

В описанном наблюдении имел место случай редкой склерозирующей болезни — множественного фиброза. Ретроперитонеальное развитие фиброза привело к обструктивной нефропатии с развитием двустороннего уретерогидронефроза и терминальной хронической почечной недостаточности. Развитие фиброза в средостении и фиброза перикарда проявилось клиническими признаками экссудативного и

констриктивного перикардита, фиброзом проводящей системы сердца с развитием синдрома слабости синусного узла и внутривентрикулярной блокады. Наблюдалось также развитие фиброза парааортально, параорбитально, перипортально. К сожалению, диагноз был установлен слишком поздно для того, чтобы можно было рассчитывать на успех иммуносупрессивной и противофиброзной терапии.

#### Сведения об авторах:

**Омская государственная медицинская академия.**

*Кафедра госпитальной терапии с курсом эндокринологии*

Морова Наталия Александровна — д-р мед. наук, проф. кафедры; e-mail: nataliya-morova@yandex.ru

Совалкин Валерий Иванович — д-р мед. наук, проф., зав. кафедрой; e-mail: vsovalkin@mail.ru

Кокухина Наталья Сергеевна — врач-интерн кафедры.

*Кафедра лучевой диагностики*

Игнатьев Юрий Тимофеевич — д-р мед. наук, проф., зав. кафедрой.

**Омская областная клиническая больница**

Павлов Алексей Вячеславович — врач-патологоанатом патолого-анатомического отделения.

Кропотина Татьяна Владимировна — зам. главного врача.

Цеханович Валерий Николаевич — д-р мед. наук, зав. кардиохирургическим отделением.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. **Kamisawa T., Funata N., Hayashi Y.** et al. Close relationship between autoimmune pancreatitis and multifocal fibrosclerosis. *Gut*. 2003; 52: 683—7.
2. **Kamisawa T., Nakajima H., Egawa N.** et al. IgG4-related sclerosing disease incorporating sclerosing pancreatitis, cholangitis, sialadenitis and retroperitoneal fibrosis with lymphadenopathy. *Pancreatol*. 2006; 6: 132—7.
3. **Kamisawa T., Okamoto A.** IgG4-related sclerosing disease. *World J. Gastroenterol*. 2008; 14(25): 3948—55.
4. **Ильченко А.А.** Иммуноглобулин G4-ассоциированные заболевания органов пищеварения — новая проблема в гастроэнтерологии. Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. 2009; 4: 58—75.
5. **Stone J.H., Yoh Zen, Deshpande V.** IgG4-related disease. *N. Engl. J. Med*. 2012; 366: 539—51. February 9, 2012 DOI: 10.1056/NEJMr1104650.
6. **Duffy Th.P.** An anatomy lesson. *N. Engl. J. Med*. 1994; 331: 318—20. August 4, 1994 DOI: 10.1056/NEJM199408043310509.

#### REFERENCES

1. **Kamisawa T., Funata N., Hayashi Y.** et al. Close relationship between autoimmune pancreatitis and multifocal fibrosclerosis. *Gut*. 2003; 52: 683—7.
2. **Kamisawa T., Nakajima H., Egawa N.** et al. IgG4-related sclerosing disease incorporating sclerosing pancreatitis, cholangitis, sialadenitis and retroperitoneal fibrosis with lymphadenopathy. *Pancreatol* 2006; 6: 132-7.
3. **Kamisawa T., Okamoto A.** IgG4-related sclerosing disease. *World J Gastroenterol* 2008 July 7; 14(25): 3948—55.
4. **Pchenko A.A.** Immunoglobulin G4-associated diseases of the digestive system — a new problem in gastroenterology. *Experimental'naya i klinicheskaya gastroenterologiya*. 2009;4;75—58 (in Russian).
5. **Stone J.N., Yoh Zen, Deshpande V.** IgG4-Related Disease. *N. Engl. J. Med*. 2012; 366:539-551 February 9, 2012 DOI: 10.1056/NEJMr1104650.
6. **Duffy Th. P.** An Anatomy Lesson. *N. Engl. J. Med*. 1994; 331:318-320 August 4, 1994 DOI: 10.1056/NEJM199408043310509.

