

Vilniaus universitetas  
Medicinos fakultetas

▲

▼

**STUDENTŲ  
MOKSLINĖS VEIKLOS  
LXXV  
KONFERENCIJA**

▲

▲

Vilnius, 2023 m. gegužės 15–19 d.  
**PRANEŠIMŲ TEZĖS**

*Leidinį sudarė VU MF Mokslo specialistė  
dr. Simona KILDIENĖ*

#### Mokslo komitetas:

Prof. dr. (HP) Janina Tutkuvienė  
Doc. dr. Agnė Kirkliauskienė  
Prof. dr. Vaiva Hendrixson  
Doc. dr. Jurgita Stasiūnienė  
Prof. dr. Nomedas Rima Valevičienė  
Prof. dr. Eglė Preikšaitienė  
Dr. Diana Bužinskienė  
Prof. dr. (HP) Saulius Vosylius  
Doc. dr. Saulius Galgauskas  
Prof. dr. Eugenijus Lesinskas  
Doc. dr. Valdemaras Jotautas  
Prof. habil. dr. (HP) Gintautas Brimas

Dr. Ieva Stundienė  
Prof. dr. Marius Miglinas  
Doc. dr. Birutė Zablockienė  
Inga Kisielienė  
Prof. dr. Violeta Kvedarienė  
Dr. Žymantas Jagelavičius  
Prof. dr. (HP) Edvardas Danila  
Doc. dr. Kristina Ryliškienė  
Dr. Gunaras Terbetas  
Prof. dr. Alvydas Navickas  
Doc. dr. Rima Viliūnienė  
Prof. dr. Sigita Lesinskienė

Doc. dr. Sigitas Ryliškis  
Doc. dr. Vytautas Tutkus  
Dr. Danutė Povilėnaitė  
Doc. dr. Sigita Burokienė  
Dr. Agnė Abraitienė  
Prof. dr. Pranas Šerpytis  
Prof. dr. Robertas Stasys Samalavičius  
Prof. dr. Vilma Brukienė  
Dr. Agnė Jakavonytė-Akstinienė  
Doc. dr. Marija Jakubauskienė

#### Organizacinis komitetas:

Martyna Sveikataitė  
Rafal Sinkevič  
Gintarė Zarembaitė  
Alicija Krasavceva  
Karina Mickevičiūtė  
Jogailė Gudaitė  
Emilis Gegeckas  
Auksė Ramaškevičiūtė  
Tautvydas Petkus  
Kristina Marcinkevičiūtė  
Melita Virpšaitė

Gabrielė Lissauskaitė  
Rosita Reivytytė  
Kamilė Čeponytė  
Šarūnas Raudonis  
Monika Rimdeikaitė  
Inga Česnavičiūtė  
Tadas Abartis  
Rūta Bleifertaitė  
Kristijonas Puteikis  
Saulius Ročka  
Paulius Montvila

Agnė Timofejevaitė  
Augustė Lapinskaitė  
Emilis Šostak  
Gratas Šepetyš  
Gediminas Gumbis  
Erika Ališauskienė  
Indrė Urbaitė  
Miglė Vilniškytė  
Urtė Smailytė  
Gabriela Šimkonytė  
Julija Bitautaitė

ISSN 2783-7831 (skaitmeninis PDF)

© Tezių autoriai, 2023

© Vilniaus universitetas, 2023

## INFEKINIŲ LIGŲ GRUPĖ

# AIDS, PNEUMOCISTINĖ PNEUMONIJA, FEBRILI AGRANULIOCITOZĖ IR E.COLI SEPSIS: KLINIKINIS ATVEJIS IR LITERATŪROS APŽVALGA

**Darbo autorė.** Eglė NOREIKAITĖ (IV kursas).

**Darbo vadovas.** Lekt. Mindaugas PAULAUSKAS, VU MF Klinikinės medicinos institutas, Infekcinių ligų ir dermatovenerologijos klinika, VUL SK Infekcinių ligų centras.

**Ivadas.** Pneumocistinė pneumonija, sukelta oportunistinio grybinio patogeno *Pneumocystis jirovecii*, yra gyvybei pavojinga plaučių infekcija, pasireiškianti ŽIV infekuotiems pacientams su mažu CD4+ ląstelių kiekiu (<200 ląst./ $\mu$ l). ŽIV-teigiamų pacientų mirštamumas nuo PCP siekia 7-20%. Į žmogaus organizmą patogenas patenka įkvėpiant, tada dauginasi plaučių audinyje bei alveolių spindyje. Dažniausi PCP klinikiniai simptomai: dusulys, sausas kosulys, subfebrilus karščiavimas, būdingi pakitimai rentgeno bei KT tyrimuose. Pagrindinis vaistas, skirtas PCP gydymui-trimetoprimo ir sulfametoksazolo derinys. TMP/SMX efektyviai gydo PCP, tačiau gali sukelti neutropeniją ir agranulocitozę, ypač pavojingą imunosupresuotiems pacientams.

