (26.06.2015): морфологической патологии не выявлено.

Флюорография (29.06.2015) – легкие и сердце без особенностей.

Консультация инфекциониста (29.06.2015). Данных за острую инфекционную патологию выявлено не было, рекомендовано дообследование: РПГА с брюшнотифозным диагностикумом; кровь на малярию; реакция Райта Хеддельсона; РПГА на иерсиниоз; ИФА на ВИЧ; маркеры гепатитов, прокальцитонин; гемокультуру на стерильность, бактериальный посев мочи. Результаты назначенных исследований: кровь ИФА на гельминты (30.06.2015): культура не обнаружена; кровь на гемокультуру (21.07.2015): культура бактерий тифопаратифозной групп не выделены; кровь на стерильность (21.07.2015): посев не дал роста микрофлоры; бактериальный посев мочи (30.06.15): культура не выделена; РПГА с брюшнотифозным диагностикумом, на иерсиниоз (30.06.2015): результат отрицательный; маркеры гепатитов В и С (26.06.2015) не обнаружены. Взят анализ крови на ВИЧ-инфекцию, результат получен 07.07.2015, положительный; CD4 (08.06.2015) – 70 (6%).

Кал на скрытую кровь (07.07.2015): результат отрицательный.

Трансторакальная эхокардиография (29.06.2015): Осмотр на фоне регулярного ускоренного ритма. Частичная эконегативность. Глобальная систолическая левого желудочка (ЛЖ) сохранена. Гипертрофия левого желудочка (ГЛЖ) эксцентрическая, без дилатации полости ЛЖ. Размеры полостей сердца сохранены. Умеренные фиброзные изменения клапана аорты. Проплап передней створки митрального

клапана (ПСМК) 1 степени, умеренная деформация ПСМК, уплотнена, удлинена. Недостаточность трикуспидального клапана (ТК) 1-2 степени, митрального клапана (МК) 1ст., хорда ЛЖ. Незначительное количество свободной жидкости в перикарде (до 100 мл). Легочной гипертензии (ЛГ) нет. Патологическое образование правого предсердия (ПП): пристеночное гиперэхогенное образование, округлой формы, с неровными краями, размерами $1,42 \cdot 0,87$ см. Не исключена миксома ПП, тромб ПП. Повышенная трабекулярность ушка ПП.

Учитывая подъемы температуры до субфебрильных цифр ($37,3-37,7^\circ\text{C}$) назначена антибактериальная терапия – цефтриаксон 1,0 мл в/в струйно 2 раза в сутки.

Эзофагогастродуоденоскопия (01.07.2015): Слизистая пищевода с белесоватым налетом на всем протяжении, блестящая, эластичная. Слизистая желудка умеренно гиперемирована, рыхлая, эластичная. Заключение: хронический гастрит, кандидоз пищевода. В результате цитологического исследования биоматериала выявлено грибковое поражение пищевода (25.07.2015).

К лечению – флюконазол 150 мг – 1 капсула в сутки.

Рентгенография поясничного и крестцового отделов позвоночника (01.07.2015): данных за наличие образований нет. Остеохондроз поясничного отдела позвоночника.

Остеосцинтиграфия (02.07.2015): скintiграфических признаков патологических изменений в скелете не выявлено.

В динамике по ЭхоКГ (29.06, 03.07.2015) регистрируются мелкие округлой формы плотные образования, подвижные, на створках МК (подозрение на появление вегетаций на МК), увеличилась деформация створок, неоднородность структуры МК, слоистость. Сохраняется недостаточность МК 1-2 ст, ТК 2 ст. Появилась дилатация ПП.

Томография срединной тени грудной полости (05.07.2015) рентгенологических признаков увеличения лимфоузлов не найдено. Бронхиальное дерево без особенностей.

Консультация гематолога (06.07.2015): предварительный диагноз миелопролиферативное заболевание, первичный миелофиброз. Проведена трепанобиопсия подвздошной кости, материал был отправлен на гистологическое исследование

в патологоанатомическое бюро. Пунктат костного мозга не получен, "сухой". Рекомендовано сдать кровь на мутацию JAK2, цитогенетику (t:p:22)

Учитывая сохраняющиеся подъемы температуры до фебрильных цифр (38,0-38,5), наличие вегетаций на митральном клапане была выполнена смена антибактериальной терапии – назначен ванкомицин 1,0 г в/в капельно 2 раза в сутки.