Поступила 22.03.13

© А.А. СОРОКИНА, Б.П. БОГОМОЛОВ, 2013

УДК 616.31-002-02:616.98:578.828.6]-092:612.017.1.064

## ВИЧ-ИНФЕКЦИЯ У БОЛЬНОГО С НАПРАВИТЕЛЬНЫМ ДИАГНОЗОМ АНГИНА

*А.А. Сорочкина, Б.П. Богомолов*

ФГБУ «Центральная клиническая больница с поликлиникой» Управления делами Президента Российской Федерации, Москва

*Представлено клиническое наблюдение ВИЧ-инфекции с развитием волосистой лейкоплакии языка и кандидоза полости рта у больного с направительным диагнозом «ангина» при отсутствии стоматологических жалоб. За время стоматологического лечения в инфекционном стационаре наметился регресс поражений слизистой оболочки рта, однако тяжелая пневмония, вызванная, вероятнее всего, специфическим возбудителем, прогрессировала.*

*Ключевые слова:* ВИЧ-инфекция; слизистая оболочка рта; волосистая лейкоплакия; кандидоз.

### HIV INFECTION IN A PATIENT WITH A REFERRAL DIAGNOSIS OF SORE THROAT

*А.А. Sorokina, B.P. Bogomolov*

Central Clinical Hospital with Polyclinic, General Management Department of Presidential Administration, Moscow, Russia

*HIV infection was documented in a patient with hairy leukoplakia and oral candidiasis who had the wrong referral diagnosis of sore throat in the absence of dental complaints. Dental treatment at an infectious hospital led to regression of oral mucosa lesions, but failed to arrest the progress of severe pneumonia presumably caused by a specific pathogen.*

*Key words:* HIV infection; oral mucosa; hairy leukoplakia; candidiasis.

Известно, что при ВИЧ-инфекции слизистая оболочка и органы полости рта вовлекаются в патологический процесс [1—4]. ВИЧ проникает в клетки эпителия слизистой оболочки рта (эпителиоциты, клетки Лангерганса и др.). Несмотря на то что содержание вируса в ротовой жидкости крайне мало, при повреждении кожных покровов рук инъекционными иглами, стоматологическими борами, эндодонтическим инструментарием резко возрастает риск заражения врача [5]. Стоматологи относятся к профессиональной группе риска.

Изменения в полости рта при ВИЧ-инфекции встречаются часто, поэтому имеют ценное диагностическое значение; иногда они являются ранними и единственными признаками заболевания.

Патология полости рта, связанная с ВИЧ-инфекцией, по данным разных авторов, присутствует у 30—80% ВИЧ-инфицированных [1—4]. Внимательная и квалифицированная оценка клинических изменений слизистой оболочки рта при подозрении на ВИЧ-инфекцию важна при установлении диагноза и для дифференциальной диагностики.

Приводим клиническое наблюдение.

Больной П., 31 год, находился в инфекционном отделении ЦКБП УД Президента РФ с 30.11. по 11.12.12. Поступил с жалобами на боль в горле при глотании, повышение температуры тела до 39°C с направительным диагнозом «лакунарная ангина». Считает себя больным с 21.11.12. По данным анамнеза, болезнь началась 21.11.12 остро с озноба, повышения температуры тела до 38°C, ломоты в мышцах и суставах, кашицеобразного стула. В течение 4 сут жалобы оставались прежними. 25.11.12 появилась боль в горле при глотании. Лечился самостоятельно. К врачу не обращался. В детстве бывали тяжелые ангины, подозревалась болезнь сердца.

При осмотре инфекционистом состояние больного средней тяжести. Температура тела 37,4°C, кожа чистая, без сыпи. В ротоглотке гиперемия слизистой оболочки, миндалины разрыхлены, гипертрофированы, покрыты творожистым налетом, легко снимающимся при поскабливании шпателем без кровоточивости; афты и эрозии на слизистой оболочке рта. Увеличены подчелюстные лимфатические узлы. Язык обложен густым белым налетом. Живот мягкий, безболезненный, стул кашицеобразный 1 раз в сутки. В легких дыхание жесткое, хрипы не выслушиваются, артериальное давление 95/60 мм рт. ст., частота сердечных сокращений 88 в минуту, пульс ритмичный. Другие органы и системы без видимой патологии.

