

ОСОБЕННОСТИ СИНДРОМА ЭКЗАНТЕМЫ ПРИ ОСТРОЙ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ

¹Сергеева И.В., ¹Тихонова Е.П., ¹Кузьмина Т.Ю., ¹Андропова Н.В., ¹Зотина Г.П.,
²Упирова А.А., ²Юрьев В.С.

¹ГБОУ ВПО «Красноярский государственный медицинский университет им. В.Ф. Войно-Ясенецкого» Министерства здравоохранения России, Красноярск, Россия (660022, Красноярск, ул. Партизана Железняка, 1), e-mail: rector@krasgmu.ru;

²КГБОУ «Красноярская межрайонная клиническая больница скорой медицинской помощи имени Н.С. Карповича», Россия, Красноярск (660062, Красноярск, ул. Курчатова, 17), e-mail: kmkbsmp@g-service.ru

Инфекция, вызываемая вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекция), финалом которой является развитие синдрома приобретенного иммунодефицита, в условиях нарастающей эпидемии стала реальностью, с которой все чаще приходится сталкиваться врачам любой специальности. В этой связи представляют интерес случаи выявления острой ВИЧ-инфекции, которые зачастую проходят мимо внимания медицинских работников. Целью работы было определить особенности течения синдрома экзантемы у больных с острой ВИЧ-инфекцией. Проанализированы 25 случаев острой ВИЧ-инфекции, изучены их эпидемиологические особенности, клинические проявления, критерии диагностики. Представлен сформированный в больнице комплексный клинико-лабораторный подход, в том числе перечень рекомендованных исследований с целью ранней диагностики острой ВИЧ-инфекции. Учитывая, что большинство пациентов с синдромом экзантемы поступают по направлению из поликлиник, то врачам поликлинической службы необходимо с настороженностью относиться к пациентам с лихорадкой в сочетании с сыпью, лимфаденопатией, а также с тромбоцитопенией, чтобы не пропустить ВИЧ-инфекцию, и назначать таким пациентам диагностику методом ИФА на наличие антител к ВИЧ-инфекции.

Ключевые слова: ВИЧ, инфекция, экзантема, больные.

FEATURES RASH SYNDROME IN ACUTE HIV-INFECTION

¹Sergeeva I.V., ¹Tihonova E.P., ¹Kuzmina T.Y., ¹Andronova N.V., ¹Zotina G.P.,
²Upirova A.A., ²Yuryev V.S.

¹Krasnoyarsk State Medical University. V.F. Voyno-Yasenetsky, Krasnoyarsk, Russia (660022, Krasnoyarsk, street Partizan Zheleznyaka, 1), e-mail: rector@krasgmu.ru;

²Krasnoyarsk Interdistrict Hospital ambulance behalf of N.S. Karpovich, Russia, Krasnoyarsk (660062, Krasnoyarsk, Kurchatov Str., 17), e-mail: kmkbsmp@g-service.ru

The infection caused by the human immunodeficiency virus (HIV), the final of which is the development of acquired immunodeficiency syndrome in the context of growing epidemic has become a reality, which increasingly face the doctor of any specialty. In this connection, of interest to identify cases of acute HIV infection, which often are overlooked by the medical staff. The goal was to determine the characteristics of the course exanthema syndrome in patients with acute HIV infection. Analyzed 25 cases of acute HIV infection, study their epidemiological features, clinical presentation, diagnostic criteria. Presented at the hospital formed a comprehensive clinical and laboratory approach, including a list of recommended investigations for early diagnosis of acute HIV infection. Given that most patients with the syndrome exanthema come towards from the clinics, the doctors of outpatient services must be wary of patients with fever, combined with a rash, lymphadenopathy, and thrombocytopenia, not to miss HIV infection and prescribe such patients diagnosis IFA for antibodies to HIV.

Keywords: HIV, infection, rash, ill.

