

УДК 616.329-002

Клинический случай цитомегаловирусной инфекции пищевода

А. И. Долгушина¹, О. Б. Несмеянова², Г. М. Хусаинова^{1, 2}, А. О. Хихлова^{1, 2},
С. Ю. Белоусов², О. В. Соловьева², Н. А. Дмитриева², К. П. Ратушная²

¹ Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Южно-Уральский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Челябинск, Россия

² Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Челябинская областная клиническая больница», Челябинск, Россия

Clinical case of cytomegalovirus infection of the esophagus

A. I. Dolgushina¹, O. B. Nesmeyanova², G. M. Khusainova^{1, 2}, A. O. Khikhlova^{1, 2},
S. Y. Belousov², O. V. Soloveva², N. A. Dmitrieva², K. P. Ratushnaya²

¹ Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education "South-Urals State Medical University" of the Ministry of Healthcare of the Russian Federation, Chelyabinsk, Russia

² Chelyabinsk regional clinical hospital, Chelyabinsk, Russia

Аннотация. Цитомегаловирусная инфекция пищевода — редкое, но клинически значимое поражение пищевода, чаще встречающееся у лиц с иммуносупрессией. Продемонстрирован клинический случай пациента с генерализованной цитомегаловирусной инфекцией (ЦМВ) в практике врача-ревматолога. Диагноз установлен на основании эндоскопического исследования с биопсией и подтвержден методом полимеразной цепной реакции на ЦМВ. Пациенту была назначена противовирусная терапия с последующим клиническим улучшением. Обсуждаются клинические проявления, методы диагностики ЦМВ, важность своевременного выявления и дифференциальной диагностики данной инфекции.

Ключевые слова: ревматические заболевания; цитомегаловирусная инфекция; эзофагит; диагностика; эндоскопия.

Abstract. Cytomegalovirus infection of the esophagus is a rare but clinically significant lesion of the esophagus, more often found in immunocompromised individuals. This article presents a clinical case of a patient with generalized cytomegalovirus infection (CMV) in the practice of a rheumatologist. The diagnosis was established based on endoscopic examination with biopsy and confirmed by polymerase chain reaction for CMV. The patient was prescribed antiviral therapy with subsequent clinical improvement. The article discusses clinical manifestations, diagnostic methods for CMV, the importance of timely detection and differential diagnosis of this infection.

Keywords: rheumatic diseases; cytomegalovirus infection; esophagitis; diagnostics; endoscopy.

Актуальность. Проблема инфекционных заболеваний в ревматологии обсуждалась всегда (в качестве триггерного фактора для запуска ряда ревматических заболеваний, к примеру реактивного артрита). Врачи-ревматологи насторожены из-за коморбидной инфекции в связи с терапией иммуносупрессивными и генно-инженерными биологическими препаратами. Особняком стоит проблема клинических проявлений инфекций, имитирующих ревматические заболевания и усложняющих своевременную постановку диагноза в реальной клинической практике.

Клинический случай. Пациентка Л., 69 лет. *Анамнез заболевания.* В мае 2018 года впервые отметила появление эритематозных высыпаний сливного характера на коже лица и конечностей. Осмотрена дерматологом по месту жительства, установлен диагноз «дерматит неуточненный». Местное лечение без эффекта. В августе 2018 года появление язвенных дефектов на коже конечностей. Повторно осмотрена дерматологом, проводилась местная терапия, дипроспан внутримышечно № 2, без эффекта. В ноябре 2018 года впервые осмотрена ревматологом, выставлен диагноз «системный васкулит неуточненный», при обследовании: повышение С-реактивного белка 24 мг/л (норма до 6 мг/л), антитела к двуспиральной ДНК — отрицательные, антинуклеарный фактор (АНФ) на Нер2 клетках 1 : 640, анти-