Консультация стоматолога в день госпитализации (30.11.12): жалобы на общую слабость, повышение температуры тела. Состояние средней тяжести. В анамнезе рецидивирующий простой герпес губ с обострениями 1 раз в год. При внешнем осмотре конфигурация лица не изменена. Кожные покровы бледные. Подчелюстные лимфатические узлы увеличены до 1,5 см, безболезненные, плотной консистенции, подвижны. Височно-нижнечелюстной сустав без особенностей. Красная кайма губ эрозирована, покрыта прозрачными чешуйками. Слизистая оболочка рта и небных дужек отечна, ярко гиперемирована, разрыхлена, увлажнена. На щеках, деснах, небных дужках, миндалинах, язычке афты, эрозии округлой формы, покрытые фибринозными пленками; участки слизистой оболочки покрыты творожистым налетом в виде сливающихся бляшек, которые легко соскабливаются (рис. 1, см. вклейку). Пальпация околоушных и подчелюстных слюнных желез безболезненная, выводные протоки без изменений. Секрет желез чистый, в достаточном количестве. Язык ярко-розового цвета, влажный; на боковых поверхностях нечеткие отпечатки зубов; у корня покрыт серовато-коричневым налетом, легко снимающимся шпателем при поскабли-

вании. На правой боковой поверхности языка, в средней его трети и на кончике определяется безболезненное при пальпации белесоватое слегка приподнятое, нечетко ограниченное и не отслаивающееся мягкое утолщение слизистой оболочки. Поверхность очага шероховатая, «гофрированная», достигает 4 см (рис. 2, см. вклейку). Нитевидные сосочки сглажены. Тонус языка в норме. Вкус не изменен. Десны отечны, гиперемированы. Определяются обильные мягкие зубные отложения. Гигиена полости рта затруднена. Индекс КПУ зубов равен 2. Нуждается в протезировании зубов. Стоматологический диагноз: афтозный гингивостоматит; кандидоз полости рта; волосистая лейкоплакия языка.

Для уточнения диагноза рекомендованы анализ крови на ВИЧ, вирус Эпштейна—Барр, вирус простого герпеса 1 и 2, мазок из полости рта на *Candida albicans*. Информированное добровольное согласие больного на дообследование, включая анализ крови на ВИЧ, и лечение получено.

Назначены (местно): ротовые полоскания с раствором бензидамина (Тантум Верде) чередовать с раствором ротокана 3—4 раза в сутки; аппликации 5% раствора натрия тетрабората в глицерине на слизистую оболочку языка и щек 4 раза в сутки; 1% водный раствор колларгола 2 раза в сутки; масло шиповника на губы 3 раза в сутки в течение 10 дней; имудон по схеме. Даны рекомендации по гигиене полости рта и языка.

Повторный осмотр 11.12.12: общее состояние больного тяжелое. Лицо гиперемировано. Красная кайма губ сухая, стянутая, покрыта сероватыми пленками. Слизистая оболочка рта и небных дужек отечна, ярко гиперемирована, суховата. Эрозии на небных дужках, миндалинах, язычке стали меньше. Новых элементов не найдено. Изменения правой боковой половины языка и кончика прежние. Подчелюстные лимфатические узлы увеличены, безболезненные.

Общий анализ крови от 30.11.12: Нб 136,0 г/л, эр.  $5,29 \cdot 10^{12}/л$ , тр.  $235 \cdot 10^9/л$ , л.  $8,1 \cdot 10^9/л$ , н. 73%, п. 5%, с. 68%, э. 0%, б. 0%, лимф. 15%, мон. 12%; от 04.12.12: Нб 142 г/л, эр.  $5,43 \cdot 10^{12}/л$ , тр.  $263 \cdot 10^9/л$ , л.  $9,4 \cdot 10^9/л$ , н. 89%, п. 8%, с. 81%, э. 0%, б. 0%, лимф. 5%, мон. 6%.

Биохимический анализ крови от 01.12.12: аланинаминотрансфераза 68 МЕд/л, аспартатаминотрансфераза 29 МЕд/л, креатинфосфокиназа 620 МЕд/л, креатинфосфокиназа МВ 24 Ед/л, амилаза 81 МЕд/л, креатинин 93,2 мкмоль/л, мочевины 5,0 ммоль/л, глюкоза 4,4 ммоль/л, белок 76 г/л; от 04.12.12: аланинаминотрансфераза 27,6 МЕд/л, аспартатаминотрансфераза 112 МЕд/л, креатинфосфокиназа 1643 МЕд/л, креатинфосфокиназа МВ 29,9 Ед/л.

