

# Случайная находка ВИЧ-инфекции у ребенка в возрасте 1 года 10 месяцев: разбор клинического случая

**Е.В. Стрига**<sup>1✉</sup>,  
e-mail: elenastriga@yandex.ru  
**О.В. Зайцева**<sup>1</sup>

**Д.Ю. Комелягин**<sup>2</sup>  
**С.В. Яматина**<sup>2</sup>  
**С.А. Дубин**<sup>2</sup>

**Ф.И. Владимиров**<sup>2</sup>  
**А.В. Петухов**<sup>2</sup>  
**О.Е. Благих**<sup>2</sup>

**Т.Н. Громова**<sup>2</sup>  
**Т.Ю. Беляева**<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова; 127473, Россия, Москва, ул. Делегатская, д. 20, стр. 1

<sup>2</sup> Детская городская клиническая больница святого Владимира; 107014, Россия, Москва, ул. Рубцовско-Дворцовая, д. 1/3

## Резюме

В статье представлен клинический пример случайной диагностики вируса иммунодефицита человека у ребенка в возрасте 1 года 10 месяцев с абсцессом в околоушной области слева и впервые выявленным лимфопролиферативным синдромом. Выраженность лимфопролиферативного синдрома не соответствовала клинической картине основного заболевания, поэтому проводилась дифференциальная диагностика между такими заболеваниями, как гистиоцитоз, гемобластоз, первичные иммунодефицитные заболевания, сальмонеллез, иерсиниоз, туберкулез. В результате был диагностирован вирус иммунодефицита человека у ребенка раннего возраста, не имеющего на первый взгляд отягощенного анамнеза. В итоге ребенок был своевременно направлен в профильный стационар для углубленного обследования и лечения.

**Ключевые слова:** ВИЧ-инфекция, дети, лимфопролиферативный синдром, гистиоцитоз, лихорадка

**Для цитирования:** Стрига Е.В., Зайцева О.В., Комелягин Д.Ю., Яматина С.В., Дубин С.А., Владимиров Ф.И., Петухов А.В., Благих О.Е., Громова Т.Н., Беляева Т.Ю. Случайная находка ВИЧ-инфекции у ребенка в возрасте 1 года 10 месяцев: разбор клинического случая. *Медицинский совет*. 2020;(10):116–119. doi: 10.21518/2079-701X-2020-10-116-119.

**Конфликт интересов:** авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

# Accidental discovery of HIV infection in a child at the age of 1 year 10 months: analysis of a clinical case

**Elena V. Striga**<sup>1✉</sup>,  
e-mail: elenastriga@yandex.ru

**Olga V. Zaytseva**<sup>1</sup>  
**Dmitry Yu. Komelyagin**<sup>2</sup>  
**Svetlana V. Iamatina**<sup>2</sup>

**Sergey A. Dubin**<sup>2</sup>  
**Filipp I. Vladimirov**<sup>2</sup>  
**Aleksey V. Petukhov**<sup>2</sup>

**Oleg E. Blagikh**<sup>2</sup>  
**Tatiana N. Gromova**<sup>2</sup>  
**Tatyana Yu. Belyayeva**<sup>2</sup>

<sup>1</sup> A.I. Evdokimov Moscow State University of Medicine and Dentistry; 20/1, Delegatskaya St., Moscow, 127473, Russia

<sup>2</sup> Children's State Hospital of St. Vladimir; 1/3, Rubtsovsko-Dvortsovaya St., Moscow, 107014, Russia

## Abstract

The article presents a clinical example of a case of accidental diagnosis of human immunodeficiency virus in a child at the age of 1 year 10 months with an abscess in the parotid region on the left and the newly diagnosed lymphoproliferative syndrome. The expression of lymphoproliferative syndrome did not correspond to the clinical picture of the underlying disease, therefore differential diagnosis was made between such diseases as histiocytosis, haemoblastosis, primary immunodeficiency disorders, salmonellosis, yersiniosis, tuberculosis. As a result, a human immunodeficiency virus was diagnosed in a child of young age who does not have an apparently burdened history. As a result, the child was timely sent to a specialized hospital for in-depth examination and treatment.