нейтрофильные цитоплазматические антитела (АНЦА) IgG — отрицательные, криоглобулины, иммуноглобулины, циркулирующие иммунные комплексы — норма, ANA-профиль отрицательный. Назначен метилпреднизолон 12 мг в сутки, на этом фоне у пациентки увеличение язвенных дефектов на коже плеча. Осмотрена гнойным хирургом, диагноз «некротические язвы правого и левого плеча, абсцесс правого плеча». Доза метилпреднизолона снижена до 4 мг в сутки. Осмотрена фтизиатром — данных за туберкулез кожи нет. В январе 2019 года госпитализирована в ревматологическое отделение ГБУЗ «Челябинская областная клиническая больница», при обследовании данных за системный васкулит не выявлено, выписана с диагнозом «язвенно-некротический васкулит кожи». Осмотрена дерматологом, назначен метотрексат 15 мг в неделю в течение месяца. Состояние пациентки с положительной динамикой, высыпания купированы. В течение четырех лет удовлетворительное состояние, у специалистов не наблюдалась. Осенью 2023 года ухудшение состояния — рецидив эритематозной сыпи, увеличение лимфоузлов, боли при глотании. По месту жительства по данным эзофагогастродуоденоскопии (ЭГДС), колоноскопии, рентгенографии грудной клетки с целью онкоскрининга патологии не выявлено. В октябре 2023 года самостоятельно возобновила прием преднизолона 10 мг в сутки

и метотрексата 15 мг в неделю, без эффекта. В апреле 2024 года ухудшение состояния в виде усиления сыпи, появление стоматита, боли в горле при глотании. В мае 2024 года укус клеща, пациентка не привита, отметила высыпания в месте укуса и самостоятельно начала принимать антибактериальные препараты, на этом фоне лихорадка до 39°C в течение 3 недель. Госпитализирована в инфекционное отделение с диагнозом «иксодовый клещевой боррелиоз, средней степени тяжести». Проводилась антибактериальная терапия. Высыпания, нарушение глотания сохранялось, похудела на 15 кг. Осмотрена фтизиатром — данных за туберкулез нет. Маркеры ВИЧ-инфекции, гепатита В и С не выявлены. Осмотрена ревматологом, выставлен диагноз «смешанное заболевание соединительной ткани?» Рекомендован прием гидроксихлорохина 200 мг в сутки, преднизолона 5 мг в сутки. Пациентка амбулаторно самостоятельно в течение 2 недель внутримышечно вводила дексаметазон 8 мг в сутки. В июле 2024 года пациентка госпитализирована в ГБУЗ «Челябинская областная клиническая больница».

При объективном осмотре обращало на себя внима-

ние наличие эритематозных высыпаний на коже кистей, груди, шеи. Язвенных дефектов нет, слизистые чистые. ИМТ 18 кг/м². При лабораторном исследовании анемия (гемоглобин 116 г/л), повышение С-реактивного белка до 7,2 мг/л (при норме до 6 мг/л), антитела к двуспиральной ДНК, АНЦА IgG — отрицательные, антинуклеарный фактор на Her2 клетках 1 : 640, криоглобулины не выявлены, иммуноглобулины, циркулирующие иммунные комплексы — норма, ANA-профиль отрицательный.

Учитывая жалобы, пациентке выполнена ЭГДС. По задней стенке гортаноглотки выявлен обширный протяженный глубокий дефект слизистой оболочки оvoidной формы с экссудатом на поверхности (рисунок 1). По левому краю дна дефекта визуализированы неровные, аморфные грануляции, прикрытые налетом фибрина, по правому краю — плотный налет фибрина (рисунок 2). Края язвенного дефекта — ровные, гладкие, слизистая оболочка краев не изменена (рисунок 3). При эзофагоскопии в верхней трети на 24 см от резцов по левой стенке выявлен неглубокий продольный дефект слизистой до 0,5 × 0,2 см, с налетом фибрина, гранулирующими краями, с валом инфильтрации (рисунок 4).

