

КАНДИДОЗНОЕ ПОРАЖЕНИЕ ГОЛОВНОГО МОЗГА НА ФОНЕ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ

И.М. Улюкин, М.А. Булыгин, Ю.И. Буланьков, Е.С. Орлова

ФГБВОУ ВО «Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова», Санкт-Петербург

CANDIDA BRAIN DAMAGE ON THE BACKGROUND OF HIV-INFECTION

I.M. Uliukin, M.A. Bulygin, Yu.I. Bulankov, E.S. Orlova

Military Medical Academy named after S.M. Kirov, Saint Petersburg, Russia

Представлен клинический случай бессимптомного начала ВИЧ-инфекции на фоне клинически выраженного остеохондроза и гипертонической болезни в отсутствие эпидемиологического анамнеза, и анализ научной литературы по проблеме. Важно отметить невысокий уровень вирусной нагрузки у больного, но в литературе имеются противоречивые сообщения о корреляции уровней вирусной РНК ВИЧ в ликворе у больных с неврологическими проявлениями. Обсуждена лечебно-диагностическая тактика в диагностически неясных случаях.

Ключевые слова: лица молодого возраста; ВИЧ-инфекция; кандидозный менингоэнцефалит; сложности диагностики и лечения.

A clinical case of the asymptomatic onset of HIV-infection on the background of clinically significant osteochondrosis and hypertension in the absence of an epidemiological history, and an analysis of the scientific literature on the problem are presented. It is important to note the low level of viral load in the patient, but there are conflicting reports in the literature about the correlation of levels of HIV viral RNA in the cerebrospinal fluid in patients with neurological manifestations. The treatment and diagnostic tactics in diagnostically unclear cases are discussed.

Keywords: young people; HIV-infection; candidal meningoencephalitis; diagnostic and treatment difficulties.

Введение. До 90 % пациентов, заболевающих сегодня СПИДом, не знают о том, что они ВИЧ-инфицированы [2]. *Candida glabrata* — второй патоген в роде *Candida* по распространенности после *Candida albicans* [6], который трудно поддается терапии (в 20 % случаев грибы резистентны к противогрибковым препаратам азольного ряда, которые являются золотым стандартом в лечении кандидозов), а летальность при этом заболевании составляет 50 % у лиц, страдающих злокачественными заболеваниями, и 100 % у реципиентов костного мозга.

Цель исследования — исследование случая бессимптомного начала ВИЧ-инфекции на фоне остеохондроза и гипертонической болезни.

Материалы и методы. Анализ клинического случая микотического ВИЧ-обусловленного менингоэнцефалита и анализ научной литературы по проблеме.

Результаты и обсуждение. Пациент NN, 42 лет, в течение последних 5–7 лет отмечал головные боли в височной и затылочной областях, слабость после психоэмоциональных

нагрузок, сопровождавшихся повышением артериального давления, гипотензивными препаратами пользовался нерегулярно. Настоящее ухудшение началось 28.10, когда после переохлаждения появились боли в шейном отделе позвоночника, усиливающиеся при движении, выраженные головные боли пульсирующего характера, усиливающиеся в горизонтальном положении, слабость, тошноту, отсутствие аппетита, повышение артериального давления до 180/110 мм рт. ст. Лечился амбулаторно с ухудшением в виде утяжеления головных болей и увеличения слабости. Сомнительные половые связи, внутривенное переливание крови, наркоманию отрицает. Госпитализирован 02.11 в терапевтическое отделение стационара по месту жительства с диагнозом «гипертоническая болезнь 2 стадии, артериальная гипертензия 2–3 степени», сопутствующее «остеохондроз шейного отдела позвоночника в стадии обострения с умеренно выраженным болевым и мышечно-тоническим синдромом».

При поступлении общие анализ и мочи без особенностей. В биохимическом анализе крови от 02.11 общий белок 101,1 г/л, сахар

6,86 ммоль/л, мочевины 5,09 ммоль/л, креатинина 81,6 мкмоль/л, билирубин общий 15,5, прямой 2,3 мкмоль/л, от 06.11 общий белок 89,6 г/л, сахар 5,81 ммоль/л, мочевины 5,22 ммоль/л, креатинина 89,6 мкмоль/л, билирубин общий 14,0, прямой 1,3 мкмоль/л. Кровь на RW от 06.11 отрицательна. ЭКГ, рентгенография ОГК, ППН от 02.11 без особенностей.

Получал лечение: режим, диета, энаприл, бисопролол, реланиум, диклофенак, фиксирующий воротник на шейный отдел позвоночника. На фоне начатой терапии в первые трое суток лечения АД в дневное время снижалось до 130/90 мм рт. ст., однако в вечернее время повышалось до 180/120 мм рт. ст. и длительно (более часа) не снижалось после приема каптоприла и внутривенного введения раствора магнезии сульфата 25 % — 10,0. В дальнейшем при утреннем изменении АД 180/110 мм рт. ст. при частоте ритмичного пульса 64–88 уд./мин. Для дальнейшего обследования и лечения больной 07.12 переведен в реанимационное отделение специализированного стационара в состоянии средней степени тяжести. С момента перевода у больного отмечена отрицательная динамика в виде нарастания общемозговой и очаговой симптоматики, при этом клиника поражения носила волнообразный характер. С периодами улучшения (ухудшения в течение суток).