В сыворотке крови (от 01.12.12): суммарные антитела к микобактериям туберкулеза не обнаружены. Антитела к *Treponema pallidum* (Ig — иммуноглобулины классов G и M) — методом иммуноферментного анализа не обнаружены. С-реактивный белок — 44,5 мг/л; антистрептолизин О 29,7; антитела к миокарду не обнаружены. В мазках из зева от 01.12.12 обнаружены *Streptococcus viridans*  $1 \cdot 10^8$ , *Stafillococcus epidermidis*  $6 \cdot 10^6$ , *Enterobater spp.*  $1 \cdot 10^5$ , *Candida albicans*  $1 \cdot 10^4$ ; в мазке из зева и носа *Corynebacterium diphtheriae* не обнаружены. Посевы крови на стерильность дважды отрицательные.

Рентгенография органов грудной клетки (ОГК) от 01.12.12: правосторонняя нижнедолевая пневмония. Мультиспиральная компьютерная томография ОГК 04.12: интерстициальная полисегментарная инфильтрация обоих легких. Повторное исследование ОГК от 07.12.12: двусторонняя тотальная пневмония (резко отрицательная динамика при сравнении с результатами обследования от 01.12.12). Пульмонолог рекомендовал цитологическое исследование индуцированной мокро-

ты (бронхоальвеолярный лаваж с моноклональными антителами к *P. carinii*).

Проведена внутривенная дезинтоксикационная терапия, поэтапная антибактериальная терапия: цефатоксим по 1 г 4 раза в день в сутки внутримышечно + зитралит 500 мг 1 раз в сутки; цифран 400 мг внутривенно капельно 2 раза в сутки + метрогил 500 мг внутривенно капельно; меронем по 1 г 3 раза в день в сутки внутривенно капельно; бисептол 10 мл в физиологическом растворе 3 раза в сутки внутривенно капельно; флюконазол 150 мг 1 раз в сутки; дексазон внутривенно по схеме; ферменты, эубиотики,  $\beta$ -блокаторы, постоянная оксигенотерапия (3—4 л в минуту).

Исследование иммунного статуса от 07.12.12: выражены признаки иммунодефицита: при исследовании клеточного иммунитета: лейкоциты  $9,64 \cdot 10^9/\text{л}$ , лимфоциты 9%, лимфоциты  $0,868 \cdot 10^9/\text{л}$ , Т-лимфоциты (CD3+) 50%, Т-лимфоциты (CD3+)  $0,434 \cdot 10^9/\text{л}$ , В-лимфоциты (CD19+) 30%, В-лимфоциты (CD19+)  $0,26 \cdot 10^9/\text{л}$ . Основное фенотипирование: CD3+CD4+ — 1%, CD3+CD4+  $0,009 \cdot 10^9/\text{л}$ , CD3+CD8+ 40%, CD3+CD8+  $0,347 \cdot 10^9/\text{л}$ , регуляторный индекс № 1 (CD3+CD4+/CD3+CD8+) — 0%, фракция НК-клеток CD3-CD16-CD56+ — 3,7%, фракция НК-клеток CD3-CD16-CD56+ — 12,1%, фракция НК-клеток CD3-CD16+CD56- — 2,7%, НК-клетки CD3-/(CD16+CD56)+ — 18,5%, цитотоксические клетки (NKT-CD3+CD56+) — 6%. IgG 9,8 г/л, IgA 5,7 г/л, IgM 0,71 г/л, IgE 367 кЕ/л; постановка реагента для определения IgD прекращена, субкласс G1 6 г/л, суб-

класс G2 2,72 г/л, субкласс G3 0,91 г/л, субкласс G4 0,21 г/л.

Комбинированный тест на антигены и антитела к ВИЧ 1/2 от 01.12.12 положительный. Для контрольного исследования и получения окончательного результата биоматериал отправлен в ЦНИИ эпидемиологии Роспотребнадзора. 10.12.12 получен положительный ответ — ВИЧ 1/2-подтверждающий тест (линейный иммуноблот).

В процессе наблюдения и лечения воспалительные изменения слизистой оболочки ротоглотки регрессировали, но волосистая лейкоплакия языка сохранялась, продолжалась высокая лихорадка. Прогрессировала пневмония, появилась одышка, отрицательная динамика показателей кислотно-основного состояния (исследование от 10.12.12: pH 7,39, pCO<sub>2</sub> 31,5, pO<sub>2</sub> 37,3, SO<sub>2</sub> 62,9, HCO<sub>3</sub> 19,8, ABE — 4,7, SBE — 3,4).

Особенностью описанного наблюдения ВИЧ-инфекции является развитие волосистой лейкоплакии языка и кандидоза полости рта у больного с направительным диагнозом «ангина» при отсутствии стоматологических жалоб. За время лечения в инфекционном стационаре наметился регресс поражений слизистой оболочки рта, однако тяжелая пневмония, вызванная, вероятно всего, специфическим возбудителем (*Pneumocystis carinii*), прогрессировала.

