

616.988:612.017.1:616-008.844:355.253.1

ZÁCHYT POZITIVITY HIV U VOJÁKŮ ZÁKLADNÍ SLUŽBY

Pplk. MUDr. Jiří JANČÍK, plk. MUDr. Ivan HOŠEK, mjr. MUDr. Tomáš BRABEC
Interní oddělení vojenské nemocnice, Brno
(náčelník: plk. MUDr. Ivan Hošek)

Věnováno k 60. narozeninám plk. prof. MUDr. Vladimíra Pidrmana, DrSc.

Syndrom získaného selhání imunity – AIDS – je celosvětovým problémem současnosti. Dle údajů světové zdravotnické organizace bylo k 31. 12. 1989 registrováno celkem 203 599 nemocných. Největší počet postižených je hlášen v Americe, Africe, méně v Evropě, nejméně v Asii (7).

V ČSFR bylo k témuž datu zachyceno celkem 140 HIV pozitivních osob, z toho 17 klinicky manifestně nemocných (9).

Tato alarmující čísla a neschopnost účinně a masově toto onemocnění léčit vedly ke snaze infikované osoby včas podchyvat a preventivními opatřeními nákaze čelit.

Sdělení je reakcí na záchyt prvních 2 nemocných ve VN Brno, signalizující potřebu pevného začlenění tohoto syndromu do diferenciálně diagnostických rozvah ve vojenských nemocnicích.

Vlastní pozorování

V r. 1988 byla u 2 vojáků základní služby ve VN Brno zjištěna infekce virem HIV.

První nemocný, voják základní služby, narozený v roce 1969 byl vyšetřen na HIV pozitivitu na doporučení KHES z místa bydliště. V roce 1985 obdržel krevní transfúzi od dárce, u nějž bylo později zjištěno testem ELISA nosičství HIV. Přítomnost anti HIV protilátek byla verifikována konfirmačním vyšetřením v národní referenční laboratoři pro AIDS v Praze. Nemocný byl přezkoumán, propuštěn mimo vojenskou činnou službu a předán do péče pověřeného odborníka v oboru přenosných nemocí KÚNZ v místě trvalého bydliště.

Druhý nemocný, voják základní služby, narozený v roce 1967 byl hospitalizován na našem oddělení v srpnu 1988. V civilu pracoval jako číšník v západočeských lázních. Vojenskou základní službu nastoupil v říjnu 1986 a byl zařazen na funkci kuchař. Rodinná anamnéza bezvýznamná, v osobní anamnéze běžná dětská infekční onemocnění, jinak nebyl vážněji nemocen. Kouří 10–15 cigaret denně, abúzus alkoholu popírá, alergické projevy nepozoroval. Rok před hospitalizací zjistil zvětšené lymfatické uzliny velikosti višně na krku, 3 měsíce před přijetím se objevily zvětšené uzliny v zátylí, v tříslích i v obou axilách, asi 14 dnů před přijetím zvětšení uzlin preaurikulárně.

Při přijetí udává zvýšené pocení, jinak je bez subjektivních obtíží.

Objektivní nález: hmotnost 81 kg, výška 187. Zvětšené lymfatické uzliny krční, pre i retroaurikulární, inkuinální i v obou axilách, volně pohyblivé proti spodině, nebolestivé, nefixované, bez změn kůže v okolí. Játra 2 cm pod oblouk žeberní, jinak somatický nález v mezích normy.

Z provedených laboratorních vyšetření vyjímáme: FW 3/7, v moči chemicky: B opal, v sedimentu normální nález. Hemoglobin 155 g/l, erytrocyty $5,04 \cdot 10^{12}/l$, leukocyty 5,2 – opakovaně $3,9 \cdot 10^9/l$. V diferenciálním rozpočtu 36 % segmentů a 56 % lymfocytů a 6 % monocytů. Trombocyty 180 tisíc. V elektroforéze sérových bílkovin gamaglobuliny na horní hranici normy 15,53 g/l při normě 9–16 g/l. Kvantitativně pak lehké snížení IgA (1,27 g/l při normě 1,39–2,61 g/l), normální hodnoty IgG a IgM, negativní BWR, HBsAg, Paul-Bunnelova reakce. C-reaktivní protein méně než 10 mg/l, alfa-1-antitrypsin 2,88 g/l. Nebyly zjištěny odchylky v počtu T a B lymfocytů (56 % lymfocytů-T, 3 % lymfocytů-B). Z invazivních vyšetření provedena sternální punkce s fyziologickým nálezem v kostní dřeni, punkce uzliny s nálezem polymorfní aktivace lymfocytů hyperplastického typu, tedy obraz akutní až subakutní nespecifické lymfadenitidy. Sonograficky zjištěna lehká splenomegalie. Pozitivita HIV protilátek prokázána metodou ELISA na KHES a potvrzená konfirmačním testem v národní referenční laboratoři v Praze uzavřela naše diagnostické hledání. Při následném cíleném doplnění anamnézy pacient dozrává před nástupem základní služby homosexuální styky s pasivní rolí při kontaktu, a to i s cizinci.

Diskuse

Infekce lidského organismu virem HIV, vyvolávající ireverzibilní těžké poškození buněčného imunitního systému, je nyní jedním z nejzávažnějších zdravotnických problémů. V současnosti je používán klasifikační systém, který je založen na chronologii rozvoje infekce HIV a na přítomnosti nebo chybění specifických klinických příznaků (1, 2). Podle tohoto systému je infekce HIV dělena do 4 základních stadií označených I–IV.

