

## КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ

В работе показана актуальность проблемы ВИЧ-инфекции и приведен подтвержденный клинический случай. Данный случай показывает, что настороженность практических врачей в отношении данной инфекции достаточно низкая. Клинический случай показывает, что в настоящее время в эпидемический процесс вовлекаются обычные люди и врачам необходимо повысить настороженность и обследовать на ВИЧ-инфекцию вне зависимости от возраста и социального статуса.

**Ключевые слова:** ВИЧ-инфекция, эпидемический процесс, клинический случай

ВИЧ-инфекция в Казахстане благодаря проведению профилактических мероприятий удержана на концентрированной стадии, т.е. распространение происходит среди уязвимых групп населения. В динамике эпидемического процесса инфекции отмечается снижение парентерального пути передачи в 2 раза, но при этом половой путь вырос в 3 раза. Наблюдается увеличение случаев ВИЧ-инфекции в более старшей возрастной группе и среди женщин [1]. Это требует повышенной настороженности со стороны врачей в отношении диагностики данной инфекции. В качестве примера приводим клинический случай.

Пациентка Б., 1962г. поступила в инфекционную больницу (ИБ) г.Семей с жалобами на тошноту, рвоту до 5-6 раз в день, боли в животе схваткообразного характера, тяжесть в эпигастрии и правом подреберье, частый жидкий водянистый стул до 10-15 раз в сутки, значительную потерю массы тела в течение полугода, общую слабость.

Из анамнеза болезни: больна с декабря 2016г., когда постепенно стала терять вес, нарастала слабость. В марте 2017г. лечилась по поводу пневмонии. С 05.04.2017г. состояние ухудшилось, появились многократная рвота, частый жидкий стул водянистого характера, боли в животе. Лечилась амбулаторно: промывание желудка, линекс, без эффекта. 06.04.2017г. больная госпитализирована в (ИБ) с диагнозом «Инфекционный гастроэнтероколит, средней степени тяжести. Неалкогольная жировая болезнь печени. Стеатогепатит, умеренной биохимической активности. Хронический панкреатит с нарушением внешнесекреторной функции, обострение. Хронический холецистит с гипомоторной дисфункцией желчного пузыря, обострение. Эрозивный гастрит. Хронический неязвенный колит, обострение. Долихосигма».

Результаты лабораторных исследований: общий анализ крови (ОАК) от 07.04.17г. Гемоглобин (Гб) - 114г/л, эритроциты (Эр.) -  $3,42 \times 10^{12}$ /л, лейкоциты (Л) -  $3,4 \times 10^9$ /л, гематокрит (Гт) - 0,315, тромбоциты (Тр.) -  $184 \times 10^9$ /л, СОЭ - 39мм/час. Биохимический анализ крови (БА) от 12.04.17г. - в пределах нормы, за исключением тимоловой пробы (10,9ед). Общий анализ мочи (ОАМ) от 08.04.17г. в норме. Бактериологический посев кала (бак.посев) - отрицательный. Анализ крови на RW от 07.04.17г. - отрицательный. Копрология - крахмал+, йодофильные бактерии +++, слизь++, Л. - сплошь, Эр. 8-6-6, яйца глистов не найдены. Была выписана с некоторым улучшением на 8 день госпитализации (14.04.2017г.).

Дома состояние вновь ухудшилось. 17.04.2017г. вновь была экстренно госпитализирована в гастроэнтерологическое отделение из-за сохраняющейся диареи, выраженного болевого и диспепсического синдромов. После обследования был выставлен диагноз: Язвенный колит средней степени тяжести. Синдром мальабсорбции и мальдегистии. Стеатогепатоз. Хронический холецистит. Гастрозофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ) 1 степени. Кандидоз пищевода. Хронический атрофический гастрит. Железодефицитная анемия (ЖДА) смешанного генеза. Энцефалопатия смешанного генеза. Астенофобический синдром. Микотическое поражение ногтевых пластинок кистей. Впервые выявлен положительный результат иммуноферментного анализа (ИФА) на ВИЧ. Выписана на 26 день с некоторым улучшением: болевой и диспепсический синдромы уменьшились, стул кашицеобразный до 3 раз в день.

С 04.05.2017г. вновь усиление диарейного синдрома. 08.05.2017г. повторно госпитализирована в ИБ с жалобами на тошноту, рвоту, выраженную слабость, снижение аппетита, быструю утомляемость, непрекращающуюся диарею, жажду, потерю веса.

