



УДК 616.98.578.828.ВІЛ-07-053.4

БАДОГИНА Л.П.¹, ЗАБОЛОТНАЯ Л.Д.², ШЕРСТЮК Г.В.³¹ГУ «Днепропетровская медицинская академия МЗ Украины»²КУ «Днепропетровская областная детская клиническая больница ДООС»³Днепропетровский областной центр профилактики и борьбы со СПИДом

ДИАГНОСТИКА ВИЧ-ИНФЕКЦИИ У РЕБЕНКА 11 МЕСЯЦЕВ. СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ

Резюме. В работе приведен случай первичной диагностики ВИЧ-инфекции с тяжелой иммуносупрессией у ребенка 11 месяцев, обследованного по клиническим показаниям.

Ключевые слова: ВИЧ-инфекция, диагностика, дети.

Несмотря на вполне определенные успехи в вопросах диагностики, лечения и профилактики ВИЧ-инфицирования, Украина по-прежнему занимает одно из первых мест в Европе по темпам распространения ВИЧ/СПИДа [3]. За 6 месяцев 2014 г. в Украине зарегистрировано 10 387 новых случаев ВИЧ-инфекции, что на 3,1 % больше, чем за аналогичный период 2013 г., уровень заболеваемости вырос до 24,2 против 21,9 на 100 тыс. населения [4]. Количество ВИЧ-инфицированных детей и подростков в Украине также неуклонно возрастает: с 2828 в 2012 году до 3287 в 2014 (+16 %) [3].

Следует отметить, что Днепропетровская область занимает лидирующие позиции в Украине по показателям заболеваемости как ВИЧ-инфекцией, так и СПИДом. В Днепропетровском областном центре профилактики и борьбы со СПИДом на учете состоит 1524 ребенка, из них 914 — с перинатальным контактом по ВИЧ и 610 детей — с ВИЧ-инфекцией, что несколько (на 1,3 %) меньше, чем в 2013 году. Однако количество детей с установленным диагнозом СПИДа возросло со 165 до 175 (26,7 и 28,7 % инфицированных соответственно).

Несмотря на то, что ВИЧ/СПИД по-прежнему неизлечим, факт инфицирования уже нельзя приравнять к неизбежной смерти. При своевременном назначении и правильном проведении антиретровирусной терапии (АРТ) удается достичь снижения вирусной нагрузки, уменьшения и ликвидации иммунодепрессии и значительного улучшения качества жизни пациента.

В настоящее время признаны три пути передачи вируса: половой, парентеральный и передача вируса от матери к ребенку (ПМР). Дети в абсолютном

большинстве случаев инфицируются от матерей, хотя не исключаются и другие пути передачи. Для снижения вероятности ПМР используются анте- и постнатальная антиретровирусная профилактика (АРВП), элективное кесарево сечение и отказ от грудного вскармливания [7]. В странах, где широко применяется высокоактивная антиретровирусная терапия, уровни ПМР среди женщин, которые не вскармливают своих детей грудью, уменьшились с 16–25 до 1–2 % [6].

Вероятность передачи ВИЧ от матери к ребенку зависит от ряда факторов. В случае отсутствия АРВП у матери возможность передачи повышается до 34,7 %, при отсутствии ее и у ребенка — до 40,5 %, грудное вскармливание в таком случае повышает риск до 58,6 % [3]. Факторами риска передачи ВИЧ при грудном вскармливании являются высокая вирусная нагрузка, иммунодепрессия, дефицит витамина А у кормящей женщины. Вероятность трансмиссии повышается в случае примеси крови в молоке, мастита у матери, при заболеваниях, сопровождающихся воспалительными и другими изменениями слизистой оболочки пищеварительного тракта у ребенка. Риск ПМР несколько снижается при исключительно грудном вскармливании [1].

Адрес для переписки с авторами:
Бадогина Людмила Петровна
E-mail: lyudmila.badogina@gmail.com

© Бадогина Л.П., Заболотная Л.Д., Шерстюк Г.В., 2015
© «Здоровье ребенка», 2015
© Заславский А.Ю., 2015

Таким образом, можно выделить ряд факторов риска передачи ВИЧ от матери к ребенку: первичное ВИЧ-инфицирование и/или тяжелая иммуносупрессия у женщины во время беременности, отсутствие антенатальной АРТ-профилактики, употребление матерью инъекционных наркотиков, злоупотребление алкоголем во время беременности, коинфекция (туберкулез, гепатит), многоплодная беременность, длительный безводный период, преждевременные роды, самостоятельные роды, кровотечения, аспирация в родах, отсутствие АРТ-профилактики у ребенка, грудное вскармливание.

С учетом современных тенденций в настоящее время особое значение придается эффективной профилактике ПМР. Чрезвычайно важна также своевременная, как можно более ранняя диагностика ВИЧ-инфицирования у ребенка. Показано, что при поздно начатой терапии, даже при хорошей приверженности к ней, компенсировать иммуносупрессию значительно сложнее, и это может стать причиной неблагоприятного исхода заболевания [2]. Существуют показания для тестирования детей на ВИЧ.

