

Ошибки в диагностике
ВИЧ - инфекции у
пульмонологических больных
детского возраста

Москвина Д.М. , Бойцова Е.В. ,
Дутова Ю.П.
НИИП ПСПбГМУ им. И.П.Павлова,
ЛОГБУЗ «ДКБ»

ВИЧ инфекция

- Респираторные заболевания - наиболее частая манифестация ВИЧ/СПИД у детей
- Респираторные проблемы - более 50% ВИЧ-ассоциированной летальности.
- *3 случая ВИЧ-инфекции 1987-2016 гг.*
- Заболевания легких , ассоциированные с ВИЧ
- ✓ Пневмоцистная пневмония – дети первых 2-х лет жизни и подростки
- ✓ Лимфоидная интерстициальная пневмония
- ✓ Бронхоэктазы - 5.7 % детей с ВИЧ
- ✓ Облитерирующий бронхиолит

Пути передачи

- Половой
- Инъекции или трансфузии инфицированной крови или ее продуктов
- Использование нестерильных шприцов или других предметов обихода, использованных у инфицированных лиц
- От матери к ребенку
- ✓ Антанатальный
- ✓ Интранатальный
- ✓ Через грудное молоко

- **ВИЧ не передается**
- ✓ При укусах насекомых
- ✓ Со слюной, потом, мочой, фекалиями, мокротой, отделяемым из носа, слезами, рвотными массами (если нет явных примесей крови)
- ✓ Бытовым путем

Предполагать наличие ВИЧ-инфекции рекомендуется при:

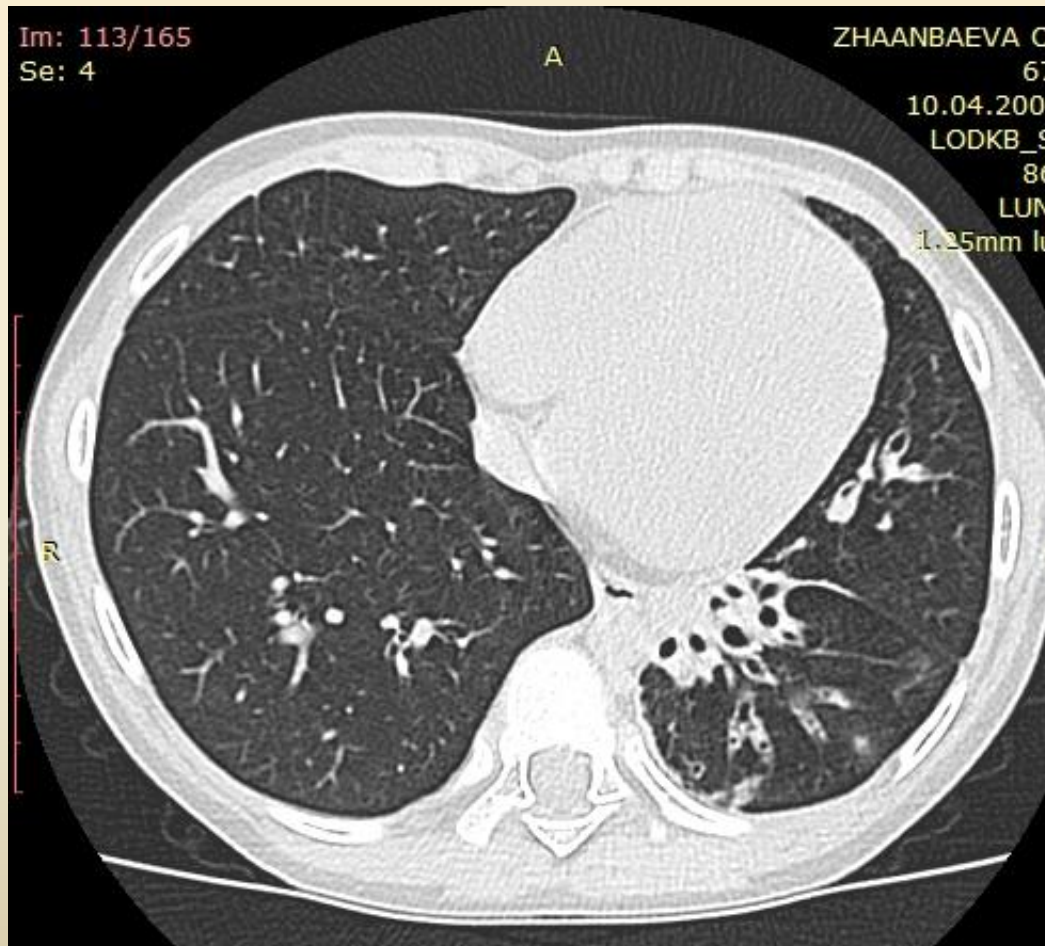
- Наличие факторов риска: мать, братья /сестры с ВИЧ/СПИДом (родственники могут скрывать факт инфекции).
- При клинических признаках ВИЧ-инфекции
- ✓ *Признаки, указывающие на возможную ВИЧ-инфекцию*
- ✓ *Признаки, часто наблюдаемые при ВИЧ-инфекции, нередко встречающиеся и среди детей неинфицированных ВИЧ*
- ✓ *Признаки заболевания специфичные для ВИЧ-инфекции*