Анамнез жизни: туберкулез, вирусный гепатит и кожно-венерические заболевания отрицает. Болевой и диспепсический синдромы беспокоят в течение полугода. Из перенесенных заболеваний: внебольничная очаговая пневмония нижних долей обеих легких в марте 2017г. Экстирпация матки по поводу фибромиомы в 2000г. Снижение веса за последнее 6-7мес. на 15 кг (более 10%). Неоднократно в анализах крови отмечалась лейкопения, тромбоцитопения, снижение уровня гемоглобина, ускорение СОЭ наблюдалось постоянно. Фиброгастроуденоскопия (ФГДС) от 23.11.16г. - эрозивный гастрит, от 09.01.17г. - очаговый атрофический гастрит. В иммунохемилюминисцентном анализе (ИХЛ) от 12.12.16г. и 08.02.17г. - уровень СА-19-9 (онкомаркер рака желудка и поджелудочной железы повышен в 2 раза).

Эпидемиологический анамнез: экстирпация матки по поводу фибромиомы в 2000г. При первом поступлении накануне дисфункции кишечника пила кумыс. Парентеральные вмешательства за последний год: татуаж бровей. Разведена с мужем на протяжении 10 лет. Случайные половые контакты отрицает.

Объективно: общее состояние при первом поступлении средней степени тяжести за счет диарейного синдрома. Больная резко пониженного питания. Температура тела  $36,6^{\circ}\text{C}$  на протяжении всего периода госпитализации. Кожные покровы бледные, сухие, морщинистые. Зев спокоен. Изменения ногтевых пластинок микотического характера. Язык обложен белым налетом. Губы сухие, по краям имеются трещины (заеды). Перкуторно над легкими ясный легочной звук во всех отделах. Аускультативно над легкими везикулярное дыхание, хрипов нет. Частота дыхания (ЧД) 22 в мин. В области сердца и крупных сосудов видимой пульсации нет. Перкуторно границы сердца в пределах нормы. Аускультативно тоны сердца приглушены, шумы не выслушиваются, ритм сердца правильный. Частота сердечных сокращений (ЧСС) 88 в мин. Артериальное давление (АД) 110/60 мм.рт.ст. Живот правильной формы, пальпаторно мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Стул на всем протяжении госпитализации частый жидкий, водянистый, с некоторым улучшением на фоне лечения. Мочевыделение свободное, безболезненное. Симптом поколачивания отрицательный с двух сторон. Неврологический статус: больная в сознании, мало эмоциональна, на вопросы отвечает односложно, не совсем адекватно оценивает свое состояние и заболевание. Лабораторные данные в динамике представлены в таблицах 1, 2.

Таблица 1 - Динамика ОАК

Дата	Гб	Эр.	ЦП	Гт	Тр.	Л.	П/я	С/я	Эоз.	Мон.	Лимф	СОЭ
08.05.17	108	3,52	0,9	32	-	2,5	4	85		3	8	46
15.05.17	94	3,08		27,5	166	3,3	-	85,1		7,8	7,1	42
19.05.17	97	2,94		27,1	143	3,1		76,8		13,9	9,3	42

Таблица 2 - Динамика ОАМ

Дата	Цвет	Прозр	Относит. плотность	Белок	Л.	Эр.	Плоск. эпит.	Почеч. эпит.
09.05.17	Соломен	Полн	1012	0,033	12-10-14		2-3-1	0-1-2
14.05.17	Соломен желтый	Полн	1004	-	2-3-4			

Копрограмма от 09.05.2017г. – неоформленный, жидкий, нейтральный жир ++, йодофильные бактерии +++, лейкоциты 5-8-9. Анализ мочи по Нечипоренко от 11.05.17г. -лейкоциты в значительном количестве, эритроциты1000. Бак.посев мочи на патогенную флору от 11.05.17г. - отрицательный. Реакция пассивной гемагглютинации (РПГА)с сальмонеллезным антигеном от 10.05.17г. -1:40, с дизентерийнымФлекснер 1-5 - 1:20, 6 -отрицательный, с дизентерийнымЗонне- отрицательный. Бак. посев кала на патогенную флору от 08.05.17г. - отрицательный. Бак. посев кала на условно патогенную флору от 09.05.17г. -Klebsiella 2x10<sup>7</sup> Анализ крови на RW от 10.05.17г. - отрицательный. Анализ кала на яйца глист и простейшие от 09.05.17г. -отрицательный.Исследование образцов крови методом ИФА на антитела к ВИЧ от 26.04.17г., 02.05.17г. - положительные.ИФА на маркеры вирусных гепатитов В и С от 27.04.17г. отрицательные.Ультразвуковое исследование (УЗИ)органов брюшной полости- диффузные изменения паренхимы печени, поджелудочной железы. Хронический некалькулезный холецистит. Диффузные изменения паренхимы почек. Нефроптоз, нефромикролитиаз. Магнитно резонансная томография (МРТ)органов брюшной полости и забрюшинного пространства с контрастированием от 06.02.17г.- МРТ признаки трех неосложненных микрокист в паренхиме правой почки. R-графия легких от 11.05.17 г. - хронический бронхит. R-графия брюшной полости от 26.04.17 - патологии не выявлено. Колоноскопияот 21.04.17 - неспецифический язвенный колит, взята биопсия: в препаратах кусочки слизистой толстой кишки с обильной лимфоплазматической примесью эозинофилов инфильтрацией в строме. ФГДСот 18.04.17 - кандидоз пищевода. Очаговый атрофический гастрит.