**Keywords:** HIV infection, children, lymphoproliferative syndrome, histiocytosis, fever

**For citation:** Striga E.V., Zaytseva O.V., Komelyagin D.Yu., Iamatina S.V., Dubin S.A., Vladimirov F.I., Petukhov A.V., Blagikh O.E., Gromova T.N., Belyayeva T.Yu. Accidental finding of HIV-infection in a child at the age of 1 year 10 months: analysis of a clinical case. *Meditsinskiy sovet = Medical Council*. 2020;(10):116–119. (In Russ.) doi: 10.21518/2079-701X-2020-10-116-119.

**Conflict of interests:** The authors declare that there is no conflict of interests.

## ВВЕДЕНИЕ

В последние два десятилетия вирус иммунодефицита человека (ВИЧ) носит характер эпидемии: ежегодно увеличивается количество ВИЧ-инфицированных не только среди взрослых, но и среди детского населения [1]. Особенности трудности представляют случаи ВИЧ-инфекции у детей до 5 лет [2]. Дебютировать ВИЧ-

инфекция у детей может с формирования как локального гнойного воспаления, так и лимфопролиферативного синдрома [1]. Важной задачей педиатра является своевременная диагностика ВИЧ-инфекции. В статье представлен клинический разбор случайно выявленной ВИЧ-инфекции у ребенка в возрасте 1 года 10 месяцев, госпитализированного по поводу абсцесса в околоушной области слева.

## АНАМНЕЗ БОЛЕЗНИ

Настоящее заболевание началось 5 дней назад, когда на фоне легкого течения ОРВИ (острого ринита) появились выделения из левого уха. Проводилась симптоматическая терапия – противовоспалительные ушные капли, однако эффекта не было. На 5-е сутки резко появилась припухлость и болезненность в околоушной области слева. Родители вызвали скорую медицинскую помощь, была рекомендована госпитализация в стационар.

## АНАМНЕЗ ЖИЗНИ

Мальчик от молодых родителей, 3-й ребенок в семье, от 3-й физиологической беременности, 3-х срочных самостоятельных родов на 39-й неделе гестации. Мальчик родился с оценкой по шкале Апгар 8/9 баллов. Масса при рождении 4120 г, рост 54 см. Ребенок находился на грудном вскармливании до 1 года 2 месяцев. Психомоторное и речевое развитие по возрасту. Вакцинация проводилась по календарю до 12 месяцев, далее был медицинский отвод в связи с частыми ОРВИ на 2-м году жизни (более 4 раз в год). В возрасте 1 года проведена проба Манту – папула 4 мм. Наследственность по аллергическим заболеваниям отягощена: у отца аллергический ринит на шерсть кошки.

В годовалом возрасте ребенок находился в государственном бюджетном учреждении здравоохранения г. Москвы «Морозовская детская городская клиническая больница Департамента здравоохранения города Москвы» по поводу коксита справа и артрита кистей обеих рук, появившихся на фоне ОРВИ. Выписан домой с выздоровлением.

С первого месяца жизни у ребенка отмечались себорейные корочки на волосистой части головы, количество которых к 1-му году уменьшилось. На 2-м году жизни мама отмечает, что себорея усилилась, стали появляться мелкие пятнисто-папулезные элементы на лице, которые ребенок расчесывал, после чего эрозии покрывались корочкой и эпителизовались к 7-му дню. По этому поводу мальчик был консультирован педиатром, предположили наличие пищевой аллергии. Проводилась коррекция питания, десенсибилизирующая терапия, однако кожный синдром рецидивировал каждые 7–10 дней, и после 4-го эпизода родители отказались от терапии.

