

Тұжырым
АИТВ ЖӘНЕ ТҮБІРКУЛЕЗ ҚОС ПАТОЛОГИЯСЫ БАР НАУҚАСТАҒЫ АЛҒА ДАМУШЫ
МУЛЬТИФОКАЛЬДЫ ЛЕЙКОЭНЦЕФАЛОПАТИЯНЫҢ ДАМУ ЖАҒДАЙЫ
Л.В. Проскура

Павлодар облыстық ЖҚТБ-ның алдын алу және оған қарсы күрес орталығы

Бізбен көрсетілген ЖИТС-пен ауратын науқастағы айқын имунтапшылығы тұсындағы өлімге әкелетін жедел алға дамушы мультифокальды лейкоэнцефалопатия жағдайы өңделмеген спецификалық алдын алу және этиотропты емдеу әдістері бар берілген патологияның бір ғана алдын алу тәсілі ретіндегі ретровирусқа қарсы терапияны өз уақытында қабылдау қажеттілігін дәлелдейді.

Негізгі сөздер: ЖИТС-пен ауратын науқас, алға дамушы мультифокальды лейкоэнцефалопатия, ретровирусқа қарсы терапия.

Summary
THE CASE OF PROGRESSING MULTIFOCAL LEUKAENCEPHALOPATHY
IN PATIENT WITH CO-INFECTION AIDS AND TUBERCULOSIS
L.V. Proskura

Pavlodar regional centre for prevention and control of AIDS

We have demonstrated the AIDS patient who has the example of quickly progressing multifocal leukaencephalopathy with the lethal outcome on a background of the expressed immunodeficiency. This case confirms an indispensability of duly antiretroviral therapies, as the unique way of struggle against the given pathology with undeveloped methods of specific preventive maintenance and treatments acting directly on the virus that causes the disease.

Key words: AIDS patient, progressing multifocal leukaencephalopathy, antiretroviral therapies.

УДК 616.5-008.3-616.9-097

М.Е. Сорокина

Павлодарский областной центр по профилактике и борьбе со СПИДом, г. Павлодар

СЛУЧАЙ БАЦИЛЛЯРНОГО АНГИОМАТОЗА У ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННОГО ПАЦИЕНТА

Аннотация

В статье рассмотрен случай течения бациллярного ангиоматоза с летальным исходом на фоне выраженного иммунодефицита у больного СПИДом. Атипичность клинической симптоматики и неблагоприятное течение болезни без адекватной этиотропной терапии является достаточным основанием для включения диагностики бартонеллез в схему мониторинга при иммунодефицитных состояниях в Республике Казахстан.

Ключевые слова: бациллярный ангиоматоз, больной СПИДом, иммунодефицит

Бациллярный ангиоматоз (БА) — инфекционное псевдонеопластическое заболевание бартонеллезной этиологии, характеризующееся длительной бактериемией, персистирующей лихорадкой, пролиферативными изменениями сосудов кожи, лимфатических узлов, костей и внутренних органов [1].

Впервые БА был описан в 1983 г. в США у ВИЧ-инфицированного пациента. В 1987 г. зарегистрировано еще 6 больных СПИДом с необычными кожными папулами и узелками. Системный характер заболевания стал очевиден после обнаружения на аутопсии узелков в гортани, желудочно-кишечном тракте, брюшине и диафрагме. Заболевание получило название эпителиоидный, а впоследствии бациллярный ангиоматоз. Возбудители были идентифицированы позже: в 1990 г. — *Bartonella henselae* (возбудитель болезни кошачьей царапины) и в 1992 г. — *B. quintana* (возбудитель окопной лихорадки) [2].

Этиология. Представители рода *Bartonella* являются факультативными внутриклеточными бактериями, относящимися к альфа-2-протеобактериям, филогенетически схожими с родом *Brucella* [3].

Эпидемиология. *Quintana*-инфекция ассоциируется с антисанитарными условиями, в которых проживает бездомное население, и передается через инфицированные фекалии платяной вши, втираемые при расче-

сывании в место укуса. Также к категории риска относятся лица с хроническим алкоголизмом, недоеданием, инъекционной наркоманией. Человек является естественным резервуаром *B. quintana*, а учитывая возможность хронической бактериемии с внутриэритроцитарной локализацией бартонелл, существует потенциал для гемоконтактной передачи [4]. Бациллярный ангиоматоз встречается почти исключительно у больных ВИЧ-инфекцией на стадии СПИДа, обычно с числом лимфоцитов CD4 менее 200 в 1 мкм крови. У таких больных наблюдается снижение способности к формированию гранулем в ответ на большинство антигенов. В отсутствие гранулематозной реакции (характерной для болезни кошачьей царапины) наблюдается интенсивное разрастание богато васкуляризированной грануляционной ткани [1, 5].