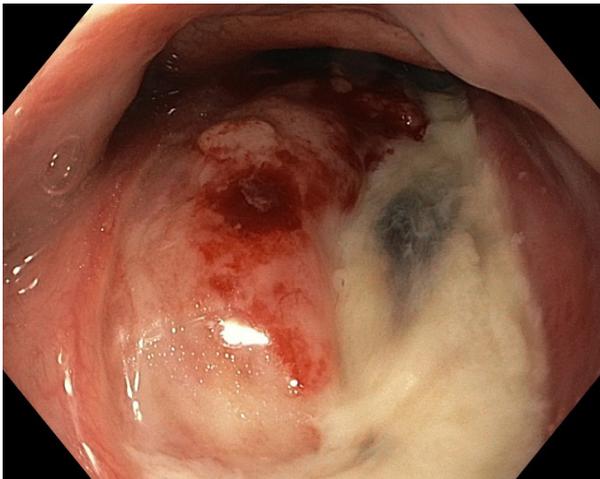


Рисунок 1. Глубокий язвенный дефект задней стенки гортаноглотки

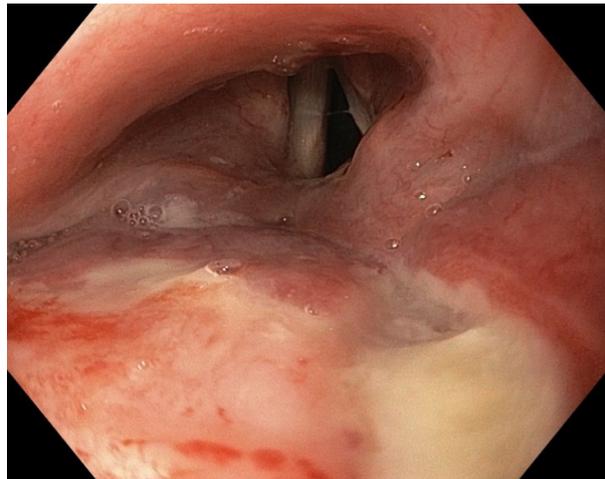


Рисунок 2. Нижний край язвы задней стенки гортаноглотки

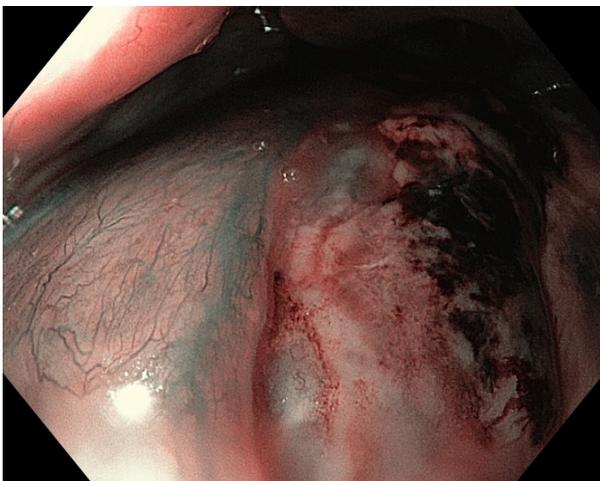


Рисунок 3. Визуализация неизменной слизистой оболочки краев язвенного дефекта (осмотр в режиме узкого спектра NBI)



Рисунок 4. Эпителизирующийся дефект слизистой верхней трети пищевода (осмотр в режиме узкого спектра NBI)

При исследовании желудка выявлено преобладание атрофических изменений слизистой оболочки тела. В луковице двенадцатиперстной кишки определялись множественные точечные плоские эрозии с налетом фибрина. Выполнена биопсия в дне язвенного дефекта гортаноглотки и фонового гастрита для морфологического исследования и ПЦР-диагностики.

По результатам гистологического исследования выявлены деструктивно-некротические изменения слизистой оболочки задней стенки носоглотки с признаками

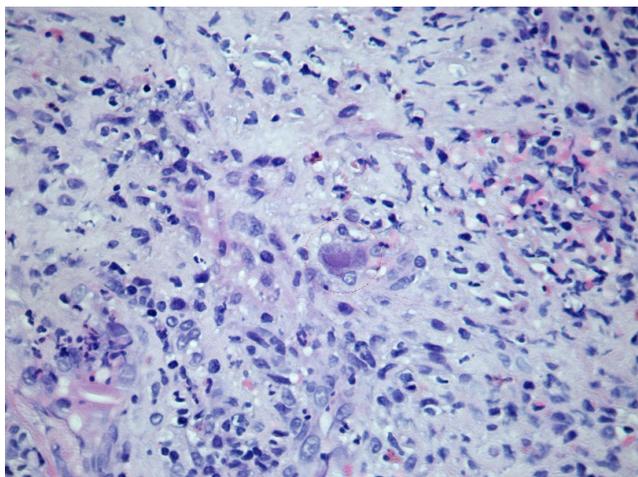


Рисунок 5. Микрофото. Слизистая оболочка гортаноглотки. Окраска гематоксилином и эозином. Цитомегалическая клетка с размытой цитоплазмой и гигантским пенистым эозинофильным четко отграниченным ядром, содержащим вирусные розовые включения

цитомегаловирусной инфекции — наличием крупных клеток с размытой цитоплазмой и гигантским пенистым эозинофильным четко отграниченным ядром, содержащим вирусные розовые включения (рисунки 5, 6), хронический выраженный атрофический неактивный гастрит тела с очаговой полной тонкокишечной метаплазией и умеренно выраженный диффузный неактивный гастрит антрального отдела без микробной обсемененности. При ПЦР-диагностике биоптата слизистой оболочки пищевода выявлена ДНК цитомегаловируса.