В клиническом анализе крови от 07.11 Hb 143 г/л, тромбоциты $108 \cdot 10^3$ /л, СОЭ 14 мм/ч, Л 5,0 · 10⁶/л, от 17.11 — Hb 154 г/л, тромбоциты $204 \cdot 10^3$ /л, СОЭ 33 мм/ч, Л 5,2 · 10⁶/л, протромбиновый индекс 93,2 %, фибриноген 3,5 г/л, фибринолитическая активность 45 %, активированное парциальное тромбопластиновое время 24 сек. В анализе мочи от 12.11 споры грибов (++).

В анализах крови от 07.11, 08.11 методом иммуноблотинга при использовании тест-систем «КомбоБест-ВИЧ 1,2 Аг/Ат», «Имунокомб ВИЧ® 1+2 Биспот», «Имунокомб ВИЧ® 1+2 КомбФирм» выявлены белки ВИЧ gp120, gp41, p24. Количество копий РНК ВИЧ (вирусная нагрузка, ВН) от 15.11 составила 1400 копий в миллилитре плазмы крови. В иммунограмме от 12.11 количество CD4-лимфоцитов составило 1 % — 9 клеток, CD8-лимфоцитов — 76 % — 464 клетки. Вирусы гепатитов «В» и «С» от 13.11 не обнаружены. Результаты серодиагностики сифилиса и туберкулеза от 08.11, 12.11 отрицательные.

В анализе ликвора от 07.11, 08.11 глюкоза 1,2–1,4 ммоль/л, хлориды 116–115 моль/л,

белок 0,68–0,36 г/л, цитоз 4–7 клеток, споры грибов все поле зрения — споры грибов в капсуле, почкующиеся споры. Посев ликвора от 12.11 — рост дрожжеподобных грибов *Candida glabrata*.

На МРТ-картине головного мозга от 15.11 преобладали признаки менингита (не исключен венитрикулит), признаки энцефалита незначительные (только в области ножек мозга), выявлена киста прозрачной перегородки.

Рентгенограммы ОГК от 07.11 без особенностей. На ЭКГ от 07.11 без особенностей, пульс 68 уд./мин., от 09.11 ритм синусовый, пульс 74 уд./мин., политопная наджелудочковая экстрасистолия, умеренные изменения в миокарде.

В дополнение к проводимой начато лечение в соответствии с отечественными и международными рекомендациями [1, 3] — антиретровирусная (ретровир, эпивир, калетра) и антимикотическая терапия (флуконазол).

Несмотря на проводимую терапию, отмечена отрицательная динамика в неврологическом статусе, постепенное нарастание неврологического дефицита. Внезапное угнетение сознания до уровня комы I степени отмечено в 21.20 18.11, АД 60/40 мм рт. ст., ЧСС 110–120/мин, частота дыхательных движений 10/мин. Больной переведен на реанимационные мероприятия без эффекта, и в 23.30 зафиксирована его биологическая смерть. Непосредственной причиной смерти явился отек — набухание головного мозга.

Заключение. Настоящий клинический случай представляет практический интерес с точки зрения манифестирования микотического ВИЧ-обусловленного менингоэнцефалита на фоне клинически выраженного остеохондроза и гипертонической болезни в отсутствие эпидемиологического анамнеза. Важно отметить невысокий уровень ВН у больного, но в литературе имеются противоречивые сообщения о корреляции уровней вирусной РНК ВИЧ в ликворе у больных с неврологическими проявлениями [5]. Однако диагностические средства могут быть адекватно использованы только в том случае, если лечащий врач осведомлен о склонности пациентов к приобретению грибковой инфекции [6]. С целью повышения эффективности противокандидозной терапии для больных ВИЧ-инфекцией важно критически оценивать шаблонный подход к лечению кандидоза любой локализации препаратами азолового ряда [4].

Литература

1. Барлетт Дж., Галлант Дж., Фам П. Клинические аспекты ВИЧ-инфекции. — М.: Р. Валент, 2012. — 528 с.
2. ВИЧ 2014/2015 / Под ред. К. Хоффман, Ю.К. Рокштро. — Hamburg: Medizin Fokus Verlag, 2014. — 924 с.

3. Покровский В.В. Национальные рекомендации по диспансерному наблюдению и лечению больных ВИЧ-инфекцией. Клинический протокол / В.В. Покровский [и др.] // Эпидемиология и инфекционные болезни. Актуальные вопросы. – 2015. – № 6. – Приложение. – 120 с.
4. Филина Ю.С., и др. Влияние антимикотической терапии на видовой и штаммовый состав грибов рода *Candida* полости рта больных ВИЧ-инфекцией // Стоматология. – 2018. – Т. 97. – № 6. – С. 28–33.
5. Mathur AD, Devesh S. A Comparative Study of CSF Viral RNA Loads between HIV Positive Patients with Neurological Manifestations and Neurologically Asymptomatic HIV Patients. *J Assoc Physicians India*. 2017;65(8):14-17.
6. Roohani AH, Fatima N, Shameem M, et al. Comparing the profile of respiratory fungal pathogens amongst immunocompetent and immunocompromised hosts, their susceptibility pattern and correlation of various opportunistic respiratory fungal infections and their progression in relation to the CD4⁺T-cell counts. *Indian J. Med. Microbiol*. 2018;36(3):408-415.