1. По перинатальному контакту (дети, рожденные от ВИЧ-инфицированных женщин).

2. По клиническим показаниям (длительная лихорадка, лимфоаденопатия, гепатоспленомегалия, диарея более 2 нед., необъяснимая потеря массы более 10 % от исходной, затяжные и рецидивирующие или не поддающиеся обычной терапии пневмонии, затяжные и рецидивирующие гнойно-бактериальные, паразитарные заболевания, кандидоз, сепсис, хронические и рецидивирующие дерматиты, энцефалопатия у ранее здоровых лиц, ворсистая лейкоплакия языка и др.).

3. По эпидемиологическим показаниям (половой или иголовой контакт с ВИЧ-инфицированным, переливание инфицированных препаратов крови, беспорядочные половые связи, выявление ВИЧ-инфекции у родителей и пр.).

Приводим клинический случай диагностики ВИЧ-инфекции у ребенка по клиническим показаниям.

Больная Н., 11 мес., от 1-й беременности, родена в сроке 36 недель с массой 2440 г, длиной 44 см, без асфиксии, приложена к груди со вторых суток. Привита от туберкулеза и вирусного гепатита В в роддоме. Мать состояла на учете в женской консультации, проведены все обследования, в том числе выполнено двукратное ВИЧ-тестирование (результат отрицательный). Женщина курит, наличие других вредных привычек и хронических заболеваний отрицает. Девочка до 10 мес. не болела, росла и развивалась по возрасту. Грудное вскармливание до 7 мес., затем получала коровье и козье молоко. На 11-м месяце жизни перенесла острую респираторную вирусную инфекцию, ухудшился аппетит, уменьшились темпы прибавки массы, появилась многократная рвота, и в возрасте 11 мес.

ребенок госпитализирован в стационар по месту жительства с явлениями токсикоза с эксикозом на фоне гастроинтестинальных расстройств. В анализе крови: Эр. — 2,63 Т/л, Нб — 50 г/л, ЦП — 0,57, Нт — 20 %, скорость оседания эритроцитов — 5 мм/час, Тр. — 68 Г/л, Лейк. — 5,9 Г/л, м/м — 1 %, п/я — 4 %, с/я — 9 %, лимф. — 73 %, мон. — 9 %, плазм. кл. — 3 %, бластные клетки — 3 %, глюкоза крови — 2,9 ммоль/л. В связи с выявленными гематологическими изменениями для исключения системного заболевания крови ребенок переведен в областную детскую больницу.

Объективно: состояние ребенка очень тяжелое. Температура тела 38,0 °С, пульс — 164 в 1 мин, частота дыхания — 34 в 1 мин, вялая, выражен негативизм, быстро истощается, страдальческое выражение лица, кожные покровы бледные, выражены микроциркуляторные нарушения (гипотермия, «мраморность» дистальных отделов конечностей), тургор кожи снижен. Лимфоаденопатия не выражена. Умеренная одышка смешанного типа, SatO₂ 97 % при дыхании атмосферным воздухом, кашель влажный. Дыхание проводится равномерно, хрипы проводные. Перкуторно над легкими легочный звук. Тоны сердца ослаблены, тахикардия. Живот безболезненный, несколько вздут, доступен глубокой пальпации, печень на 3,0 см, селезенка на 3–3,5 см ниже реберной дуги. Менингеальных знаков нет. Диурез достаточный. Стул не изменен. Физическое развитие на нижних границах возрастной нормы. Учитывая наличие сверхтяжелой анемии, ребенку перелиты донорские эритроциты. Контрольные исследования крови и миелограммы в динамике позволили исключить системное заболевание крови. Проведено лечение: после купирования рвоты кормление смесью нестожен, внутривенные инфузии физиологического раствора, 10% раствора глюкозы, 7,5% хлористого калия, инсулина, 2% раствора пентоксифиллина, биовен моно, антибактериальная терапия (цефтриаксон, амикацин), фолиевая кислота, цианокобаламин. Однако состояние ребенка оставалось тяжелым. Сохранились симптомы интоксикации, микроциркуляторные расстройства, влажный кашель, гепатоспленомегалия, снижение аппетита, в массе не прибавляла. С 6-х суток пребывания в отделении появилась аллергическая сыпь с геморрагическим компонентом, с 11-х суток — явления кандидоза слизистой оболочки рта. В анализе крови сохранялась тромбоцитопения.

При эхокардиографическом обследовании обнаружены гипертрофия левого желудочка и сепарация листков перикарда; последняя в динамике нарастала. На электрокардиограмме в динамике — от умеренной до значительной синусовой тахикардии.

Учитывая клиническую симптоматику, отсутствие положительной динамики на фоне лечения, по клиническим показаниям ребенок и мать были обследованы на ВИЧ методом иммуноферментного анализа. У обеих были обнаружены антитела к ВИЧ.