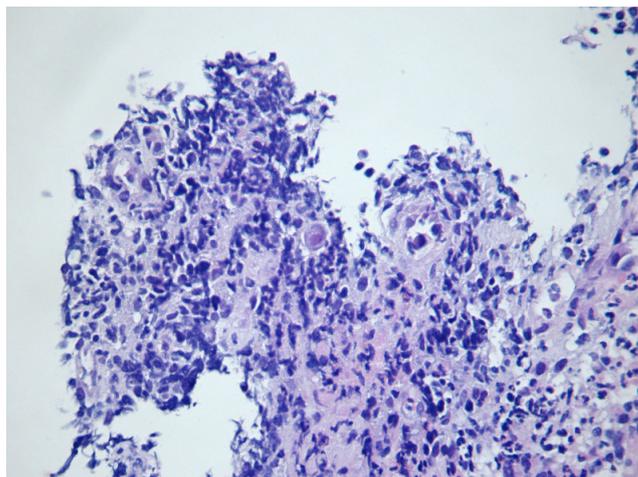


Рисунок 6. Микрофото. Слизистая оболочка гортаноглотки. Окраска гематоксилином и эозином. Цитомегалическая клетка с крупным ядром и вирусными включениями в окружении грануляционной ткани с воспалительным инфильтратом

С учетом данных гистологической картины взята кровь на вирусные инфекции: обнаружена ДНК цитомегаловируса методом ПЦР в режиме реального времени.

На основании клинических данных и результатов обследования пациентка осмотрена инфекционистом, выставлен диагноз «цитомегаловирусная инфекция средней степени тяжести, генерализованная форма

с поражением желудочно-кишечного тракта». Пациентка переведена в инфекционный центр для дальнейшего лечения. В октябре 2024 года пациентка повторно осмотрена ревматологом, отмечает купирование явлений дисфагии, высыпания не рецидивировали. В ноябре 2024 года проведен контроль ЭГДС, где выявлена полная эпителизация язвенного дефекта гортаноглотки и пищевода (рисунок 7).