Клинический случай 1

- Девочка 8 лет
- Жалобы: влажный кашель в течение 6 месяцев после перенесенной пневмонии
- Анамнез болезни: лихорадка до 39⁰, влажный кашель. Rn – инфильтрация в S 4-10 слева. Получила 5 курсов антибиотиков, температура нормализовалась, но сохранялись инфильтративные изменения, хрипы в легких и влажный кашель.
- Анамнез жизни: до 7 лет жила в Киргизии, наблюдалась не регулярно. В 2 года – тяжелая пневмония, затем редкие бронхиты, постоянный кашель отсутствовал.

- При осмотре: БЭН – 1 степени. Число дыханий – 20 в минуту, пульс – 84, дыхание без участия вспомогательной м-ры.
- Аускультация – ослабление дыхания и мелкопузырчатые и среднепузырчатые влажные хрипы в S 4-10 слева.
- Sat O₂ -96%
- Анализ крови – СОЭ - 36 мм/час
- ФБС – диффузный гнойный эндобронхит.
- КТЛ – веретенообразные БЭ в S 4,5,8 слева, фиброателектаз субсегментов S 9, 10
- Осмотр ЛОР - хронический гайморит
- Исключен МВ, туберкулез

КТЛ

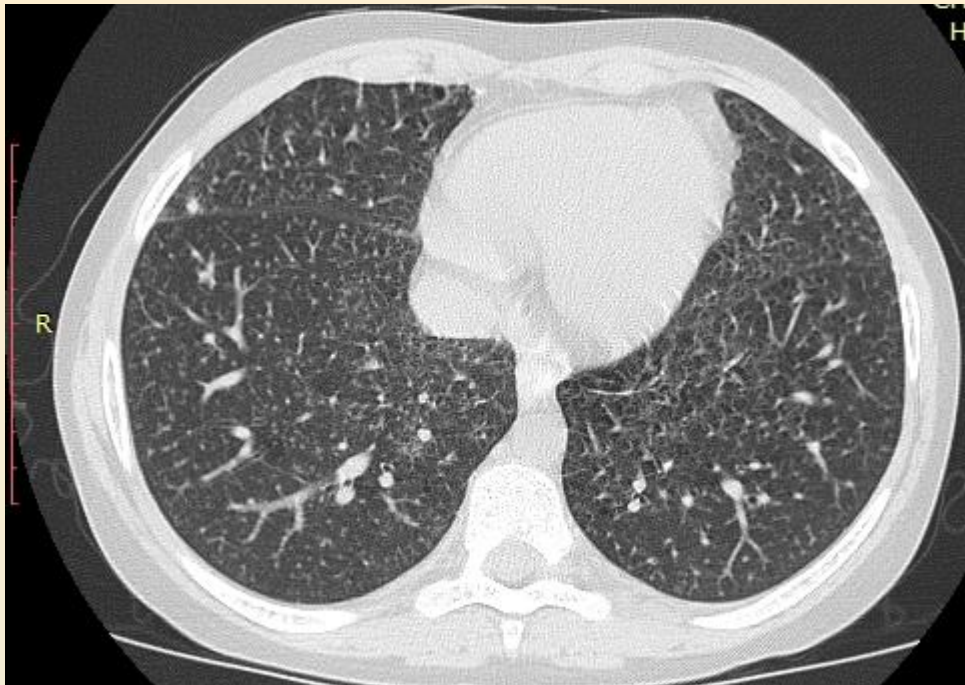


- Наблюдалась участковым врачом по месту жительства, сохранялся постоянный продуктивный кашель.
- Через 2 года – субфебрильная лихорадка, усиление кашля (обострение БЭ)
- Носовые кровотечения, геморрагическая сыпь на нижних конечностях (экхимозы)
- В анализе крови - тромбоцитопения ($20 \cdot 10^9$)
- *Дополнение к анамнезу : в 2-х летнем возрасте по поводу тяжелой пневмонии получала гемотрансфузии (родители покупали кровь на рынке)*
- *Обследована: выявлен ВИЧ-1*
- **Диагноз: ВИЧ-инфекция 3 стадия. Бронхоэктатическая болезнь. БЭ S 4-10 слева. Тромбоцитопения.**
- **Путь передачи: гематогенный**
- Диагноз поставлен поздно. Отсутствие настороженности, дефекты сбора анамнеза, отсутствие медицинской документации.

Случай 2

- Мальчик 12 лет
- Жалоб нет