Морфологическую основу болезни составляет аномальная очаговая пролиферация микрокапилляров, отграниченных увеличенными выпуклыми, кубическими или полигональными широкоцитоплазменными эндотелиальными клетками, с или без признаков цитологической атипичности. Воспалительная инфильтрация носит смешанный характер (лимфоцитарно-нейтрофильный) с лейкоцитоклазисом и очаговым некрозом [6 - 9].

Инкубационный период неизвестен, предполагается, что он может продолжаться от нескольких недель до

нескольких месяцев. Бациллярный ангиоматоз поражает кожу и/или внутренние органы и может сопровождаться общими явлениями — лихорадкой, недомоганием, похудением, иногда развивается бартонеллезный сепсис [7].

Приводим клинический случай из нашей практики. Пациент К.Т.Б., 1966 г.р. Заболел в начале 2012 г. с подъёма температуры до фебрильных цифр и появления на коже тела единичных мелких сферических красно-фиолетовыми папул, которые постепенно увеличивались в размере. В феврале 2012 г. обратился в ПМСП, откуда был направлен участковым терапевтом на консультацию в Областной кожно-венерологический диспансер (ОКВД) и Областной онкологический диспансер (ООД) с подозрением на саркому Капоши. В ООД дважды (12.03.2012 г. и 29.03.2012 г.) была произведена пункционная биопсия поражённого участка кожи с проведением гистологического исследования.

Заключение: внутридермальный фиброматоз, гистиоцитарный, гемосидерический вариант. При обращении в ООД, был протестирован на ВИЧ по клиническим показаниям, результаты в ИФА на ВИЧ оказались положительными и подтверждены иммунным блотом в референс-лаборатории РЦ СПИД 13.03.2012 г. 16.04.2012 г. пациент был госпитализирован в стационар ОКВД с клиническим диагнозом «ВИЧ-инфекция, IV клиническая стадия. Распространённая эпидемическая саркома Капоши». При поступлении пациент предъявлял жалобы на высыпания на коже тела, слабость, недомогание, повышение температуры тела, необъяснимую потерю веса в течение последних трёх месяцев с 78 до 65 кг. На момент госпитализации состояние пациента было расценено как средней тяжести за счёт выраженного интоксикационного синдрома. В ротовой полости твёрдое нёбо, дёсны верхнего и нижнего рядов синюшного цвета. У основания зубов дёсны местами гиперемированы, отёчны, с гнойным налётом. На дорсальной поверхности тела языка справа синюшное пятно диаметром до 1,0 см. На коже затылочной области волосистой части головы – единичные, лица, шеи, туловища – множественные, гибательной поверхности дистальной трети правого предплечья – два, свода левой стопы – два, проксимальных фаланг IV пальцев стоп очаги в виде узелковых и опухолевидных образований овальных, местами полициклических очертаний, различных размеров от 1,0 см. до опухолевидных конгломератов размерами 5,0х4,0 см., полушаровидных форм, возвышающихся над кожей, от красновато-синюшного до тёмно-бурого цвета. Отмечается увеличение периферических лимфатических узлов: подче-

люстные, передние и заднешейные, надключичные, передние бедренные – с фасоль, подмышечные – с грецкий орех, паховые - от размеров горошины до грецкого ореха, слегка болезненные при пальпации, тестоватой консистенции, подвижные, не спаянные между собой и окружающей тканью, кожа над ними не изменена. Со стороны внутренних органов – без патологии. Лабораторные и инструментальные методы исследования: ультразвуковое исследование (УЗИ) органов брюшной полости – умеренная гепатомегалия, спленомегалия, умеренные диффузные изменения паренхимы печени, поджелудочной железы; рентгенография лёгких в двух проекциях – усиление легочного рисунка с обеих сторон, корни уплотнены, малоструктурны; СД4 259 клеток/мкл; в общем анализе крови – тромбоцитопения (68,0х10⁹), сдвиг лейкоформулы влево, ускорение СОЭ (75 мм/час); в биохимическом анализе крови – увеличение тимоловой пробы до 11,5 мккат/л и щелочной фосфатазы в 10 раз; вирусная нагрузка – 208000 копий/мл. Проводилось патогенетическое и симптоматическое лечение, с 19.04.2012 г. была назначена антиретровирусная терапия (АРТ) по схеме 1-го ряда: AZT+3TC+LPV/r.