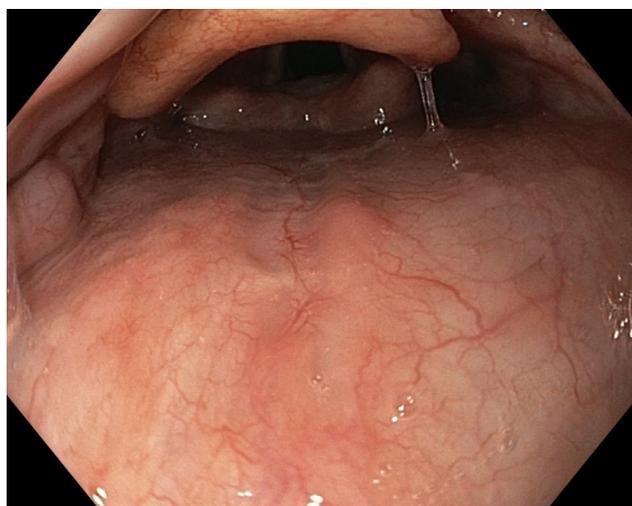


Рисунок 7. Полная эпителизация язвенного дефекта гортаноглотки

Обсуждение. Цитомегаловирус — условно-патогенный двухтяжевый ДНК-вирус подсемейства *Betaherpesvirinae* 5-го типа. Цитомегаловирусная инфекция может сопровождаться лихорадкой, интоксикацией, слабостью, миалгиями, лимфаденопатией, сиалоаденитом, гепатитом, язвами желудочно-кишечного тракта [1]. В настоящее время в своей рутинной практике мы часто вспоминаем о ЦМВ лишь у иммунокомпрометированных лиц, зная, что особенно тяжело протекает ЦМВ-инфекция у больных СПИДом и реципиентов при трансплантации органов. ЦМВ желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) является основной причиной заболеваемости и смертности у пациентов со сниженным иммунитетом [2]. Из всех отделов ЖКТ чаще всего встречается поражение толстой кишки, данные по поражению верхних отделов ограничены. S. Marques et al. (2017) при ретроспективном анализе карт за 10-летний период выявили 12 пациентов с ЦМВ верхних отделов ЖКТ, средний возраст составил (61 ± 18) лет, при этом у 3 (25 %) пациентов не выявлено ВИЧ-инфекции либо другой иммуносупрессии [3]. Клинически пациенты с ЦМВ-инфекцией ЖКТ могут жаловаться на дисфагию, тошноту, рвоту, боли в животе и потерю веса. Диагностика основана на данных эндоскопии и биопсии. С учетом отсутствия ВИЧ-инфекции, объективных причин

иммуносупрессии наличие ревматических симптомов в клинической картине ЦМВ может приводить к диагностическим ошибкам. Наличие ЦМВ-инфекции у пациентки в настоящем клиническом наблюдении не вызывает сомнения. Помимо общих клинических признаков ЦМВ, об этом свидетельствуют жалобы со стороны органов ЖКТ: признаки дисфагии, потеря массы тела. Эндоскопическая картина глубокой язвы «штампованного» вида с выраженным экссудатом на поверхности, четко очерченными краями на фоне неизменной слизистой оболочки также характерна для ЦМВ поражения. Сложность диагностики в данном случае обусловлена отсутствием сопутствующих заболеваний, связанных с иммуносупрессией, а также наличием симптомов, имитирующих ревматические заболевания. Наличие положительного АНФ у пациентки при отсутствии отрицательных маркеров системных заболеваний соединительной ткани и системных васкулитов можно объяснить частотой его встречаемости и в здоровой популяции в широких пределах от 1,1 до 20 % [4].

Заключение. Данный клинический случай демонстрирует многообразие клинических проявлений ЦМВ-инфекции, в том числе течение под маской ревматического заболевания, и ее регресс на фоне противовирусной терапии.

Прозрачность исследования. Исследование не имело спонсорской поддержки. Авторы несут полную ответственность за предоставление окончательной версии рукописи в печать.

Декларация о финансовых и других взаимоотношениях. Все авторы принимали участие в разработке концепции статьи и в написании рукописи. Окончательная версия рукописи была одобрена всеми авторами. Авторы не получили гонорара за статью.

Литература

1. Балабанова Р. М. Ревматические заболевания и вирусная инфекция: есть ли связь? // Современная ревматология. – 2020. – Т. 14, № 4. – С. 98–102.
2. Ozaki T. et al. Cytomegalovirus disease of the upper gastrointestinal tract in patients with rheumatic diseases: a case series and literature review // Clinical rheumatology. – 2013. – Т. 32. – С. 1683–1690.
3. Marques S. et al. Cytomegalovirus disease of the upper gastrointestinal tract: a 10-year retrospective study // GE-Portuguese Journal of Gastroenterology. – 2017. – Т. 24, № 6. – С. 262–268.
4. Криволапова И. М., Пашнина И. А., Черешнев В. А. Выявляемость антинуклеарного фактора у здоровых детей и взрослых // Российский иммунологический журнал. – 2019. – Т. 13, № 2-2. – С. 816–818.

Сведения об авторах

Долгушина Анастасия Ильинична, ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2569-1699>, д-р мед. наук, профессор, заведующий кафедрой госпитальной терапии ФГБОУ ВО ЮУГМУ Минздрава России
Адрес: 454092, г. Челябинск, ул. Воровского, 64; телефон 8 351 749-38-41; электронная почта dolgushinaai@yandex.ru

Несмеянова Ольга Борисовна, канд. мед. наук, врач-ревматолог, заведующий отделением ревматологии, ГБУЗ «Челябинская областная клиническая больница»
Электронная почта olganestmeyanova@mail.ru

Хусаинова Гузель Мидхатовна, ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5954-3112>, ассистент кафедры госпитальной терапии ФГБОУ ВО ЮУГМУ Минздрава России; врач-ревматолог отделения ревматологии ГБУЗ «Челябинская областная клиническая больница»
Электронная почта husainovagm@yandex.ru