Проблема ВИЧ-инфекции остается актуальной для мирового сообщества. Масштабы ее распространения имеют глобальный характер и представляют угрозу социально-экономическому развитию большинства стран в мире. ВИЧ-инфекция является одной из серьезных медицинских и социальных проблем, требующих эффективных мер как со стороны государственных структур здравоохранения, так и со стороны общественных

организаций и гражданского сообщества. ВИЧ-инфекцию в настоящее время официально регистрируют почти во всех странах мира. Установлено, что распространенность ВИЧ-инфекции крайне неравномерна в различных регионах, разных возрастных, социальных и профессиональных группах [1,2,5]. Наибольшее число ВИЧ-инфицированных проживает в Центральной Африке и на Карибских островах. В начале 80-х годов XX века максимальное количество случаев ВИЧ-инфекции регистрировали в Центральной Африке и в США, а к концу 2000 года в эпидемию были вовлечены уже все континенты. В России ВИЧ-инфекцию регистрируют с 1985 года, первоначально среди иностранцев, преимущественно выходцев из Африки, а с 1987 года – среди граждан СССР. С 2006 г. ВИЧ-инфекцию регистрируют во всех субъектах РФ [3,4].

На стадии острой ВИЧ-инфекции появляется первичный ответ организма на внедрение вируса в виде клинических проявлений и выработки вирусспецифических антител. У ряда пациентов эта стадия протекает бессимптомно, и первичный ответ выражен только продукцией антител. Симптоматическая острая ВИЧ-инфекция развивается примерно в 87% всех случаев заболевания [3,4]. По данным Schacker T. и соавторов, 95 % пациентов с острой ВИЧ-инфекцией обращаются в медицинские учреждения, но только у 1 из 4 диагностируется острая ВИЧ-инфекция. Клинические проявления острой ВИЧ-инфекции чаще всего регистрируются, как острый ретровирусный синдром разной степени тяжести с переменными проявлениями [4]. Первые признаки клинического синдрома острой ВИЧ-инфекции похожи на симптомы других вирусных инфекций. Результаты многочисленных исследований свидетельствуют о том, что клинические проявления возникают, как правило, от нескольких дней до нескольких недель от момента заражения [3,4].

Цель работы: оценить особенности течения у больных острой ВИЧ-инфекции с преобладанием синдрома экзантемы.

Материалы и методы: был проведен анализ 25 историй болезни пациентов, в возрасте от 17 до 55 лет, находившихся на стационарном лечении в инфекционном корпусе КМК БСМП им. Н.С. Карповича г. Красноярск с 2013-2015 гг. Диагноз подтвержден методом ИФА ВИЧ (лаборатория КМК БСМП им. Н.С. Карповича) и иммунным блотингом (Центр СПИД). При обследовании пациентов с острой ВИЧ-инфекцией мы использовали клиничко-anamnestические данные, серологический тест на ВИЧ-инфекцию, клинические наблюдения и инструментальные исследования.

Результаты исследования: анализируя истории болезни мы разделили всех пациентов на 3 группы в зависимости от возраста. 1 группа (2 пациента – 8%) – возраст от 17 до 20 лет, 2 группа (16 пациентов – 64%) – возраст от 20 до 35 лет, 3 группа (7 пациентов – 28%) – возраст от 35 лет до 55 лет.

Среди обследуемых – 11 женщин в возрасте от 17 до 55 лет (44%), 14 мужчин в возрасте от 19 до 52 лет (56%).

В большинстве случаев пациенты поступали в инфекционный корпус по направлению из поликлиник г. Красноярска (16 пациентов – 64%), остальные были доставлены бригадой СМП (6 пациентов – 24%), и только 3 пациента (12%) обратились самостоятельно.

Общими симптомами при поступлении в стационар были: лихорадка, повышенная утомляемость, ночное потоотделение, головная боль, сыпь на теле, першение и / или болезненность при глотании, лимфоаденопатия. Эти проявления наблюдались у пациентов в различных сочетаниях.

При направлении в стационар были выставлены следующие диагнозы:

1. ОРВИ (24%), лихорадка неясного генеза (20%)
2. ОРВИ+токсикодермия (20%)
3. Менингит (16%)
4. Кишечный иерсиниоз (8%)
5. Герпетическая инфекция (8%)
6. Вирусный гепатит (4%)

Следует отметить, что с диагнозом ВИЧ-инфекция не поступил ни один пациент. Из-за сходства проявлений острой ВИЧ-инфекции с симптомами распространенных инфекционных заболеваний эта стадия заболевания остается нераспознанной, больные нередко проходят лечение амбулаторно или вообще не обращаются за медицинской помощью, оставаясь без необходимого медицинского наблюдения и лечения.