На основании жалоб, анамнестических данных, объективных данных, лабораторно-инструментальных данных выставлен клинический диагноз: В 20-24 ИФА (1,2S) положительный, потеря веса>10%. Длительная диарея. Синдроммальабсорбции и мальдигестии. Сопутствующий диагноз: Стеатогепатоз. Хронический холецистит, неполная ремиссия. Кандидоз пищевода. Хронический атрофический гастрит. ЖДА смешанного генеза. Хронический бронхит, вне обострения. Неспецифический язвенный колит. Хронический пиелонефрит, обострение.

Получено лечение: стол №4, растворреополиглокин 400,0 внутривенно (в/в)капельно №2, растворацесоль 800,0 в/в капельно №5, растворацесоль 400,0 в/в капельно №2, раствор глюкоза 5%-400,0+ВитС 5%-10,0+Инсулин 4ЕД в/в капельно №3, капсулы (к)линекс 2кx3раза в день (р/д) -11дней, таблетки (т)ниолицин 0,4 по 1тx2р/д-10дней, порошок (пор) тагансорбент 1порx3р/д-5дней, капсулыкреон 1кx3р/д-8дней, растворинфезол 250,0 в/в капельно №6, таблеткилоперамид 1т после каждого стула-2дня, растворцерукал 2,0 в/м №4, растворгепадиф 400,0+глюкоза 5%-400,0 в/в капельно №5, растворфлунол 100,0 в/в кап №3, физиологический раствор 0,9%-200,0+хлорид калия (КС) 4%-200,0 в/в капельно №4,растворрибоксин 10,0 в/в струйно №1. На фоне проводимого лечения состояние больной стабилизировалось, появился аппетит, температура нормализовалась, стул кашеобразный 1-2раза в день. Сохраняется астенический синдром, снижение веса. Выписана с улучшением с согласия пациента. После выписки получен положительный анализ иммуноблоттинга на ВИЧ-инфекцию. Решается вопрос об антиретровирусной терапии.

Приведенный клинический случай представляет интерес с точки зрения недостаточной настороженности в отношении ВИЧ-инфекции даже со стороны специалистов. Возраст больной, неактивный эпидемиологический анамнез, положительные онкомаркеры изменили ход диагностического поиска. Данный случай еще раз показал, что ВИЧ-инфекция маскируется под обычные инфекции, в данном случае кишечную инфекцию. Поэтому, учитывая современную эпидемиологическую обстановку (вовлечение обычных слоев населения) врач любой специальностидолжен быть всегда насторожен в отношении ВИЧ-инфекции.

## СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 БайсеркинБ.С. «ВИЧ – вчера, сегодня, завтра...». Реализация национальных мер по противодействию эпидемии ВИЧ-инфекции в Республике Казахстан. – Алматы: 2017. – 68 с.

**Г.И. Нуралинова, С.Б. Маукаева, А.А. Байганова, Н.К. Кудайбергенова**

**АИВ-ИНФЕКЦИЯ ЖӨНІНДЕГІ КЛИНИКАЛЫҚ ЖАҒДАЙ**

**Түйін:** Жұмыста АИВ-инфекцияның өзектілігі көрсетілген және клиникалық жағдай келтірілген. Клиникалық жағдай практикалық дәрігерлердің осы инфекцияға қатысты сақтығы төмен екенін көрсетеді. Осы клиникалық жағдай эпидемиялық процеске қарапайым адамдардың тартылуын көрсетеді, осыған байланысты дәрігерлер сақтылықты жоғарылатып, АИВ-инфекциясына адамның жасына және әлеуметтік жағдайына байланысыз тексеру керек.

**Түйінді сөздер:** АИВ-инфекция, эпидемиялық процесс, клиникалықжағдай.

**G.I. Nuralinova, S.B. Maukayeva, A.A. Baiganova, N.K. Kudaibergenova**

**CLINICAL CASE OF HIV INFECTION**

**Resume:** The work shows the importance of HIV infection and describes a clinical case,. The clinical case shows that the vigilance of practical doctors about this infection is low enough. The age of the patient, inactive epidemiological history, leading clinical manifestations in the form of acute intestinal infection, positive oncomarkers led to the fact that doctors did not have an idea about HIV infection. This clinical case shows that at the present time all people are involved in the epidemic process and doctors need to be more alert and check for HIV regardless of age and social status.

**Keywords:** HIV infection, epidemic process, clinical case.