Фиброколонофиброскопия (8.07.2015): на осмотренных участках органической патологии не выявлено.

Консультация фтизиатра (10.07.2015): не выявлено данных за наличие туберкулезного спондилита, для уточнения диагноза рекомендовано выполнение КТ поясничного отдела позвоночника. Выполнен диаскин-тест – отрицательный.

Эзофагогастродуоденоскопия (17.07.2015): слизистая пищевода гиперемирована, просвет не изменен, сосудистый рисунок отсутствует, на всех стенках пищевода, на всем протяжении имеется наложение плотного фибрина в виде широких полос. Заключение: без динамики от 01.07.2015, фибринозный эзофагит.

Чреспищеводная эхокардиография (20.07.2017г.): Межпредсердная перегородка (МПП) – прослеживается на всем протяжении, потоков сброса крови не выявлено. Увеличение обоих предсердий. Тромбов в предсердиях и ушках не выявлено. Патологических образований в полости правого предсердия не выявлено. Митральный клапан: створки незначительно уплотнены, передняя створка пролабирует до 4 мм, вегетаций не выявлено. Диаметр фиброзного кольца МК – 43-44 мм. Трикуспидальный клапан: створки тонкие, вегетаций на створках не выявлено. Диаметр фиброзного кольца ТК – 40-42 мм. Створки аортального клапана уплотнены, вегетаций на створках не выявлено. Диагноз эндокардита не подтвержден.

С 21.06.2015 отмечены подъемы температуры до 39,7-40,0°С.

Флюорография (21.06.2015): легкие и сердце без особенностей.

Консультация врача СПИД-центра (22.07.2015). Диагноз: инфекция ВИЧ, стадия IV Б, фаза прогрессирования на фоне отсутствия

антиретровирусной терапии. Лихорадка неясного генеза более месяца. Снижение веса более 10%. Орофарингеальный кандидоз. Кандидозный эзофагит. С целью профилактики пневмоцистной пневмонии назначен бисептол 480 мг, 2 таблетки 3 раза в неделю. Назначение высокоактивной антиретровирусной терапии не показано. Рекомендовано: консультация фтизиатра, невролога, КТ грудной клетки, МРТ головного мозга.

Консультация невролога (22.07.2015): поставлен диагноз: токсическая энцефалопатия, менингоэнцефалит неуточненного генеза.

МСКТ лёгких, средостения, костей грудной клетки (23.07.2015): спондилит одиннадцатого грудного позвонка с формированием паравертебрального натечника справа, очаговое поражение тел позвонков в грудном отделе позвоночника.

Консультация фтизиатра (24.06.2015). Диагноз: Спондилит одиннадцатого грудного позвонка, менингоэнцефалит неуточненного генеза. Рекомендовано проведение люмбальной пункции, к лечению добавить ципрофлоксацин 500 мг – 2 раза в сутки.

Консультация нейрохирурга (24.06.2015). Диагноз: Спондилит одиннадцатого грудного позвонка с формированием паравертебрального абсцесса.

На 29 день госпитализации (24.07.2015) больной переведен в отделение хирургической инфекции ОКБ*** с диагнозом: Спондилит одиннадцатого грудного позвонка с формированием паравертебрального абсцесса. Анемия тяжелой степени на фоне инфекции ВИЧ стадия 4Б, фаза прогрессирования на фоне отсутствия высокоактивной антиретровирусной терапии. Кандидозный эзофагит. Спленомегалия. Нефроптоз справа, неполное удвоение ЧЛС справа.

Пациент прооперирован в отделении хирургической инфекции, выписан на 15-е сутки, по настоящее время состоит на учете в центре СПИД, получает ВААРТ.

Заключение: своевременное комплексное обследование пациентов с анемией тяжелой степени и лихорадкой неясного генеза позволяет обеспечить раннюю диагностику ВИЧ-инфекции, а также избежать тяжелых осложнений.