Для дальнейшего обследования и лечения пациент переведен в Московский городской центр профилактики и борьбы со СПИДом.

#### Сведения об авторах:

Сорокина Анастасия Анатольевна — канд. мед. наук, врач-стоматолог инфекционных корпусов № 6—8 ФГБУ «ЦКБ с поликлиникой» УД Президента РФ; e-mail: sorokinastassia@mail.ru

Богомолов Борис Павлович — член-корр. РАМН, д-р мед. наук, проф., зам. главного инфекциониста ГМУ УД Президента РФ, научный руководитель по инфекционным болезням ФГБУ ЦКБП УД Президента РФ, зав. курсом инфекционных болезней факультета фундаментальной медицины МГУ имени М.В. Ломоносова.

#### ЛИТЕРАТУРА

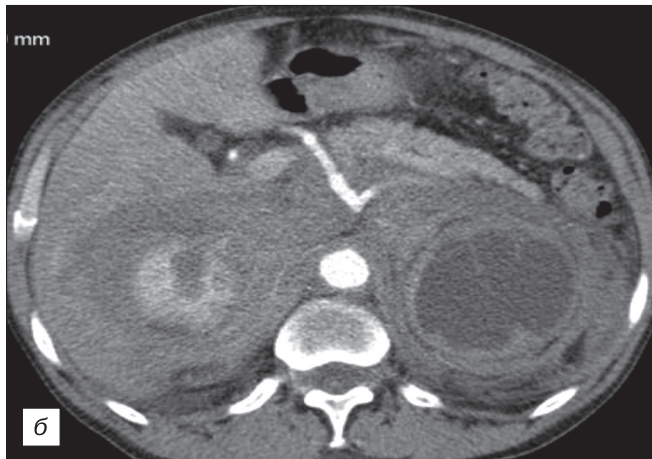
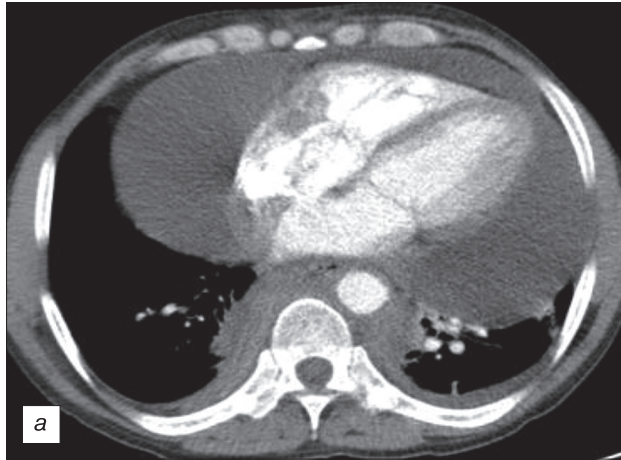
1. Токмаласев А.К., Кожевникова Г.М., ред. Инфекционные и паразитарные болезни у ВИЧ-позитивных лиц: Учебное пособие. М.: РУДН; 2012.
2. Покровский В.В. ВИЧ-инфекция и СПИД. М.: ГЕЛТР; 2006.
3. Бартлетт Дж., Галлант Дж., Фам П. Клинические аспекты ВИЧ-инфекции 2009—2010. Медицинская школа Университета Джонса Хопкинса. М.: Р. Валент; 2010.
4. Кожевникова Г.М., Голуб В.П., Вознесенский С.Л., Шатохин А.И., Половинкина Н.А., Барышева И.В. Клинические проявления инфекционных болезней в полости рта у больных ВИЧ-инфекцией: Учебное пособие М.: РУДН; 2013.
5. Тарасенко С.В., Рабинович С.А., Сохов С.Т., Мазус А.И., Бессараб Т.П., Шатохин А.И. Профилактика внутрибольничного инфицирования вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ) и вирусами парентеральных гепатитов в стоматологических учреждениях: Методические рекомендации. М.: МГМСУ; 2010.

