

Вологжанина Е.В., Марьина А.Н., Каньчева Н.П., Степнов М.И.  
 ГУЗОО «Областная детская клиническая больница»,  
 Омская государственная медицинская академия,  
 г. Омск

## ВИЧ-ИНФЕКЦИЯ У РЕБЕНКА 6 МЕСЯЦЕВ, АССОЦИИРОВАННАЯ С ТРОМБОЦИТОПЕНИЧЕСКОЙ ПУРПУРОЙ

Гематологические проявления ВИЧ-инфекции обширны и включают анемию, лейкопению, тромбоцитопению и нарушение свертываемости крови. Тромбоцитопеническая пурпура при ВИЧ-инфекции выявляется у 10-15 % инфицированных, но не служит маркером СПИДа, т.к. встречается на всех стадиях ВИЧ-инфекции. В описанном нами клиническом случае представлено течение ВИЧ-инфекции у ребенка первого года жизни. Отражена положительная динамика геморрагического синдрома и гематологических показателей на фоне проводимой терапии.

**КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:** ВИЧ-инфекция; тромбоцитопеническая пурпура; дети.

**Vologzhanina E.V., Maryina A.N., Kanicheva N.P., Stepnov M.I.**

Omsk Regional Pediatric Clinical Hospital,  
 Omsk State Medical Academy,  
 Omsk

### HIV-INFECTION AT THE CHILD 6 MONTHS ASSOCIATED WITH THE THROMBOCYTOPENIC PURPURA

The haematological manifestations of a HIV-infection are extensive and include anaemia, leukocytopenia, thrombocytopenia and infringement coagulability of blood. The thrombocytopenic purpura at a HIV-infection comes to light at 10-15 % infected, but does not serve a marker AIDS, since meets at all stages of a HIV-infection. In the clinical case, described by us, the current of a HIV-infection at the child of the first year of life is submitted. Positive dynamics of hemorrhagic syndrome and haematological parameters on a background of spent therapy is reflected.

**KEY WORDS:** HIV-infection; thrombocytopenic purpura; children.

Ребенок К., 6 месяцев поступил в приемно-диагностическое отделение Омской областной детской клинической больницы 14 октября 2009 года с жалобами на плохой аппетит, отсутствие прибавки массы тела, сыпь на коже.

Из анамнеза заболевания известно, что девочка заболела 5 октября 2009 года, когда впервые появились мелкоточечные высыпания по всему телу, зуд кожи. В течение трех дней сыпь увеличилась. Кроме этого, в течение 5 дней мама отмечает у ребенка гнойное отделяемое из ушей, насморк, кашель без подъемов температуры тела. После обращения к педиатру по месту жительства ребенок был госпитализирован в Детскую клиническую больницу № 2, где находился 6 дней с диагнозом: «Тромбоцитопеническая пурпура». В лечении получала активированный уголь, элькар, цефотаксим, супрастин, цетиризин, викасол. Мама самостоятельно покинула больницу. Доставлены на госпитализацию в ООДКБ бригадой скорой помощи.

Из анамнеза жизни известно, что девочка родилась от 2 беременности, протекавшей на фоне ВИЧ-инфицирования матери. Мать заражена половым путем (выявлено во время беременности первым ребенком, который здоров и снят с учета). Отец на

момент рождения первого ребенка не инфицирован. В последующем не обследовался. Мать встала на учет по беременности в 19 недель. Во время беременности матери проводилась химиопрофилактика с 24 недели беременности, в родах и ребенку после рождения. Родился ребенок в сроке 40 недель, масса тела при рождении 3150 г. Оценка по шкале Апгар 7/8 баллов. На вторые сутки переведена из родильного дома на второй этап выхаживания, где лечилась 1,5 месяца. Выписана домой с диагнозом: «ВИЧ-инфицирование». С рождения ребенок находится на искусственном вскармливании. В массе стабильно прибавляла до 5 месяцев, в 5 месяцев масса тела составляла 6700 г. В дальнейшем прироста массы тела не отмечалось. Профилактические прививки не проводились в связи с мед. отводом до 6 месяцев. Из перенесенных заболеваний — ОРВИ 4 раза. Травм, операций не было. Аллергологический анамнез — атопический дерматит.

При осмотре ребенка его состояние расценивается как тяжелое за счет геморрагического и атопического синдромов. Телосложение правильное. Пониженное питание. Кожные покровы сухие. На коже верхней части головы массивные серозные корки, шелушение. Отмечается шелушение кожи щек, лба, груди, живота, верхних и нижних конечностей, спины. На годичах постинъекционные гематомы. На фоне легкой гиперемии имеется множество очагов, состоящих из мелко-папулезных и пустулезных элементов, гнойные корочки. В локтевых сгибах и подколенных ямках кожа гиперемирована, слегка инфильтрирована, имеет мелкие папулезные элементы,

**Корреспонденцию адресовать:**

ВОЛОГЖАНИНА Елена Владимировна,  
 644001, г. Омск, ул. Куйбышева, 77,  
 ГУЗОО «Областная детская клиническая больница».  
 Тел.: 8 (3812) 36-16-25.  
 E-mail: oodkb\_mail@minzdrav.omskportal.ru