Список литературы

1. Аклеев А.А. Преемственность в изучении ВИЧ-инфекции в Южно-Уральском государственном медицинском университете / А.А. Аклеев, А.В. Аксенов, И.В. Красильникова и др. // Вестник совета молодых ученых и специалистов Челябинской области. – 2016. – Т. 2, №3 (14). – с. 4-11.

2. Горыня Л.А. Анемия у ВИЧ-инфицированных пациентов. Патогенез и современная терапевтическая тактика / Л.А. Горыня, В.И. Мазуров, В.Б. Мусатов // Вестник Санкт-Петербургского университета. – 2014. – №11. – с. 54-65.
3. Егорова А.В. Пропаганда распространения наркотиков, как социальная и медицинская проблема современного общества / А.В. Егорова, Э.А. Юминов, Н.Д. Мисюкевич и др. // Вестник совета молодых ученых и специалистов Челябинской области. Челябинск – 2014. – №1 (4). – с. 25-29.
4. Манаев А.И. Информированность студентов гуманитарных и технических вузов г. Челябинска в вопросах верификации ВИЧ-инфекции / А.И. Манаев, М.И. Герасимова, В.О. Барышева и др. // Молодежный инновационный вестник. – 2013. – Т. 2. №1. – с. 103.
5. Покровский В.В. ВИЧ/СПИД сокращает число Россиян и продолжительность их жизни / В.В. Покровский, Н.Н. Ладная, А.В. Покровская // Демографическое обозрение. – 2017. – №1. – с. 65-82.
6. Прянишникова Г.А. Дебютные маски ВИЧ-инфекции / Г.А. Прянишникова // Современная терапия в психиатрии и неврологии. – 2016. – №2. – с. 24-28.
7. Радзиховская М.В. Организация и проведение мероприятий, направленных на предупреждение распространения ВИЧ-инфекции, проводимые в Челябинской области в 2016 году, в рамках взаимодействия Южно-Уральского государственного медицинского университета и областного центра по профилактике и борьбе со СПИДом / М.В. Радзиховская, Н.Ю. Брылина, Е.В. Сосновских и др. // Фтизиатрия и пульмонология. – 2017. – №3 (16). – с. 161-175.
8. Ратникова Л.И. ВИЧ-инфекции и инфекционные поражения центральной нервной системы / Л.И. Ратникова, С.А. Шип, А.А. Глинкина и др. // Инфекционные болезни. – 2016. – Т. 14. № S1. – с. 242.
9. Хасанова Г.Р. Анемия хронического заболевания и ВИЧ-инфекция / Г.Р. Хасанова // Практическая медицина. – 2012. – №1 (56). – с. 49-51.
10. Алетина Л.С. Девіантна сексуальна поведінка у студентів різних ВНЗ м. Челябинська / Л.С. Алетина, М.І. Герасимова, О.В. Пешиков и др. // Материалы XXXVIII международной научно-практической конференции по философским, филологическим, юридическим, педагогическим, экономическим, психологическим, социологическим и политическим наукам "Социализация науки". – 2013. – Горловка: ФЛП Пантюх Ю.Ф. – с. 79-82.
11. Vyaznikov M.A. Use of condoms in sexual life among students of higher educational institutions of the city of Chelyabinsk / M.A. Vyaznikov, A.V. Egorova, M.A. Chernykh et al. // Сборник статей международной научно-практической конференции "Инновационное развитие современной науки". – 2014. – Уфа: РИЦ БашГУ. – ч. 6. – с. 9-11.

HIV-INFECTION IN A YOUNG PATIENT UNDER THE GUISE OF ANEMIA AND FEVER OF UNKNOWN GENESIS*

PANKOVA E.D., NIKULSHINA L.L.
 FSBEI HE SUSMU MOH Russia, Chelyabinsk, Russia
 e-mail: katerinachelsma@yandex.ru

Abstract

We present a clinical case of the diagnosis of a late stage of HIV infection manifested as severe anemia and fever of an unknown genesis. The problem of patient routing was identified, in which the early diagnosis of HIV infection was hampered. Complex examination of patients with anemia and fever allows you to quickly identify the cause of these conditions and prevent the development of severe complications.

Keywords: HIV infection, anemia, fever of unknown genesis

* Научные руководители: асс. Гаврилова Е.С., д.м.н., проф. Яшина Л.М.