#### REFERENCES

1. Infectious and parasitic diseases at HIV-positive persons: study guide. Under the editorship of: A.K. Tokmalaeva, G.M. Kozhevnikova. Moscow: RUDN; 2012 (in Russian).
2. Pokrovskiy V.V. HIV infection and AIDS. Moscow: GELTR; 2006 (in Russian).
3. Bartlett J., Gallant J., Fam P. Clinical aspects of HIV infection 2009—2010. Meditsinskaya shkola Universiteta Dzhonsa Khopkinsa. Moscow: R. Valent; 2010 (in Russian).
4. Kozhevnikova G.M., Golub V.P., Voznesenskiy S.L., Shatokhin A.I., Polovinkina N.A., Barysheva I.V. Clinical manifestations of infectious diseases in an oral cavity at sick HIV — an infection: study guide. Moscow: RUDN; 2013 (in Russian).
5. Tarasenko S.V., Rabinovich S.A., Sokhov S.T., Mazus A.I., Bessarab T.P., Shatokhin A.I. Prevention of intrahospital infection by the human immunodeficiency virus (HIV) and viruses of parenteral hepatitis in stomatologic establishments: Methodical recommendations. Moscow: MGMSU; 2010 (in Russian).

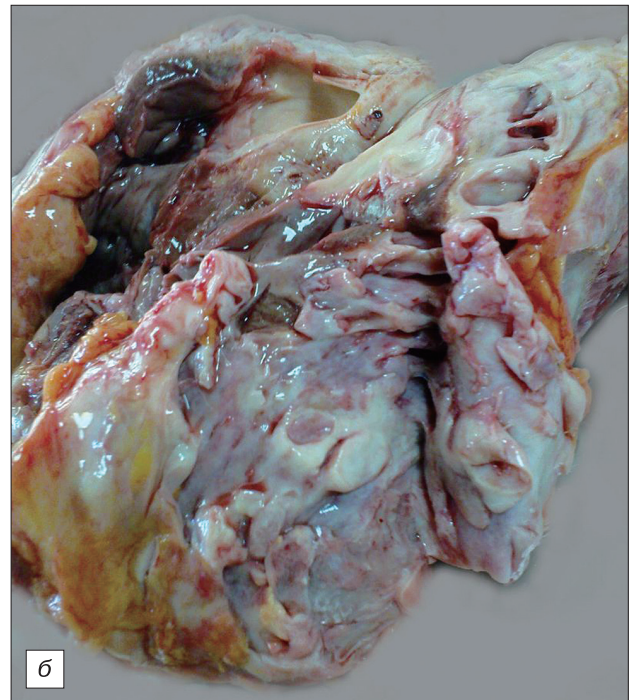
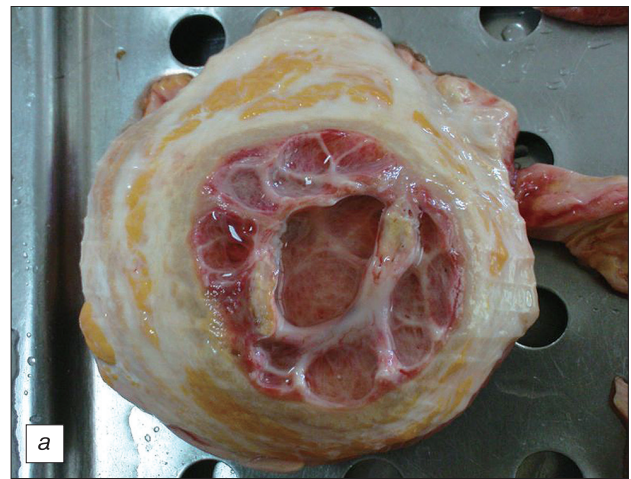
Поступила 22.07.13

К ст. Моровой Н.А.



**Рис. 1.** МСКТ-граммы органов брюшной полости с внутривенным болюсным усилением больного М.

а — в области нижнего этажа средостения массивные мягкотканые структуры, окружающие сердце; б — в забрюшинном пространстве массивные мягкотканые структуры, распространяющиеся диффузно по типу инфильтрации по всей паранефральной и забрюшинной клетчатке, охватывающие со всех сторон аорту, чревной ствол, почечные артерии с диффузным сужением их просвета; картина обструктивной уропатии, гидронефроза.



**Рис. 3.** Макропрепараты больного М.

а — субтотальное замещение паранефральной жировой клетчатки фиброзной тканью со сдавлением мочеточников, почек и развитием гидронефроза; б — массивный фиброз средостения с вовлечением крупных сосудов, листков перикарда и частичной облитерацией его полости.

К ст. Сорокиной А.А.

**Рис. 1.** Стomatит, кандидоз полости рта у больного П.

**Рис. 2.** Волосистая лейкоплакия языка у того же больного.

