

# КАЗАНСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ЖУРНАЛ

НОЯБРЬ  
ДЕКАБРЬ  
2001

6

ТОМ  
LXXXII

ИЗДАНИЕ МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ТАТАРСТАНА,  
СОВЕТА НАУЧНЫХ МЕДИЦИНСКИХ ОБЩЕСТВ ТАТАРСТАНА И  
КАЗАНСКОГО ГОСУДАРСТВЕННОГО МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА

## ТЕОРЕТИЧЕСКАЯ И КЛИНИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА

УДК 616.98:578.826.6]-022.363-07

### РЕТРОСПЕКТИВНАЯ ДИАГНОСТИКА ОСТРОЙ ФАЗЫ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ

*Д.К. Баширова, И.М. Хаертынова, О.М. Романенко, Ф.К. Сиразиева, Э.А. Замятина*

*Кафедра инфекционных болезней (зав. — проф. Д.К. Баширова) Казанской медицинской академии последипломного образования, Республиканский центр по профилактике и борьбе со СПИДом (главрач — О.М. Романенко) МЗ РТ*

В 1999—2000 гг. отмечался эпидемиологический подъем ВИЧ-инфекции в Республике Татарстан (РТ). Если в 1998 г. положительными оказались 0,35% анализов на ВИЧ-инфекцию, то в 1999 г. — 1,3%, а в 2000 г. — уже 4,4%.

ВИЧ-инфекция характеризуется определенной цикличностью течения, что нашло отражение в классификации В.И. Покровского и соавт. [1]. Стадия 2А (острая инфекция), следующая за инкубационным периодом (стадия 1), представляет для врача значительные сложности в клинической диагностике. Пациенты из группы высокого риска по заражению ВИЧ-инфекцией при обращении за медицинской помощью могут находиться в острой фазе заболевания. В этой фазе у больных имеют место активная репликация вируса, транзиторный иммунодефицит, и возможны ассоциации тяжелых симптомов и синдромов болезни. Такие больные нуждаются в проведении антиретровирусной терапии.

По данным литературы, острая ВИЧ-

инфекция наблюдается у 30—70% больных. Продолжительность этой фазы составляет в среднем 2—4 недели, хотя может сокращаться до 6 дней и удлиняться до 6 месяцев. Нередко эта инфекция маскируется под грипп, ОРВИ, инфекционный мононуклеоз, краснуху, патологию ЦНС и другие заболевания, что затрудняет предварительную клиническую диагностику. В отдельных случаях пациенты (чаще всего наркоманы, употребляющие наркотики внутривенно) выявляются при обращении по поводу вирусных гепатитов. Однако в стадии 2А они могут обратиться за медицинской помощью к любому специалисту и быть госпитализированными в стационары различного профиля.

Среди первично обследованных пациентов с ВИЧ-инфекцией (амбулаторно) в Республиканском центре по профилактике и борьбе со СПИДом МЗ РТ путем ретроспективного анализа течения болезни удалось выявить 62 человека, перенесших острую ВИЧ-инфекцию. Большинство пациентов (87%)

имелиотягощающий фактор в виде синдрома наркотической зависимости различного срока.

Согласно опросу, у большинства ВИЧ-инфицированных, выявленных в 2000 г., заражение наступило в конце 1999 г. или в течение 2000 г. Лица, употребляющие наркотики, проходят обследование на ВИЧ-инфекцию перед стационарным лечением в наркодиспансере, при лечении в кожнодиспансере, стационарном лечении в инфекционных больницах по поводу гепатитов. Лиц призывного возраста обследуют при прохождении медкомиссии в военкоматах. Поэтому за период возможного заражения брали время от последнего отрицательного результата на ВИЧ с учетом возможности серонегативного «окна».

Определенные трудности в выявлении симптомов острой фазы ВИЧ-инфекции у наркоманов возникают в связи с наличием у них абстинентного синдрома, который проявляется жидким стулом, субфебрильной температурой, ломотой в теле, недомоганием при попытке «отойти» от наркотиков.