**Atvejo aprašymas.** Penkiasdešimties metų moteris skundėsi bendru silpnumu, dusuliu (apie 1 sav.), karščiavimu iki 38,5 °C (apie pusę metų), rankų ir kojų pirštų tirpimu, balso užkimimu, todėl 2022-09 kreipėsi į ligoninę. Pacientė pastaruoju metu užsienyje nesilankė, kontaktą su sergančiais infekcinėmis ligomis neigė, serga Krono liga, 2022-08 patvirtinta ŽIV infekcija. Laboratoriniuose tyrimuose: hipoksemija, hipokapnija, CRB-183,2 mg/l, prokalcitoninas-0,39  $\mu$ g/l; Na-126 mmol/l, D-dimerai-2640  $\mu$ g/L. Krūtinės ląstos rentgenografijoje matomi plaučiuose infiltraciniai pakitimai abipus. KT angiografijoje: trombai skiltinėse-segmentinėse plaučių arterijose. Plaučiuose infiltracijos, matinio stiklo židiniai abiejuose plaučiuose, ryškesni pakitimai deš. apatinėje skiltyje. Įtariant bakterinę infekciją, empiriškai paskirtas amoksicilinas su klavulano rūgštimi, dėl PATE-fraksiparinas, Krono ligai-azatioprinas, mesalazinas. Mikroskopiškai tiriant BAL skystį *Pneumocystis jirovecii* nerasta, PGR metodu aptikta *P. jirovecii* DNR, paskirtas gydymas TMP/SMX. Gydymo metu progresavo agranulocitozė, pancitopenija (16-tą dieną: WBC-0,90x10<sup>9</sup>/L, NEU-0,57x10<sup>9</sup>/L, LYM-0,31x10<sup>9</sup>/L, RBC-2,51x10<sup>12</sup>/L, HGB-79 g/l, PLT-46x10<sup>9</sup>/L). Pacientei skirtos eritrocitų ir trombocitų masės transfuzijos, filgrastimas. Pacientės būklė dėl pneumocistozės dinamikoje gerėjo (viso 18 dienų antibiotikoterapijos kurso metu nekarščiavo, išnyko deguonies poreikis, stebėta teigiama rentgenologinė dinamika).

19-tą gydymo dieną pacientė naujai sukarščiavo iki 38,9 °C. Esant neutropenijai (WBC-0,32x10<sup>9</sup>/L, NEU-0,06x10<sup>9</sup>/L) ir febriliam karščiavimui, pradėta plataus spektro antibiotikoterapija piperacilinu/tazobaktamu. Nuspręsta laikinai nutraukti visus vaistus, kurie gali sukelti mielosupresiją (azatiopriną, TMP/SMX) ir papildomai paskirti amikaciną. Mikrobiologinio pasėlio atsakymuose: kraujyje E. coli augimas, jautrus tazocinui bei amikacinui, šlapimo pasėlyje-Enterococcus faecium, jautrus linezolidui. Esant imunosupresijai ir išlikus karščiavimui piperacilino/tazobaktamo ir amikacino gydymo fone, farmakologo rekomenduota pridėti linezolidą, amikaciną keisti į ciprofloksaciną.

36-tą hospitalizacijos dieną, pagerėjus pacientės būklei (nebekarščiuoja 3 paras, nedūsta), ji išrašyta tolimesniam ambulatoriniam gydymuisi. Rekomenduota tęsti paskirtą gydymą, susilaikyti nuo azatioprino vartojimo dėl didelio mielosupresijos pavojaus, sekti neutrofilų kiekį kraujyje.

**Išvados.** Pneumocistinė pneumonija išlieka viena dažniausių ir pavojingiausių AIDS komplikacijų. Trimetoprino ir sulfametoksazolo derinys yra pirmo pasirinkimo vaistas PCP atveju, tačiau reikėtų atsižvelgti į jo šalutinį mielosupresinį poveikį, ypač derinyje su kitais imunosupresiniais vaistais, pavyzdžiui, azatioprinu.

**Raktažodžiai.** AIDS; pneumocistinė pneumonija; agranulocitozė; E.coli sepsis; TMP/SMX.