I. stadium – akutní primární infekce s příznaky „lehčího chřipkového onemocnění“ nebo bez klinických příznaků.

II. stadium – asymptomatické, avšak s přítomností HIV protilátek v séru.

III. stadium – generalizované lymfadenopatie, pro níž není jiného vysvětlení. Lymfatické uzliny jsou zvětšeny na dvou a více místech mimo inguinální krajinu. Tato fáze infekce HIV je charakterizována histologickým nálezem reaktivní folikulární hyperplazie lymfatických uzlin s rozšířením germinálních center a s rozvojem choroby dochází postupně k destrukci folikulů lymfatických uzlin.

IV. stadium – plně rozvinutá infekce HIV. Člení se:

IV. A – s výskytem vysokých horeček a chronických průjmů trvajících více než 1 měsíc a s poklesem tělesné hmotnosti o více než 10 %

IV. B – s dominujícími neurologickými projevy – např.: demence, lokální abnormality způsobené migrací HIV do CNS nebo periferních nervů

IV. C – s těžkými oportunními infekcemi

IV. D – se sekundárním nádorovým onemocněním

IV. E – otevřená podskupina s netypickými projevy onemocnění, vyhrazena pro další poznatky.

Na základě této klasifikace a po zhodnocení anamnézy, klinického obrazu a výsledků laboratorních a pomocných vyšetření u našeho druhého nemocného považujeme za prokázané, že jsme jej zachytili ve III. stadiu, tj. stadiu perzistující generalizované lymfadenopatie.

U pacientů s infekcí HIV je popisováno mnoho klinických a laboratorních abnormalit. Hodnotíme-li základní klinická a laboratorní kritéria podle Allena (3) ve spojitosti s výskytem jednotlivých příznaků u našeho pacienta, zjišťujeme pozitivitu některých z nich. Naš nemocný neměl febrilie či subfebrilie, neudával ztrátu hmotnosti, neměl průjem, necítil zvýšenou únavnost. Udal zvýšené pocení, dominovala generalizovaná lymfadenopatie. Laboratoř neprokazuje anémii, leukopenii či trombocytopenii, nezjišťujeme ani výraznější vzestup sérových imunoglobulinů. Skutečnost, že v našem případě je splněno pouze několik z uznávaných kritérií pro diagnostiku AIDS, je v souladu s literárními údaji o pestrosti klinického obrazu onemocnění. Generalizovaná lymfadenopatie je však příznakem nejčastěji přítomným u naprosté většiny nemocných (3, 4, 5, 6).

Závěr

1. Infekce HIV se stala realitou i v ČSA a nutno s ní počítat u osob vyšetřovaných a léčených ve vojenských nemocnicích.

2. Nejčastějším symptomem onemocnění je generalizovaná lymfadenopatie. U ní je proto indikováno vy-

šetření HIV protilátek prioritně před ostatními vyšetřeními.

3. Nemocného s generalizovaným uzlinovým syndromem do vyloučení HIV infekce citovaným vyšetřením nutno považovat za potencionálně infekčního a při styku s ním dodržovat zásady stanovené závaznými opatřeními (8).

4. Anamnéza u těchto osob musí cíleně zjišťovat údaje o předchozích převodech krve či krevních derivátů, o pobytu v cizině (zejména dlouhodobém v endemických oblastech v posledních 10 letech), o i.v. používání drog i o sexuálním zaměření.

5. Převážnou většinu nemocných tvoří muži s maximem výskytu ve věku 20–40 let (4). Toto konstatování je aktuální pro rizikovost nemoci ve vojenských kolektivech.

Souhrn

Autoři ve sdělení upozorňují na záchyt HIV positivity u 2 vojáků základní služby ve vojenské nemocnici. Srovnávají klinický obraz se soudobou klasifikací onemocnění a doporučují postup u nejčastějšího obrazu onemocnění generalizované lymfadenopatie.

Literatura

1. CDC. Classification system for human T-lymphotropic virus type III (lymphadenopathy-associated virus infections). *Morbidity and Mortality Weekly Rep.*, 35, 1986, s. 334–339.
2. KAMÍNKOVÁ, J. – HAVLÍK, J.: Patofyziologie infekce u HIV. *Prakt. Lék.*, 68, 1988, č. 19, s. 701–704.
3. RICHTER, J. aj.: AIDS, EB virus a uzlinový syndrom. *Prakt. Lék.*, 68, 1988, č. 1, s. 17–20.
4. STAŇKOVÁ, M.: První zkušenosti s HIV pozitivními pacienty v Praze. *Prakt. Lék.*, 68, 1988, č. 13, s. 488–490.
5. STAŇKOVÁ, M.: První úmrtí na AIDS v Čechách. *Prakt. Lék.*, 69, 1989, č. 2, s. 57–59.
6. ŠERÝ, V.: AIDS – současnost a budoucnost. *Prakt. Lék.*, 66, 1986, č. 15/16, s. 563–565.
7. *Wkly Epidem. Rec. – Relevé épidém. Hebdomadaire*, 1990, 65, s. 1–4.
8. Závazné metodické opatření NZS ČSLA č. 1 (1988 – postup na úseku prevence AIDS).
9. Zpráva MZSV ČSR zn. HEM-370-9.1.1990: Epidemiologická situace ve výskytu HIV infekce a AIDS v ČSR.

Klíčová slova: AIDS; Generalizovaná lymfadenopatie.