Учитывая эти особенности, мы выделили группу больных (62 чел.), у которых по предполагаемому времени заражения с учетом инкубационного периода описанные ниже состояния соответствовали острой фазе ВИЧ-инфекции.

1. Лимфоаденопатия: увеличение лимфатических узлов затылочных и заднешейных групп в 60% случаев отмечали сами пациенты в начале болезни, оно сохранялось до объективного осмотра после лабораторного выявления ВИЧ-инфекции.

2. Лихорадка: у 60% больных были субфебрильная температура в течение 2-3 дней, боль в горле, сильная слабость; у 11,2% фебрильная температура от 38 до 39°C сохранялась в течение 5-7 дней.

3. Сыпь: в 6,5% случаев имела место пятнисто-папулезная сыпь. У одной больной она появилась на фоне лихорадки на 4-5-й день болезни одновременно на груди и животе, спине, верхних и нижних конечностях, включая ладони. Сыпь держалась 2-3 дня. У дру-

гих сыпь покрывала нижние конечности, живот, появившись на фоне субфебрильной температуры, держалась 1-2 недели, затем возникали рецидивы высыпаний в местах прежней локализации, часто беспокоил зуд кожи.

4. Жидкий стул: в 10% случаев он отмечался в течение 2-5 дней до 4-5 раз в сутки, без патологических примесей. У 2 больных в первые 5-6 суток стул был более частым, со схваткообразными болями в животе, затем без лечения стал реже (1-2 раза в сутки), кашицеобразным и сохранялся в течение 3-4 месяцев. В копрокультуре патогенная флора не обнаруживалась, количество бифидумбактерий было снижено.

5. Тошнота и рвота беспокоили 6,5% лиц, причем эти симптомы были связаны либо с манифестацией хронического гепатита, либо с проявлениями острого гепатита В и С. Все эти больные были госпитализированы в инфекционные отделения.

6. Герпетическая инфекция: у 3,3% больных она появилась впервые. Больные с хроническими формами герпетической инфекции отмечали учащение рецидивов, но распространения кожных форм не наблюдалось.

7. Неврологическая симптоматика: у 3,2% больных грубые нарушения со стороны ЦНС проявлялись в виде парезов нижних конечностей, время появления которых совпадало с острой стадией ВИЧ-инфекции. Из числа опрошенных большинство употребляли наркотики, поэтому можно предположить, что частота неврологических нарушений была значительно выше. Возникновение неврологических нарушений усугублялось и тяжелой наркотической интоксикацией.

8. Снижение массы тела констатировано у 30% опрошенных, но больные связывали это с употреблением наркотиков.

9. Не отмечали каких-либо симптомов острой фазы ВИЧ-инфекции 24% опрошенных.

Нами были обследованы 7 больных в фазе острой ВИЧ-инфекции. У всех больных заболевание началось остро, с признаков интоксикации: температура до 38-39°C (у 5), субфебрильная (у 2). Все

больные жаловались на сильную слабость, боли в мышцах. В 100% случаев отмечалась лимфоаденопатия различной выраженности: от 1-2 до 5 см в диаметре. Чаще наблюдалось увеличение лимфоузлов заднешейных, затылочных, подмышечных групп — мягких, тестоватой консистенции, подвижных, не спаянных с окружающей тканью, безболезненных, кожа над ними не была изменена. У 4 больных был обнаружен кандидоз полости рта.

У одного больного на фоне острой ВИЧ-инфекции с вирусной нагрузкой 320000 копий/мл развилась неврологическая симптоматика в виде пареза левой нижней конечности с болевым синдромом. Диагноз: вторичная (ВИЧ) энцефаломиелорадикулопатия с болевым синдромом, двусторонней пирамидной симптоматикой, нижним центральным парапарезом. У другого пациента, употреблявшего наркотики, на фоне острой ВИЧ-инфекции возникли острая двусторонняя пневмония смешанной этиологии (*Klebsiella*, *Candida*), сепсис с ДВС-синдромом. У третьего больного был выявлен острый абсцесс околопочечной клетчатки при первоначальном подозрении на опухоль почки.