Длительность болезни на момент поступления варьировала от 1 дня до 9 дней. Чаще всего пациенты обращались за медицинской помощью на 3 день болезни (8 пациентов – 32%), на 4 день (5 пациентов – 20%), на 5 день (5 пациентов – 20%), на 2 день (4 пациента – 16%), на 9 день (2 пациент – 8%), на 7 день (1 пациент – 4%).

Длительность госпитализации была от 3 суток (4%) до 21 суток (12%), наиболее часто длительность госпитализации составляла – 7 дней (64%).

Наиболее часто при поступлении отмечались:

1. Гипертермия+лимфоаденопатия+сыпь (32%)
2. Гипертермия+сыпь (24%)
3. Гипертермия+лимфоаденопатия (16%)
4. Гипертермия+лимфоаденопатия+гепатомегалия+сыпь (16%)
5. Гипертермия+сыпь+гепатомегалия (4%)
6. Гипертермия (4%)
7. Гипертермия+гепатомегалия (4%)

Среди особенностей эпидемиологического анамнеза мы выявили следующие факторы риска, которые способствовали инфицированию ВИЧ:

1. 36% (9 пациентов) – парентеральное употребление наркотиков в течение 1-10 лет;
2. 20% (5 пациентов) – незащищенные половые связи, частая смена половых партнеров;
3. 16% (4 пациента) – пребывали в местах лишения свободы;
4. 16% (4 пациента) – нанесение татуировок в домашних условиях, на отдыхе, в тату-салонах;
5. 8% (2 пациента) – сожительство с больными ВИЧ-инфекцией в течение 3-5 лет;
6. 4% (1 пациент) – оперативные вмешательства.

При обращении в инфекционный корпус у 11 пациентов (44%) отмечалась пятнисто-папулезная сыпь, у 5 пациентов (20%) – крупнопятнистая сыпь, у 3 пациентов (12%) – папулезная сыпь. Размер элементов сыпи был различны: от 3-4 мм до 4 см в диаметре. Локализация сыпи была преимущественно на лице, груди, верхних конечностях, реже по всему туловищу и нижних конечностях. Следует отметить, что у 6 пациентов (24%) сыпь при поступлении не была выявлена, она появилась на 2-3 день пребывания в стационаре.

В среднем экзантема сохранялась 5-6 суток. У 21 пациента (84%) сыпь исчезла через пигментацию, у 4 пациентов (16%) после исчезновения сыпи отмечалось шелушение. Следует отметить и прогностические проявления острой ВИЧ-инфекции, на которые врачи поликлинической службы не обратили внимание: у 7 (28%) пациентов, направленных из поликлиник города, лихорадочный синдром+экзантема сопровождалась энантемой (язвенные поражения ротовой полости) на фоне тонзиллита.

В РАК были выявлены следующие особенности: тромбоцитопения (76%), лимфоцитоз (52%), лейкопения+тромбоцитопения+лимфоцитоз (52%), анемия (48%), лимфопения (44%). Иммунный статус сделали только 4 пациентам (16%), это связано с тем, что пациенты поступали в стадии острой ВИЧ-инфекции, находились на койке малое количество дней, поэтому сделать иммунный статус не представлялось возможным. Из 4 иммунограмм выявлено: снижение CD4 (222 клетки) было у 1 пациента, а вот повышение CD8 – у 2 пациентов (2745 и 2364), у 1 пациента нарушений в иммунном статусе не выявлены.

При анализе проводимой терапии выявлено, что 23 пациента (92%) получали сочетание антибактериальной терапии с симптоматической терапией, и только у 2 пациентов (8%) была назначена симптоматическая терапия.

