

Рябинкова С. И.

ДВУХСТОРОННЕЕ ПОРАЖЕНИЕ ЛЕГКИХ КАК ПЕРВОЕ КЛИНИЧЕСКОЕ ПРОЯВЛЕНИЕ ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННОСТИ ПАЦИЕНТА

Научный руководитель канд. мед. наук, доц. Шелихов В. Г.

Кафедра госпитальной терапии и клинической фармакологии

Кемеровского государственного медицинского университета, г. Кемерово

Актуальность. Кемеровская область занимает лидирующее положение по распространенности и заболеваемости ВИЧ-инфекцией. Особенностью области на сегодняшний день является поражение среднего возраста, преимущественная передача инфекции половым путем, более раннее присоединение осложнений. Особенно это касается лиц, отказывающихся принимать специфическую терапию.

Цель: проанализировать течение легочной патологии, развившейся у Вич-инфицированного больного, отказавшегося от специфической терапии.

Материалы и методы. История болезни больного, находившегося в областной клинической больнице скорой медицинской помощи г. Кемерово 12.02. - 22.02 2019 года.

Результаты и обсуждение. У пациента Б., 40 лет при обследовании 5 лет назад выявлен на фоне полного здоровья ВИЧ-инфекция, предложена высокоактивная антиретровирусная терапия, от которой он категорически отказался. С августа 2018 г. отмечалось повышение температуры до 37,4° раза 2 в неделю, сопровождающееся ознобами. С 10.01.2019 года субфебрилитет отмечался ежедневно, появилась и стала усиливаться смешанная одышка в покое. Лечащему врачу о ВИЧ инфицированности не сообщил. При осмотре состояние тяжелое, обусловлено выраженной дыхательной недостаточностью, интоксикационным синдромом. В общем анализе крови: лейкоц. 9,1x10⁹/л, преимущественно сегментоядерные нейтрофилы (85%), ускорение СОЭ до 43 мм/час. МСКТ от 07.02. 2019 г. – двухстороннее интерстициальное затемнение легочной ткани по типу матового стекла. Выставлен предварительный диагноз – интерстициальная пневмония, бронхолит. Несмотря на проводимое лечение, в т.ч. левофлоксацином состояние больного прогрессивно ухудшалось и больной направлен в областную клиническую больницу скорой медицинской помощи с жалобами на повышение температуры до 38,5о, смешанную одышку, резко усилившуюся в последние дни до состояния удушья, выраженную слабость. При обследовании гиперемия кожных покровов, повышение температуры до 38,5о, редкий сухой кашель, укорочение легочного звука над легкими с обеих сторон, резко ослабленное везикулярное дыхание, тахикардия до 100 уд/мин. Параклиника: РН крови 7,51; рСО₂ - 30,8 мм Нг; рО₂ – 61,2 ммНг; НСО₃-act – 24,2 ммоль/л; НСО₃- std – 26,3 ммоль/л; sO₂ – 93,8%. Общий белок 71 г/л; альбумины – 40,73%; альфа 1 глобулины – 5,37%; альфа 2 глобулины – 12,45%; бета глобулины – 20,77%; гамма глобулины – 20,67%. Глюкоза – 6,9%; гаммаглутамилтрансфераза – 158 U/L. Показатели гуморального иммунитета повышены: сывороточный Jg G – 23,1 МЕ/мл; сывороточный Jg M - 20 МЕ/мл, сывороточный Jg A – 4,2 МЕ/мл. Спирография – крайне резкое снижение бронхиальной проходимости по обструктивному типу (ОФВ₁ – 15, индекс Тиффно – 31). Общий анализ мокроты: слизисто-гнойная, вязкая, лейкоциты – большое количество. Применение в составе комплексной терапии глюкокортикостероидов в средней терапевтической дозе несколько снизили дыхательную недостаточность, увеличили активность больного. Консультация инфекциониста: ВИЧ 4В, прогрессирование, без высокоактивной антиретровирусной терапии, стадия вторичных заболеваний. Осложнение основного заболевания: двухсторонняя пневмония тяжелой степени, бронхолит, дыхательная недостаточность 2-3. Больной переведен для дальнейшего лечения в инфекционную больницу.

Выводы. 1. Всем больным, поступающим в терапевтические отделения области необходимо в обязательном порядке проводить исследование на ВИЧ. 2. Отсутствие специфической терапии способствует риску летальных исходов через 5-6 лет после заражения.