## КЛИНИЧЕСКИЙ ОСМОТ

Состояние пациента средней степени тяжести, тяжесть обусловлена симптомами интоксикации по основному заболеванию. Активность снижена, контактен. Запах ребенка был кислым с гнилостным оттенком. Лихорадка фебрильная, температура снижалась после приема жаропонижающих. Appetit снижен, избирательный. Психомоторное и речевое развитие по возрасту. Вес 15 кг, рост 90 см. Кожа бледная, сухость, шелушение на лице, животе, предплечьях, на лице в области щек и подбородка: мелкие пятнисто-папулезные элементы, расчесы под серозной корочкой. На волосистой части головы себорейные

корочки, за ушными раковинами – мацерации, сухие корочки. Асимметрия лица за счет припухлости в околоушной области слева размером 3,0 x 3,0 см, плотная, болезненная при пальпации. Кожа в этой области гиперемирована, симптом флюктуации положительный.

Подчелюстные, передние шейные, подмышечные, паховые лимфатические узлы до 2,0–2,2 см, плотноэластические, не спаянные с окружающими тканями, безболезненные при пальпации. Носовое дыхание умеренно затруднено, слизисто-гнойное отделяемое. Одышки нет. Осиплость голоса. В легких дыхание пуэрильное, проводится во все отделы, хрипов нет. Частота дыхания (ЧД) – 30/мин. Область сердца не изменена, тоны звучные, ритмичные, небольшой систолический шум на верхушке. Частота сердечных сокращений (ЧСС) – 112/мин. Живот увеличен в размере, доступен глубокой пальпации, мягкий, безболезненный. Печень увеличена: +4,0 см, селезенка увеличена: +5,0 см из-под края реберной дуги. Стул регулярный 1 раз в день, оформленный. Наружные половые органы сформированы по мужскому типу. Мочиспускание свободное, безболезненное. Очаговой и менингеальной симптоматики нет.

На основании клинико-anamnestических данных, результата осмотра челюстно-лицевого хирурга и лор-врача был установлен предварительный диагноз «абсцесс в околоушной области слева, левосторонний гнойный средний отит, гнойный ринит». Мальчик госпитализирован в отделение челюстно-лицевой хирургии ДГКБ св. Владимира, где по экстренным показаниям под общим наркозом была проведена операция «вскрытие и дренирование гнойного очага». Проводилась инфузионная терапия глюкозо-солевыми растворами, антибактериальная терапия (цефуросим в/в), противовоспалительная (НПВС) и местная по поводу отита (ушные капли).

При обследовании: в общем анализе крови анемия (гемоглобин 104 г/л), относительный нейтрофилез (нейтрофилов 40%, лимфоцитов 49%, моноцитов 7%), СОЭ 32 мм/ч. В иммунограмме отмечалось увеличение в два раза IgG – 2990 (при норме 250–1200 мг/дл). В биохимическом анализе выявлено повышение СРБ до 23 (при норме до 5). Других изменений констант (почечные и печеночные показатели, острофазные белки) не было зарегистрировано. Показатели анализа мочи, коагулограммы были в пределах возрастной нормы. Ультразвуковая диагностика околоушной области выявила эхо-признаки абсцесса околоушной области слева и признаки паротита слева.

По данным УЗИ брюшной полости отмечали выраженное увеличение долей печени (правая доля 110 мм, левая 65 мм) без признаков локальных и диффузных изменений; селезенка резко увеличена в размере (107 x 56 мм) без очаговых и структурных изменений. В проекции правой подвздошной области и корня брыжейки – конгломераты неправильной формы включения до 18–30 мм в диаметре.

На фоне проводимой терапии отмечалась медленная положительная динамика: к 5-му дню сохранялись симптомы интоксикации при нормализации температуры тела, признаки среднего гнойного отита разрешились, неприятный запах тела купировался. Однако процесс

очищения раны в околоушной области был нетипично медленным (выделение патологического отделяемого), сохранялись кожные проявления, гепатоспленомегалия и полиаденопатия.

По результатам полученного посева из раны (выделен рост *Pseudomonas aeruginosa* с чувствительностью к цефалоспорином III поколения и аминогликозидам и *Streptococcus pyogenes* с чувствительностью к антибиотикам пенициллинового ряда, цефалоспорином II и III поколений и аминогликозидам) на 5-е сутки от лечения была скорректирована антибактериальная терапия.