Из лабораторных показателей в первые дни отмечалась лимфоцитопения с последующим на 2—3-й неделе лимфоцитозом (за счет увеличения количества  $CD_8$ -лимфоцитов). Не всегда наблюдалась умеренная тромбоцитопения; обычно имели место умеренное повышение СОЭ и активности сывороточных трансаминаз (в том числе у больных без хронического гепатита). Определялось значительное снижение уровня  $CD_4$ -лимфоцитов (менее  $200 \cdot 10^9/л$ ), функциональной активности лимфоцитов, соотношения  $CD_4$  и  $CD_8$ -лимфоцитов менее 1.

Всем больным в стадии острой ВИЧ-инфекции была назначена антиретровирусная терапия (АРВ-терапия): 2 пациентам — зерит + видекс, 2 — тимазид + эпивир (реконвалесцентам острого вирусного гепатита), одному больному с неврологической симптоматикой — тимазид + видекс + вирамун (с учетом проникновения АРВ-препаратов через

гематоэнцефалический барьер). 2 больным с септическим состоянием с целью быстрого снижения вирусной нагрузки были предписаны зерит + видекс + вирамун.

У всех больных была достигнута положительная динамика клинических и лабораторных показателей: в течение 3 месяцев уровень вирусной нагрузки снизился до <400 копий/мл сыворотки крови; отмечалась положительная динамика уровня  $CD_4$ .

Для подтверждения трудности в постановке диагноза острой ВИЧ инфекции без наличия лабораторных результатов на ВИЧ и без определенной насыщенности по ВИЧ-инфекции приводим 2 случая обращений больных с острой фазой ВИЧ-инфекции к медработникам различных лечебных учреждений.

1. Больная инфицирована 23.02.00 г. при половом контакте без использования презерватива с ВИЧ-инфицированным мужчиной. 20.03.00 г. заболела остро: температура повысилась до 39°C, появились слабость, боль в горле. Обратилась в поликлинику по месту жительства. По поводу «гриппа» ей было назначено лечение. Через 2 дня на фоне фебрильной температуры появилась сыпь пятнисто-папулезного характера: сначала на груди, животе, затем на верхних и нижних конечностях. Больная вновь обратилась к врачу. Был поставлен диагноз краснухи (?), аллергического дерматита. Сыпь исчезла через 2 дня, без пигментации. Фебрильная температура держалась 2 недели. К концу 2-й недели больная заметила опухолевидное образование в затылочной области (3 см в диаметре). Она обратилась в онкодиспансер, где состояла на учете по поводу эутиреоидного зоба. Была назначена пункция. Перед проведением пункции больная сдала кровь на ВИЧ: от 10.05.00г. иммуноблот на ВИЧ оказался положительным.

2. Большой наркозависим. В марте 2000 г. лечился в наркологическом диспансере, анализы на ВИЧ отрицательные. 13.05.00 г. имело место внутривенное введение наркотиков, причем шприц без упаковки приобрел на «точке». Колоса один, ввел большую дозу, потерял сознание и был госпитализирован в городскую больницу по поводу острого экзотоксикоза. В конце мая отмечал повышение температуры до 38°C, но за медицинской помощью обратился только 02.06.00 г. с жалобами на боли в левой нижней конечности, парестезию; волочил ногу при ходьбе. До 20.06.00 г. его наблюдали различные специалисты в поликлинике по месту жительства по поводу невралгии седалищного нерва травматического генеза, лимфаденита подмышечных, паховых лимфоузлов. На ВИЧ не был обследован. В июле-августе 2000 г. на нижних конечностях и на лице появились пятнисто-папулезные высыпания, обращался в кожно-венерологический диспансер, этиология не была выявлена. В это же время появился жидкий стул 3—4 раза в сутки. ВИЧ-инфекция у дан-

ного молодого человека была обнаружена лишь в октябре 2000 г. при плановом обследовании в том же диспансере по поводу перенесенного в марте 2000 г. сифилиса.