- Анамнез болезни: болен в течении 1 месяца, перенес острый бронхит, отмечался редкий кашель, сухие и влажные хрипы в легких
- Выполнена рентгенограмма грудной клетки выявлены распространенные интерстициальные изменения. Направлен в пульмонологическое отделение для обследования.

- **Анамнез жизни:** редкие вирусные инфекции. В течение последнего года наблюдается у дерматолога по поводу распространенного контагиозного моллюска.
- Отец ребенка умер в возрасте 30 лет (причина со слов матери и бабушки неизвестна). Мать (со слов) здорова.
- Обследован: Физическое развитие среднее.
- Одышки, участия вспомогательной м-ры в дыхании нет
- Аускультативно: жесткое дыхание.
- Анализ крови – СОЭ – 40 мм/час
- Sat O₂ – 97 %
- ФБС – двусторонний катаральный эндобронхит с диффузной слизистой гиперсекрецией.
- Посев БАЛ – St. aureus 10⁴
- Спирометрия – ЖЕЛ легко снижена.
- Бодиплетизмография ООЛ в норме; воздухонаполненность на уровне спонтанного выдоха в пределах нормы; после вентолина – без значимой динамики. Диффузионная способность



Признаки интерстициальных изменений обоих легких с наличием перибронхиально и центрилобулярно расположенных узелков, кистовидных изменений.

Диагноз: ИЗЛ.
Гистиоцитоз? ЛИП?
Консультация КТЛ в
отделе ИЗЛ: ЛИП?
Рекомендована
биопсия легочной
ткани.



- Рентгенограмма турецкого седла: патологических изменений не выявлено.
- Иммуногистохимическое исследование БАЛ : в объеме исследования материала иммуногистохимические (CD1a) признаки гистиоцитоза не обнаружены
- Диагноз: ИЗЛ. Для верификации диагноза планировалась биопсия легочной ткани методом видеоторакоскопии
- Инфекционист : у матери ребенка ВИЧ- инфекция, она отказывается от лечения и наблюдения. Ребенок у инфекциониста не наблюдался.
- по результатам ИФА, иммуноблоттинга выявлен ВИЧ-1