Приводим клинический пример:

Больная Н., 25 лет, имеющая беспорядочные, незащищенные половые связи, заболела остро 19 сентября 2014 года. Появились жалобы на слабость, чувство жара, боли в горле при глотании. Самостоятельное лечение жаропонижающими препаратами и полоскание горла

раствором ромашки эффекта не дали. 23 сентября бригадой СМП доставлена в инфекционное отделение КМК БСМП им. Н.С. Карповича г. Красноярск. При поступлении: состояние средней степени тяжести, вялая, температура тела 38,9°C, на лице, туловище и конечностях обильная пятнисто-папулезная сыпь, элементы округлой формы, размером 1-3 см в диаметре, не сливающиеся между собой, не сопровождающиеся кожным зудом. В зеве – гиперемия, гипертрофия миндалин до I степени, наложений нет. Лимфоаденопатия: подчелюстные, шейные, подмышечные и паховые лимфоузлы увеличены до 1-1,5 см, мягкоэластичные, чувствительные, не спаяны с окружающими тканями. Аускультативных изменений в легких не диагностировано. Больной был выставлен предварительный клинический диагноз: ОРВИ, токсикодермия, начато лечение. В ОАК от 23 сентября 2014 года: лейкопения ($3,2 \times 10^9/\text{л}$) тромбоцитопения ($72 \times 10^9/\text{л}$), лимфоцитоз (44%). 26 сентября 2014 года получен положительный результат ИФА на ВИЧ. Это позволило в совокупности с клиническими и эпидемиологическими данными диагностировать острую ВИЧ-инфекцию. Приведенный пример демонстрирует возможности раннего выявления острой ВИЧ-инфекции при достаточном учёте эпидемиологических, клинических данных и лабораторных показателей.

Выводы:

1. Большинство пациентов с острой ВИЧ-инфекцией госпитализированы в инфекционные отделения по направлению из поликлиник (64%).
2. Наиболее частый диагноз при поступлении – гипертермия+лимфоаденопатия+сыпь (32%) и гипертермия+сыпь (24%).
3. В РАК у 76% пациентов выявлена тромбоцитопения.
4. По прежнему диагностика ВИЧ-инфекции на догоспитальном этапе представляет определенные сложности (ни в одном случае при госпитализации в инфекционное отделение КМК БСМП им. Н.С. Карповича г. Красноярск не была заподозрена ВИЧ-инфекция), что, скорее всего, связано с отсутствием настороженности в отношении ВИЧ-инфекции, отсюда – недооценка эпидемиологического анамнеза и, возможно, недостаточное знание клинических проявлений острой ВИЧ-инфекции.
5. Врачи поликлинической службы, а также стационаров различного уровня должны с настороженностью относиться к пациентам с лихорадкой в сочетании с сыпью, лимфаденопатией, а также с тромбоцитопенией, чтобы не пропустить ВИЧ-инфекцию. Назначать таким пациентам диагностику методом ИФА на наличие антител к ВИЧ-инфекции.

Список литературы

1. Бовина И.Б. Особенности социальных представлений о ВИЧ и ВИЧ-инфицированных. Коллективная защита перед лицом коллективной угрозы / И.Б. Бовина, Т.Б. Панова // Вестник Таганрогского института управления и экономики.- 2010.- № 2.- С. 55-62.
2. Бовина И.Б. ВИЧ-инфекция и ВИЧ-инфицированные: Особенности социальных представлений в двух возрастных группах / И.Б. Бовина, Т.Б. Панова, Н.Г. Малышева // Психология и право.- 2012.- № 1.- С. 110-120.
3. Леванович В.В. ВИЧ-инфекция на рубеже веков. Руководство для врачей всех специальностей / В.В. Леванович, В.Н. Тимченко. – Издательство Н-Л, 2013.- 496 с.
4. Покровский В.В. ВИЧ-инфекция и СПИД. Национальное руководство / В.В. Покровский. – ГЭОТАР-Медиа, 2013. – 630 с.
5. Турсунов Р.А. Влияние ВИЧ-инфекции на качество жизни людей, живущих с ВИЧ/СПИД / Р.А. Турсунов // Вестник Авиценны.- 2013.- № 1 (54).- С. 138-148.

Рецензенты:

Мартынова Г.П., д.м.н., профессор, заведующая кафедрой инфекционных болезней с курсом ПО Красноярского государственного медицинского университета им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого, г. Красноярск;

Винник Ю.С., д.м.н., профессор, заведующий кафедрой общей хирургии Красноярского государственного медицинского университета им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого, г. Красноярск.