19.04.2012 г. пациент был проконсультирован врачом-фтизиатром. По назначению фтизиатра 20.04.2012 г. произведена пункционная биопсия шейного лимфоузла справа. Патологогистологическое заключение биопсии шейного лимфоузла №1210-1211/2 от 27.04.2012 г. – туберкулёзный лимфаденит, в связи с чем, пациент был переведен на лечение во внелегочное отделение Областного противотуберкулёзного диспансера (ОПТД), где был взят на лечение по 1 категории DOTS. При переводе пациент предъявлял жалобы на общую слабость, повышение температуры до 39°, одышку при высокой температуре, снижение аппетита, бессонницу. Объективно при поступлении: состояние средней степени тяжести за счёт интоксикации, в сознании, контактен. На коже лица и туловища опухолевидные образования коричневого цвета, возвышающиеся над кожей. На коже щёк – множественные телеангиэктазии. На дорсальной поверхности тела языка справа синюшное пятно диаметром до 2,0 см. в диаметре. Периферические лимфоузлы (шейные, надключичные, подмышечные, паховые) увеличены от размеров «горошины» до «грецкого ореха». В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧДД 24/мин. Тоны сердца ритмичные, ясные, ЧСС 79/мин., АД 100/60 мм.рт.ст. Пальпация живота безболезненна. Приводим лабораторные данные пациента в динамике за время пребывания в ОПТД.

Таблица 1.

Общий анализ крови.

Дата	Нв	Эрит.	Тромб.	Ht	Лейк.	п	с	э	б	м	л	СОЭ
28.04.12	90	3,04	43	27	5,1	10	62	0	0	6	22	65
06.05.12	62	2,09	130	18	5,4	6	64	2	0	6	22	77

Таблица 2.

Биохимический анализ крови.

Дата	об.белок	мочевина	креат.	глюкоза	АлТ	АсТ	билир.об.	тимол.пр.	диастаза
28.04.12	66,4	5,36	85,9	5,72	3,3	11,4	10,2	6,3	11,7
06.05.12	46,2	23,25	342,5	5,50	11,5	30,8	18,0	4,9	-

Таблица 3.

Общий анализ мочи.

Дата	цвет	прозр.	уд.вес	белок	пл.эпителий	лейкоциты	эритроциты
28.04.12	желт.	прозр.	1025	0,165	1-2	3-4	0
06.05.12	желт.	с/мутн.	1025	0,33	0-1	6-10	0

Анализ мазка мокроты на микобактерии туберкулёза от 2.2.3/05 – 2012 г. отрицательные.

УЗИ органов брюшной полости и почек от 02.05.2012 г.: портальная гипертензия, гепатоспленомегалия, диффузные изменения печени, селезёнки. Образование в левой доле печени (киста?). Диффузные изменения в паренхиме обеих почек. Гипоплазия правой почки.

Обзорная рентгенограмма органов грудной клетки и томограмма 10-11 см. от 02.05.2012 г.: легочной рисунок усилен, корни уплотнены, малоструктурны, положительный симптом тускнения бронхов.

Во время пребывания больного в стационаре, несмотря на проводимую терапию, состояние его прогрессивно ухудшалось, нарастали симптомы интоксикации, отмечалась лихорадка постоянного типа до 40°. 02.05.2012 г. пациент переведен в палату интенсивной терапии. 06.05.2012 г. в 11-35 ч. пациент стал предъявлять жалобы на интенсивные боли в эпигастриальной области. Острая хирургическая патология была исключена ургентным хирургом. 06.05.2012 г. на фоне нестабильной гемодинамики, тахикардии в 19-00 ч. произошла остановка сердечной деятельности. Проводимый комплекс реанимационных мероприятий – без эффекта и в 19-30 ч. была констатирована биологическая смерть больного.

Патологоанатомическое исследование: на коже головы, шеи, грудной клетки определяются множественные, на правом предплечье и левой стопе – единичные, узелковые и опухолевидные образования коричневого цвета, овальной или неправильной формы, размером от 1,0 до 4,0x5,0 см., возвышающиеся над поверхностью кожи. Пищевод проходим, на слизистой оболочке – очаговые образования темно-коричневого цвета, неправильной формы до 2,0x3,0 см., мягко-эластичной консистенции. На слизистой оболочке желудка множество очагов темно-коричневого цвета, неправильной формы, размером 1,0x2,0 см. При гистологическом исследовании – картина бациллярного ангиоматоза кожи, пищевода, желудка, признаки эрозивного гастрита, эзофагита. Сердце массой 280,0 г, дряблое. Полости сердца расширены. Микроскопические признаки острой дистрофии миокарда в виде атрофии и очаговой фрагментации мышечных волокон. Увеличение лимфатических узлов: паратрахеальных и бифуркационных до 2,5x1,0 см., шейных – до 1,0 см. в диаметре, подмышечных – до 1,0x1,5 см. На разрезе лимфоузлы серого цвета. При

гистологическом исследовании – резко выраженное лимфоцитарное опустошение с атрофией фолликулов.