шелушение. По всей поверхности кожного покрова мелко-точечная петехиальная сыпь. Слизистая полости рта яркая, язык густо обложен белым налетом. Геморрагические корочки на губах, в носовых ходах также геморрагические корочки после необильного носового кровотечения. Большой родничок 1,0 × 1,0 см. Периферические лимфоузлы во всех группах мелкие, подвижные, не спаянные с подлежащими тканями, до 0,5 см, безболезненные. Дыхание в легких жесткое. Частота дыхательных движений 35 в минуту. Перкуторно над всей поверхностью легких определяется ясный легочный звук. Тоны сердца ясные, ритм сердечных сокращений правильный, 120 в минуту. Живот мягкий, доступен пальпации во всех отделах, безболезненный. Печень выступает из-под края реберной дуги до 2,5-3 см. Селезенка выступает до 2 см. Стул кашицеобразный, регулярный. Мочиспускание не нарушено.

Физическое развитие гармоничное по микросоматическому типу. Задержка нервно психического развития за счет отставания активной речи (девочка не гулит): Аз – 6 мес., Ас – 6 мес., До – 6 мес., Н – 6 мес., Ра – 4 мес., Рп – 6 мес.

Для подтверждения ВИЧ-инфекции ребенку проведено исследование крови методом ПЦР (количественное определение РНК-ВИЧ) – 888.294 копий РНК-ВИЧ/мл. ДНК-ВИЧ качественным методом положительное. Методом ИФА выделены антитела к ВИЧ-инфекции.

Кроме того, ребенку проведено исследование крови на наличие других внутриутробных инфекций. Кровь на RW, вирусные гепатиты В и С методом ИФА отрицательная.

КНbsAg, антитела к ВГС не выявлены. ИФА – ЦМВИ IgG 70,4 %, вирус простого герпеса IgG – 48,2 %, токсоплазмоз – отрицательно. Методом ПЦР в крови – ДНК ЦМВИ обнаружена, в слюне ДНК ЦМВИ, ВЭБ обнаружены, в мазке из ротоглотки – ДНК ЦМВИ, ВЭБ обнаружены, в моче – ДНК ЦМВИ, ВЭБ, вируса простого герпеса обнаружены. На основании полученных данных инфекционистом сделано заключение: «ВИЧ-инфекция, 2Б». Имеющиеся клинико-лабораторные данные по герпес и ЦМВ-инфекции не характерны для острого процесса, а отражают имеющийся иммунный статус раннего инфицирования. В связи с этим, ребенок не нуждался в проведении дополнительной терапии.

По результатам общеклинического анализа крови обращает на себя внимание выраженная тромбоцитопения до  $18 \times 10^9/\text{л}$ , имеющая стойкий характер, воспалительные изменения – ускорение СОЭ до 38 мм/час и лейкоцитоз до  $23,3 \times 10^9/\text{л}$ , выраженная эозинофилия до 36 % и анемия средней степени тяжести (уровень гемоглобина 89 г/л). Сыворо-

точное железо составляет 4,4 мкмоль/л, ОЖСС – 41 мкмоль/л.

Учитывая подтвержденное ВИЧ-инфицирование ребенка, наличие кожного геморрагического синдрома (петехиальная сыпь по всей поверхности тела), выраженную тромбоцитопению в гемограмме, а также результаты исследования костного мозга (пунктат костного мозга гиперклеточный, полиморфноядерный, нормобластический; разражение эритроидного ростка без нарушения созревания; миелоидный росток представлен преимущественно за счет созревающих клеток; мегакариоцитарный росток сужен, функционирующих мегакариоцитов 2 % при норме 6-8 %), ребенок консультирован гематологом. Выставлен диагноз: «ВИЧ-ассоциированная тромбоцитопеническая пурпура. Железодефицитная анемия легкой степени тяжести, смешанного генеза».

Учитывая распространенный патологический кожный процесс при осмотре, атопический дерматит в анамнезе, наличие эозинофилии в клиническом анализе крови, дерматологом выставлен диагноз: «Атопический дерматит, осложненный инфекционным дерматитом, распространенная форма».

Ребенок проконсультирован иммунологом. Проведено иммунологическое обследование. На иммунограмме: выраженный лейкоцитоз, признаки недостаточности Т-клеточного звена иммунитета с нарушением иммуномодулярных механизмов на фоне выраженного лимфоцитоза, признаки активного инфекционно-воспалительного процесса.

При проведении биохимического анализа крови выявлен синдром цитолиза (повышение АлАт до 70,8 U/l, АсАт до 77,7 U/l). По УЗИ органов брюшной полости – признаки лимфоузлов в воротах селезенки (8 и 4 мм). Анализ кала на лямблии методом ИХГ положительный, выраженная эозинофилия в гемограмме, а также увеличение печени до 2,5-3 см из-под края реберной дуги свидетельствуют о наличии лямблиоза. Ребенок проконсультирован гастроэнтерологом, выставлен диагноз: «Лямблиоз».