Вместе с тем достигнута положительная динамика по купированию гнойных очагов, но отсутствовали улучшения со стороны измененных лимфатических узлов, печени и селезенки. Поэтому с целью уточнения генеза лимфопролиферативного синдрома был расширен диагностический поиск.

В круг нашей дифференциальной диагностики вошли: гистиоцитоз, гемобластоз, первичный иммунодефицит, группа инфекционных заболеваний (ВИЧ, гепатит В и С, сальмонеллез, иерсиниоз, туберкулез).

В иммунограмме каких-либо отклонений не было выявлено, а повышение IgG в два раза расценили как реакцию на бактериальное инфицирование.

Мазки крови были консультированы в гематологическом центре Морозовской ДКБ №1, что позволило предварительно исключить гемобластоз.

С целью исключения гистиоцитоза была проведена компьютерная томография лицевого отдела черепа, но каких-либо костных дефектов не было выявлено. Дважды брались соскобы с раневой поверхности на волосистой части головы для цитологического обследования с целью выявления клеток Лангерганса. Результат был отрицательным.

Проводилась реакция пассивной агглютинации с сальмонеллезным, дизентерийным и иерсиниозным антигеном, взяты анализы крови на гепатит В и С, результаты которых пришли отрицательными. С целью исключения активности туберкулезной инфекции проводился диаскинтест, который позволил также исключить данную этиологию заболевания. Результаты анализа крови на ВИЧ были в работе, готовы только на 14-й день госпитализации.

К 10-му дню госпитализации состояние и самочувствие ребенка значительно улучшилось, симптомы интоксикации купированы, гнойный очаг в околоушной области санирован, средний отит слева разрешился. Общие клинические анализы и биохимические показатели нормализовались. От продолжения обследования в гематологическом отделении Морозовской ДГБ родители категорически отказались, и по требованию родителей мальчик был выписан домой.

На 5-й день после выписки пациента из стационара был получен положительный результат на ВИЧ-инфекцию (ИФА и иммуноблоттинг). Ребенок был госпитализирован в Клиническую инфекционную больницу г. Москвы (КИБ №2) для последующего обследования и лечения.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, представленный клинический случай демонстрирует позднюю диагностику ВИЧ-инфекции у ребенка раннего возраста, не имеющего на первый взглядотященного анамнеза (третий ребенок от молодых родителей, раннее развитие соответствует возрасту, на грудном вскармливании до 1 года 2 месяцев, до 1 года не болел, привит по календарю). Однако участковый педиатр не учел наличие у ребенка лимфопролиферативного синдрома, кожного синдрома, резистентного к терапии, и выраженной гепатоспленомегалии. Только во время госпитализации по поводу гнойного абсцесса было проведено необходимое обследование и установлен диагноз ВИЧ-инфекции.

Данный клинический случай демонстрирует необходимость комплексного обследования детей с лимфопролиферативным синдромом, особенно протекающим с неспецифическими симптомами, резистентными к проводимой терапии. В этом случае следует своевременно направить ребенка в стационар для углубленного обследования, что позволит своевременно поставить диагноз и правильно маршрутизировать пациента. Ранняя диагностика и адекватное лечение позволяют улучшить прогноз заболевания и снизить количество осложнений.

Поступила / Received 15.04.2020  
Поступила после рецензирования / Revised 30.04.2020  
Принята в печать / Accepted 05.05.2020

## Список литературы / References

1. Володин Н.Н. (ред.). *Проведение профилактики передачи ВИЧ-инфекции от матери ребенку. Клинические рекомендации*. М.; 2015. 37 с. Режим доступа: <http://www.raspm.ru/files/profilaktikaVICH.pdf>. Volodin N.N. (ed.). *Prevention of HIV transmission from mother to child. Clinical recommendations*. Moscow; 2015. 37 p. Available at: <http://www.raspm.ru/files/profilaktikaVICH.pdf>.
2. PENTA Paediatric European Network for Treatment of AIDS (PENTA) guidelines for treatment of paediatric HIV-1 infection 2015: optimizing health in preparation for adult life. *HIV Med.* 2018;19(1):1–42. doi: 10.1111/hiv.12217.