На основании изложенного выше можно сделать следующие выводы:

1. В Казани и в большинстве районов РТ отмечается рост числа лиц со «свежими» заражениями ВИЧ. Возможное увеличение числа обращений в ЛПУ лиц в острой стадии ВИЧ-инфекции обязывает медицинских работников быть особенно бдительными в отношении этой инфекции и направлять больных на обследование при состояниях, подобных острой стадии ВИЧ-инфекции. К ним относятся, во-первых, лица из группы высокого риска заражения по ВИЧ-инфекции (лица, употребляющие наркотики внутривенно!!!); во-вторых, ведущие беспорядочную половую жизнь; в-третьих, те, у которых отмечается увеличение лимфоузлов до 1 см и более; в-четвертых, если инфекционные заболевания сопровождаются высыпаниями, увеличением лимфоузлов, особенно у лиц моложе 25—30 лет.

2. Значительное увеличение числа ВИЧ-инфицированных мужчин молодого возраста может вызвать закономерное выявление ВИЧ-инфицированных женщин с половым путем заражения.

Женщин обследуют в основном при постановке на учет во время беременности. Врачи должны знать, употребляли ли женщина или ее муж (!) наркотические вещества, обращать внимание на состояние лимфоузлов в течение всей беременности. При сомнительных ситуациях целесообразно повторять анализы на ВИЧ, не дожидаясь очередного срока обследования.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Покровский В.В., Ермак Т.Н., Беляева В.В., Юрин О.Г. ВИЧ-инфекция, клиника, диагностика и лечение. — М., 2000.

Поступила 18.07.01.

#### RETROSPECTIVE DIAGNOSIS OF ACUTE PHAS OF HIV-INFECTION

*D.K. Bashirova, I.M. Khaertynova, O.M. Romanenko, F.K. Sirazieva, E.A. Zamyatina*

#### Summary

*The retrospective analysis of case histories of HIV-infected persons is carried out. It is established that in 62 patients there were clinical manifestations of acute HIV-infection: lymphadenopathy (60%), fever (71,2%), eruption (6,5%), diarrhea (3%), herpetic infection (3%), body mass decrease (30%), neurologic symptomatology. The growth of the number of persons with "fresh" infections HIV is noted in Kazan and in most regions Tatarstan Republic. Expected increase of persons with acute stages of HIV infection taking medical advice demands being on guard of medical workers of various specialities.*

УДК 616.12 — 008.46

## ВОЗМОЖНОСТИ ЭХОКАРДИОГРАФИИ В ОЦЕНКЕ ТЯЖЕСТИ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ ИНФАРКТ МИОКАРДА

*В.Н. Фатенков, Ю.В. Шукин*

*Кафедра протедвической терапии (зав. — проф. В.Н. Фатенков) Самарского государственного медицинского университета*

Основной причиной развития сердечной недостаточности (СН) является ИБС, в том числе инфаркт миокарда [6, 10]. Присоединение СН ухудшает прогноз для жизни и уменьшает выживаемость больных [3, 4]. Наиболее часто трудности в постановке диагноза возникают на начальных стадиях СН. При оценке тяжести этого осложнения необходимы более полные сведения о деятельности сердца, включая данные

о биомеханике и структурно-функциональных изменениях [2]. Улучшению качества диагностики СН должно способствовать применение комплексных методов исследования, включая современные способы статистического анализа цифровой информации.

Цель работы — изучить диагностическое значение эхокардиографических показателей при оценке тяжести СН у больных после инфаркта миокарда и раз-