Таким образом, учитывая зарегистрированный и представленный нами случай течения бациллярного ангиоматоза с летальным исходом на фоне выраженного иммунодефицита у больного СПИДом, атипичность клинической симптоматики и неблагоприятное течение болезни без адекватной этиотропной терапии, целесообразным является включение диагностики бартонеллез в схему мониторинга при иммунодефицитных состояниях в Республике. Внедрение диагностики бациллярного ангиоматоза в работу лечебно-профилактических учреждений будет способствовать повышению уровня расшифровки заболевания, эффективности лечения, предотвращению осложнений и, как следствие, инвалидности и смертности.

Литература:

1. Koehler J. E. Bartonella-associated infections in HIV-infected patients // *AIDS Clinical Care*. - 1995. - Vol. 7, № 12. - P. 97-102.
2. Jacomo V., Kelly P. J., Raoult D. Natural History of Bartonella Infections (an Exception to Koch's Postulate) // *Clin. Diagn. Lab. Immunol.* - 2002. - Vol. 9. - P. 8-18.
3. Kyme P., Dillon B., Iredell J. Phase variation in *Bartonella henselae* // *Microbiology*. - 2003. - Vol. 149 (3). - P. 621-629.
4. Epidemiology bacillary angiomatosis and bacillary peliosis / J. W. Tappero, J. Mohle-Boetani, J. E. Koehler et al. // *JAMA*. - 1993. - Vol. 269. - P. 770-775.
5. Resto-Ruiz S., Burgess A., Anderson B. E. Role host immune response in pathogenesis *Bartonella henselae* // *DNA Cell Biol.* - 2003. - Vol. 22. - P. 431-440.
6. Webster G. F., Cockerell C. J., Friedman-Kien A. E. Clinical spectrum bacillary angiomatosis // *Br. J. Dermatol.* - 1992. - Vol. 126. - P. 535-541.
7. Intracerebral bacillary angiomatosis in a patient infected with human immunodeficiency virus / D. H. Spach, L. A. Panther, D. R. Thorning et al. // *Ann. Intern. Med.* - 1992. - Vol. 116. - P. 740-742.
8. Козько В. Н., Бондаренко А. В., Кацапов Д. В. Диагностика бартонеллезной инфекции у ВИП-инфицированных осіб: Інформаційний лист про нововведення в системі охорони здоров'я № 259 // *Інфекц. та паразитарні хвороби*.— 2009. - Вип. 9. - 4 с.
9. Рациональна антибіотикотерапія бартонеллезу / А. В. Бондаренко, С. І. Похил, В. М. Козько та ін. // *Інфекц. хвороби*. - 2007. - № 2. - С. 80-86.

Тұжырым

АИТВ-ЖҰҚПАСЫ БАР ПАЦИЕНТЕРДЕГІ БАЦИЛЛЯРЛЫ АНГИОМАТОЗ ЖАҒДАЙЫ

М.Е. Сорокина

Павлодар облыстық ЖҚТБ-ның алдын алу және оған қарсы күрес орталығы

Мақалада ЖИТС-пен ауратын науқастағы айқын иммунтапшылығы тұсында өлім-жітімге әкелетін бациллярлы ангиоматоз ағымы жағдайы қарастырылған. Клиникалық симптоматика атипичтілігі мен аурудың сәйкес этиотроптық терапиясыз қолайсыз ағымы Қазақстан Республикасындағы иммунтапшылығы жағдайлары кезіндегі мониторингілеу сызбасына бартонеллез диагностикасын енгізу үшін жеткілікті негіздеме болып табылады.

Негізгі сөздер: бациллярлы ангиоматоз, ЖИТС-пен ауратын науқас, иммунтапшылығы.

Summary

THE CASE OF BACILLARY ANGIOMATOSIS IN PATIENT WITH AIDS

M.Ye. Sorokina

Pavlodar regional centre for prevention and control of AIDS

The case of fatal bacillary angiomatosis on the background of immunodeficiency in patient with AIDS is observed. Authors suggest that atypical clinical symptoms and adverse course of the disease in the absence of adequate causal treatment are sufficient for inclusion of bartonellosis in the diagnostic monitoring scheme for patients with immunodeficiency disorders in the Republic of Kazakhstan.

Key words: bacillary angiomatosis, patient with AIDS, immunodeficiency.