## Информация об авторах:

**Стрига Елена Владимировна**, к.м.н., ассистент кафедры педиатрии, Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Московский государственный медико-стоматологический университет имени А.И. Евдокимова» Министерства здравоохранения Российской Федерации; 127473, Россия, Москва, ул. Делегатская, д. 20, стр. 1; ORCID: 0000-0002-1220-0320; e-mail: elenastriaga@yandex.ru

**Зайцева Ольга Витальевна**, д.м.н., профессор, заведующая кафедрой педиатрии, Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Московский государственный медико-стоматологический университет имени А.И. Евдокимова» Министерства здравоохранения Российской Федерации; 127473, Россия, Москва, ул. Делегатская, д. 20, стр. 1; ORCID: 0000-0003-3426-3426; e-mail: olga6505963@yandex.ru

**Комелягин Дмитрий Юрьевич**, д.м.н., заведующий отделением челюстно-лицевой хирургии, Государственное бюджетное учреждение здравоохранения города Москвы «Детская городская клиническая больница святого Владимира Департамента здравоохранения города Москвы»; 107014, Россия, Москва, ул. Рубцовско-Дворцовая, д. 1/3; ORCID: 0000-0002-8178-4534; e-mail: 1xo@mail.ru

**Яматина Светлана Валерьевна**, челюстно-лицевой хирург, Государственное бюджетное учреждение здравоохранения города Москвы «Детская городская клиническая больница святого Владимира Департамента здравоохранения города Москвы»; 107014, Россия, Москва, ул. Рубцовско-Дворцовая, д. 1/3; ORCID: 0000-0002-1177-0348; e-mail: yam@1992@mail.ru

**Дубин Сергей Александрович**, к.м.н., челюстно-лицевой хирург, Государственное бюджетное учреждение здравоохранения города Москвы «Детская городская клиническая больница святого Владимира Департамента здравоохранения города Москвы»; 107014, Россия, Москва, ул. Рубцовско-Дворцовая, д. 1/3; ORCID: 0000-0002-8234-555X; e-mail: facedoktor@mail.ru

**Владимиров Филипп Иванович**, челюстно-лицевой хирург, Государственное бюджетное учреждение здравоохранения города Москвы «Детская городская клиническая больница святого Владимира Департамента здравоохранения города Москвы»; 107014, Россия, Москва, ул. Рубцовско-Дворцовая, д. 1/3; ORCID: 0000-0003-0800-1385; e-mail: doctor.vladimirov@yandex.ru

**Петухов Алексей Владимирович**, челюстно-лицевой хирург, Государственное бюджетное учреждение здравоохранения города Москвы «Детская городская клиническая больница святого Владимира Департамента здравоохранения города Москвы»; 107014, Россия, Москва, ул. Рубцовско-Дворцовая, д. 1/3; ORCID: 0000-0001-8340-7372; e-mail: 1978-new-Alexei@mail.ru

**Благих Олег Евгеньевич**, челюстно-лицевой хирург, Государственное бюджетное учреждение здравоохранения города Москвы «Детская городская клиническая больница святого Владимира Департамента здравоохранения города Москвы»; 107014, Москва, ул. Рубцовско-Дворцовая, д. 1/3; e-mail: Oleg-blagikh@yandex.ru

**Громова Татьяна Николаевна**, к.м.н., челюстно-лицевой хирург, Государственное бюджетное учреждение здравоохранения города Москвы «Детская городская клиническая больница святого Владимира Департамента здравоохранения города Москвы»; 107014, Москва, ул. Рубцовско-Дворцовая, д. 1/3; ORCID: 0000-0003-4689-3142; e-mail: gromovath@list.ru

**Беляева Татьяна Юрьевна**, заместитель главного врача по лечебной работе, Государственное бюджетное учреждение здравоохранения города Москвы «Детская городская клиническая больница святого Владимира Департамента здравоохранения города Москвы»; 107014, Россия, Москва, ул. Рубцовско-Дворцовая, д. 1/3; e-mail: dgkbsv@zdrav.mos.ru