Кроме того, у дівочки виявлена наростаюча вірусна навантаження: от 1911 до 153 969 копій в 1 мл крові, і ознаки тяжкої імуносупресії (рівень CD⁴⁺ 19 % — 619 кліток), що являється показанням к високоактивної антиретровірусної терапії. Консультувана фтизіатром. Висновок: в легких очагово-інфільтративних змін не виявлено, правий корінь підвищеної інтенсивності. Діагноз: вперше діагностований туберкульоз внутрігрудних лімфатических вузлів? Для остаточного рішення питання діагностики туберкульозу дитина переведена в обласний протитуберкульозний диспансер.

Клінічний діагноз: ВІЧ-інфекція, ІV клінічна стадія: гепатоспленомегалія, фарингомикоз, анемія, тромбоцитопенія, асоційована кардіопатія, НК 0—1-й ст.; вірусна навантаження 153 969 копій РНК; тяжела імуносупресія. Токсикодермія. Вперше діагностований туберкульоз внутрігрудних лімфатических вузлів?

Дитина обстежена в клініці ОХМАТДЕТ, де встановлено діагноз «первинний туберкульозний комплекс, МБТ(+))» і підтверджено діагноз ВІЧ-інфекції.

Аналіз даного клінічного випадку дозволяє передбачити декілька варіантів розвитку подій.

1. Інфекція жінки відбулася в час вагітності, і ВІЧ-тестування було здійснено в період серонегативного вікна. Як матері, так і дитині АРТ-профілактика не проводилася, народження відбулося природним шляхом, дитині проведено вакцинацію БЦЖ, в наступному вона перебувала на тривалому природному годуванні. Можливо зараження дитини антенатально і під час годування.

2. Жінка інфікувалася після народження. Інфекція дитини відбулася під час годування.

Перший варіант передбачає вищий ризик інфекції і розвиток тяжкої імуносупресії у дитини. Однак, враховуючи появу клініко-лабораторної симптоматики лише в кінці першого року життя, інфекція по другому сценарію також не виключається.

Представлений клінічний випадок підкреслює необхідність обережності в стосунках ВІЧ-інфекції дітей і важливість врахування клінічних і лабораторних показань к обстеженню на ВІЧ, навіть при відсутності анамністических і епідеміологічесеских передумов.

Список літератури

1. Аряев Н.Л. Перинатальная трансмиссия ВИЧ. Проблема всемирная и национальная / Н.Л. Аряев, Н.В. Котова // *Лікування та діагностика*. — 2004. — № 1. — С. 39-45.
2. Бадюгіна Л.П. Пізня діагностика ВІЛ-інфекції у дітей / Л.П. Бадюгіна, Л.Д. Заболотна, Г.В. Мудренко // *ПАГ*. — 2011. — Т. 73, № 4. — С. 14-15.
3. ВІЛ-інфекція в Україні // *Інформаційний бюлетень*. — К., 2014. — № 41. — 95 с.
4. ВІЛ-інфекція в Україні // *Інформаційний бюлетень*. — К., 2014. — № 42. — 40 с.
5. ЮНЭЙДС. Развитие эпидемии СПИДа — декабрь 2007. — Женева, Швейцария: ЮНЭЙДС, 2007.
6. Townsend C.L. Low rates of mother-to-child transmission of HIV following effective pregnancy interventions in the United Kingdom and Ireland, 2000–2006 / Townsend C.L., Cortina-Borja M., Peckham C.S., Lyall H., Tookey P.A. // *AIDS*. — 2008. — № 22. — P. 937-81.
7. World Health Organization. Antiretroviral drugs for treating pregnant women and preventing HIV infection in infants: toward universal access. Recommendations for a public health approach. — Geneva: World Health Organization, 2006.

Получено 16. 10. 15 ■

Бадюгіна Л.П.¹, Заболотна Л.Д.², Шерстюк Г.В.³

¹ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»

²КЗ «Дніпропетровська обласна дитяча клінічна лікарня ДОР»

³Дніпропетровський обласний центр профілактики та боротьби зі СНІДом

ДІАГНОСТИКА ВІЛ-ІНФЕКЦІЇ У ДИТИНИ 11 МІСЯЦІВ. ВИПАДОК ІЗ ПРАКТИКИ

Резюме. У роботі описується випадок первинної діагностики ВІЛ-інфекції з тяжкою імуносупресією в дитини 11 місяців, обстеженої за клінічними показаннями.

Ключові слова: ВІЛ-інфекція, діагностика, діти.

Badogina L.P.¹, Zabolotna L.D.², Sherstyuk G.V.³

¹SI «Dnipropetrovsk Medical Academy of Ministry of Health of Ukraine»

²SI «Dnipropetrovsk Regional Children Hospital of SRC»

³Dnipropetrovsk Regional Center for AIDS and Its Prevention, Ukraine

DIAGNOSIS OF HIV-INFECTION IN THE 11-MONTH-OLD INFANT. A CASE REPORT

Summary. The case of diagnosis of HIV infection with a severe immune suppressive in a child of 11 months old examined according to clinical indications is given in the work.

Key words: HIV-infection, diagnosis, children.