Хихлова Алина Олеговна, ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6444-4573>, врач-эндоскопист отделения эндоскопии ГБУЗ «Челябинская областная клиническая больница»; ассистент кафедры госпитальной хирургии ФГБОУ ВО ЮУГМУ Минздрава России
Электронная почта alina_hihlova@mail.ru

Белоусов Станислав Юрьевич, ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8918-5010>, врач-патологоанатом отделения клинической патоморфологии, ГБУЗ «Челябинская областная клиническая больница»
Электронная почта nahtap@rambler.ru

Соловьева Оксана Викторовна, канд. мед. наук, врач-ревматолог отделения ревматологии, ГБУЗ «Челябинская областная клиническая больница»
Электронная почта sov74med@rambler.ru

Дмитриева Нина Александровна, врач-ревматолог отделения ревматологии, ГБУЗ «Челябинская областная клиническая больница»
Электронная почта have.idea@mail.ru

Ратушная Ксения Петровна, врач-ревматолог отделения ревматологии, ГБУЗ «Челябинская областная клиническая больница»
Электронная почта ksushik_chel@mail.ru

УДК 616.12-008.464

Сравнение частоты выявления хронической сердечной недостаточности с сохраненной фракцией выброса при использовании рекомендаций Российского кардиологического общества и при использовании шкалы HFA-PEFF в практике врача-терапевта

А. С. Павлова^{1, 2}, Е. А. Павлова¹, Е. С. Теше², Г. Ж. Хазарова², В. В. Доцкевич²

¹ Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Южно-Уральский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Челябинск, Россия

² ЧУЗ «КБ «РЖД-Медицина», Челябинск, Россия

Comparison of the chronic heart failure with preserved ejection fraction spread using the recommendations of the Russian Society of Cardiology and using the HFA-PEFF scale in therapy practice

A. S. Pavlova^{1, 2}, E. A. Pavlova¹, E. S. Teshe², G. Z. Hazarova², V. V. Dockevich²

¹ Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education "South-Urals State Medical University" of the Ministry of Healthcare of the Russian Federation, Chelyabinsk, Russia

² Clinical Hospital Russian Railways-Medicine, Chelyabinsk, Russia

Аннотация. Учитывая высокую распространенность хронической сердечной недостаточности (ХСН) и недостаточную чувствительность и специфичность диагностических тестов для ее верификации, медицинское сообщество вынуждено искать новые диагностические подходы и разрабатывать новые алгоритмы диагностики. **Цель исследования:** сравнение частоты выявления ХСН с сохраненной фракцией выброса при использовании рекомендаций РКО, одобренных научно-практическим советом Минздрава РФ, по хронической сердечной недостаточности 2024 года и при использовании шкалы HFA-PEFF, рекомендованной консенсусом Ассоциации по сердечной недостаточности Европейского общества кардиологов. **Материалы и методы исследования.** Проведено одномоментное исследование, в которое был включен 61 пациент, все пациенты, включенные в исследование, проходили обследование на базе ЧУЗ «КБ «РЖД-Медицина г. Челябинск». Средний возраст составил 52,7 года. В обследованной популяции преобладали лица мужского пола (88,5 % от общего количества обследованных пациентов). Критерием включения в исследование было наличие данных эхокардиографического исследования, электрокардиографии и стресс-эхокардиографии с оценкой диастолической функции в медицинской карте пациента. Критерием исключения было наличие в диагнозе хронической сердечной недостаточности с умеренно сниженной и сниженной фракцией выброса. Всем пациентам, включенным в исследование, в рамках эхокардиографического исследования проводилась оценка структурных и функциональных нарушений, ассоциирующихся с диастолической дисфункцией левого желудочка, на основании рекомендаций РКО, одобренных научно-практическим советом Минздрава РФ, по хронической сердечной недостаточности 2024 года; всем пациентам, включенным в исследование, также была произведена валидизация по шкале HFA-PEFF, рекомендованной консенсусом Ассоциации по сердечной недостаточности Европейского общества кардиологов, с целью верификации признаков ХСН с сохраненной фракцией выброса. **Результаты.** Нарушение диастолической функции согласно критериям рекомендаций Российского кардиологического общества было выявлено у 27,8 % (17) пациентов. В связи с тем, что у обследованных пациентов не было выявлено симптомов, связанных с сердечной недостаточностью, клинический диагноз ХСН не был выставлен. У 34,4 % (21) пациентов были выявлены объективные критерии по данным эхокардиографического исследования, позволяющие диа-