#### **Information about the authors:**

**Elena V. Striga**, Cand. of Sci. (Med.), Assistant Professor of the Department of Pediatrics, Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education "A.I. Evdokimov Moscow State University of Medicine and Dentistry" of the Ministry of Health of the Russian Federation; 20/1, Delegatskaya St., Moscow, 127473, Russia; ORCID: 0000-0002-1220-0320; e-mail: elenastriga@yandex.ru

**Olga V. Zaytseva**, Dr. of Sci. (Med.), Professor, Head of the Department of Pediatrics, Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education "A.I. Evdokimov Moscow State University of Medicine and Dentistry" of the Ministry of Health of the Russian Federation; 20/1, Delegatskaya St., Moscow, 127473, Russia; ORCID: 0000-0003-3426-3426; e-mail: olga6505963@yandex.ru

**Dmitry Yu. Komelyagin**, Dr. of Sci. (Med.), Head of the Department of Oral and Maxillofacial Surgery, Moscow State Budgetary Public Health Institution "Children's State Hospital of St.Vladimir of the Department of Health of the City of Moscow"; 1/3, Rubtsovsko-Dvortsovaya St., Moscow, 107014, Russia; ORCID: 0000-0002-8178-4534; e-mail: 1xo@mail.ru

**Svetlana V. Iamatina**, Oral and Maxillofacial Surgeon, Moscow State Budgetary Public Health Institution "Children's State Hospital of St.Vladimir of the Department of Health of the City of Moscow"; 1/3, Rubtsovsko-Dvortsovaya St., Moscow, 107014, Russia; ORCID: 0000-0002-1177-0348; e-mail: yam@1992@mail.ru

**Sergey A. Dubin**, Cand. of Sci. (Med.), Oral and Maxillofacial Surgeon, Moscow State Budgetary Public Health Institution "Children's State Hospital of St.Vladimir of the Department of Health of the City of Moscow"; 1/3, Rubtsovsko-Dvortsovaya St., Moscow, 107014, Russia; ORCID: 0000-0002-8234-555X; e-mail: facedoktor@mail.ru

**Filipp I. Vladimirov**, Oral and Maxillofacial Surgeon, Moscow State Budgetary Public Health Institution "Children's State Hospital of St.Vladimir of the Department of Health of the City of Moscow"; 1/3, Rubtsovsko-Dvortsovaya St., Moscow, 107014, Russia; ORCID: 0000-0003-0800-1385; e-mail: doctor.vladimirov@yandex.ru

**Aleksey V. Petukhov**, Oral and Maxillofacial Surgeon, Moscow State Budgetary Public Health Institution "Children's State Hospital of St.Vladimir of the Department of Health of the City of Moscow"; 1/3, Rubtsovsko-Dvortsovaya St., Moscow, 107014, Russia; ORCID: 0000-0001-8340-7372; e-mail: 1978-new-Alexei@mail.ru

**Oleg E. Blagikh**, Oral and Maxillofacial Surgeon, Moscow State Budgetary Public Health Institution "Children's State Hospital of St.Vladimir of the Department of Health of the City of Moscow"; 1/3, Rubtsovsko-Dvortsovaya St., Moscow, 107014, Russia; e-mail: Oleg-blagikh@yandex.ru

**Tatiana N. Gromova**, Cand. of Sci. (Med.), Oral and Maxillofacial Surgeon, Moscow State Budgetary Public Health Institution "Children's State Hospital of St.Vladimir of the Department of Health of the City of Moscow"; 1/3, Rubtsovsko-Dvortsovaya St., Moscow, 107014, Russia; ORCID: 0000-0003-4689-3142; e-mail: gromovath@list.ru

**Tatyana Yu. Belyayeva**, Deputy Chief Physician for Medical Affairs, Moscow State Budgetary Public Health Institution "Children's State Hospital of St.Vladimir of the Department of Health of the City of Moscow"; 1/3, Rubtsovsko-Dvortsovaya St., Moscow, 107014, Russia; e-mail: dgkbsv@zdrav.mos.ru