Для уточнения неврологической патологии ребенка осмотрен неврологом. Заключение: «Гипоксически-ишемическое поражение ЦНС, поздний восстановительный период, задержка темпов моторного развития».

Таким образом, на основании вышеизложенных данных, ребенку выставлен клинический диагноз.

**Основной диагноз:** ВИЧ-инфекция, стадия первичных проявлений, с вторичными заболеваниями: Тромбоцитопеническая пурпура, острое течение, влажная форма. Атопический дерматит, распространенный. Стадия 2В ВААРТ с 3 ноября 2009 г.

**Сопутствующий диагноз:** Железодефицитная анемия легкой степени тяжести, смешанного генеза.

#### Сведения об авторах:

ВОЛОЖАНИНА Елена Владимировна, врач-педиатр высшей категории, заведующая приемно-диагностическим отделением ГУЗОО «ОДКБ», г. Омск, Россия.

МАРЬИНА Анастасия Николаевна, клинический ординатор кафедры детских болезней № 1 ГОУ ВПО «ОГМА Росздрава», г. Омск, Россия.

КАНЫЧЕВА Наталья Петровна, зам. главного врача по лечебной части ГУЗОО «ОДКБ», г. Омск, Россия.

СТЕПНОВ Михаил Иванович, канд. мед. наук, доцент кафедры детских болезней № 1 ГОУ ВПО «ОГМА Росздрава», г. Омск, Россия.

Лямблиоз. Гипоксически-ишемическое поражение ЦНС, поздний восстановительный период, задержка темпов моторного развития.

Ребенку проведена следующая терапия. Питание – смесь «NAN гипоаллергенный», каша, фарш, овощное пюре. В лечении ВИЧ-инфекции: видекс (диданозин) по 75 мг 1 раз в сутки, калетра по 0,8 мл 2 раза в день во время еды, иммуноглобулин IgG – Интрафект 5 % 800 мг/сут. Лечение сопутствующей патологии: преднизолон 2 мг/кг/сут 14 дней с последующей отменой, адвантан местно 1 раз в день, эссенциале, фуразолидон по 0,025 × 3 раза в день 10 дней, мальтофер, аспаркам, зиртек, супрастин, энтеросгель.

На фоне проведенного лечения достигнута положительная динамика. Купирован геморрагический синдром, на коже сохраняются участки слабовыраженной гиперемии, зуда нет.

Ребенок активный, эмоциональный, легко вступает в контакт. Отмечается улучшение аппетита. Прибавка в массе за месяц 435 г (поступила с массой 6760 г, выписывается с массой 7195 г).

К моменту выписки в клиническом анализе крови отмечается увеличение числа тромбоцитов до  $89,7 \times 10^9/\text{л}$ , уровень гемоглобина повысился до 121 г/л, эозинофилы снизились до 8 %, по-прежнему сохраняются воспалительные изменения – ускорение СОЭ до 23 мм/час, лейкоцитоз до  $16,3 \times 10^9/\text{л}$ .

По данным контрольной иммунограммы очевидно значительное снижение Т-клеток (общ. популяция) СД3, Т-супрессоров СД8 в динамике. Т-хелперы СД4 в пределах нормы. Также отмечено еще большее снижение иммунорегуляторного индекса, что в 2,5 раза меньше нижней границы нормы, и повышение циркулирующих иммунных комплексов в 2 раза.

В биохимическом анализе крови наблюдается снижение уровня аминотрансфераз – АлАт до 29,3 U/l, АсАт до 43,7 U/l.

При повторном количественном определении РНК-ВИЧ число копий сократилось до 793.392 в мл.

Ребенок выписывается домой с рекомендациями по дальнейшему лечению. При выписке настоятельно рекомендована консультация гематолога через 1 месяц и консультация в центре СПИД.

\* \* \*

#### ПРИ РОЖДЕНИИ РЕБЕНКА МОЗГ ЖЕНЩИНЫ НАЧИНАЕТ РАСТИ

Таким выводом ученые поделились в издании Американской психологической ассоциации. Данный рост обусловлен необходимостью приспособляться к ребенку. Рост в ключевых областях мозга наибольшим образом фиксировался у особенно заботливых матерей.

Исследователи из Национального института психического здоровья в Мериленде просканировали мозг 19 женщин, недавно родивших десять мальчиков и девять девочек. Сравнительный анализ снимков мозга, сделанных на второй-четвертой неделе и третьем-четвертом месяце после рождения ребенка, показал рост объема серого вещества в определенных частях мозга.

У взрослых людей обычно серое вещество не меняется, если конечно не было длительного периода усиленной учебы, травмы мозга, болезни или резкой смены обстановки. Ученые предполагают, что уровень гормонов и необходимость приспособляться к новорожденному приводит к увеличению клеток мозга.

Наиболее задействованные области отвечают за мотивацию (гипоталамус), награду и эмоциональные переживания (мозжечковая миндалина), чувства (теменная доля), рассуждение и оценку (префронтальная кора). Получается, мотивация, связанная с заботой о ребенке, в большей степени может быть обусловлена не инстинктивным ответом, а активным развитием мозга, комментируют неврологи доктор Крейг Кинсли и доктор Элизабет Мейер.

Источник: newsru.com