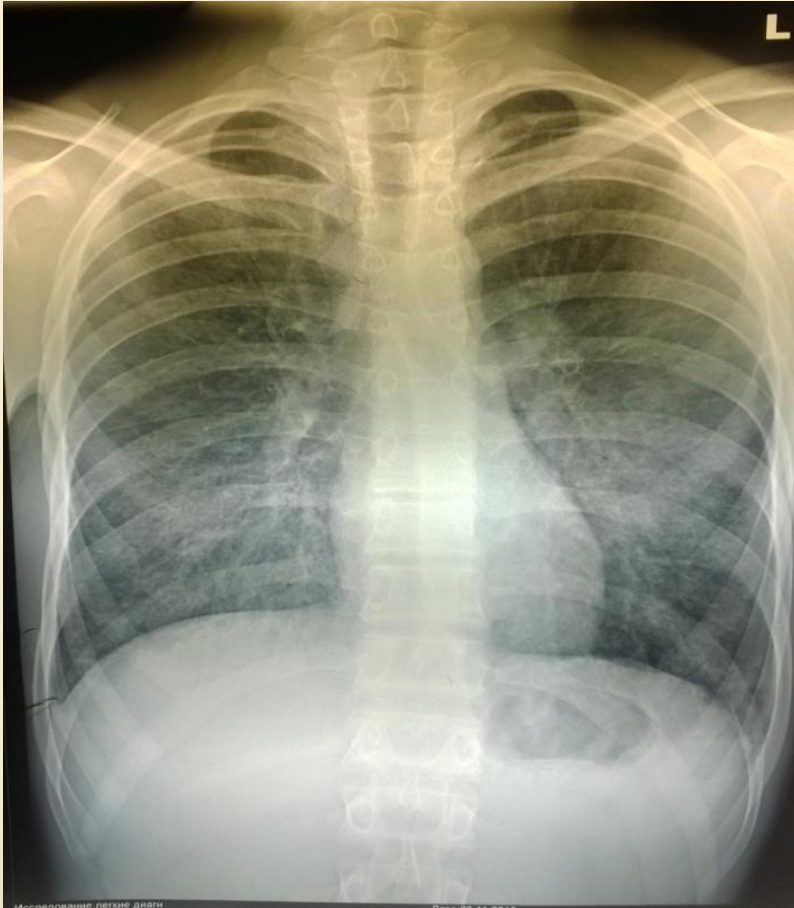
- **Диагноз: ВИЧ-инфекция, 3 стадия. Лимфоидный интерстициальный пневмонит. ДН -0**
- Путь передачи: вертикальный??
- Недооценка симптомов и анамнестических данных (уточнение причин смерти отца в молодом возрасте, распространенный контагиозный моллюск)

Клинический случай 3

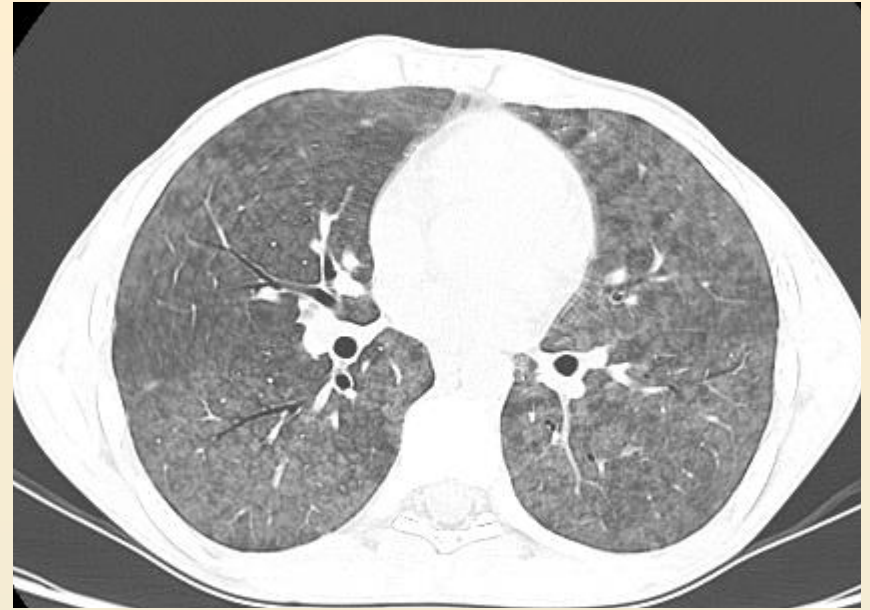
- Мальчик 16 лет
- Жалобы на потерю веса (7 кг за 1 месяц), слабость, лихорадку до 38 градусов, редкий кашель, одышку в покое.
- Болен в течение 1.5 месяцев. Лечился в стационаре по м/ж, получал антибактериальную терапию, преднизолон, беродуал, без эффекта. Дз: Отравление парами бензина (2 месяца перед болезнью работал в автомастерской). о Крапивница на прием АМК

- **Анамнез жизни:** Редкие вирусные инфекции. Отчим и мать ребенка ВИЧ инфицированы.
- **При осмотре:** Вялый, настроение подавленное. БЭН – 2 степени. Лихорадит до 38⁰. Одышка с участием вспомогательной м-ры, тахипноэ -32 в минуту, тахикардия – 128. Sat – 96%.
При аускультации дыхание везикулярное, ослабленное, особенно в нижних отделах. Необильные крепитирующие хрипы в нижних отделах.

- **ФВД – крайне резкое снижение ЖЕЛ (30%), умеренные нарушения бронхиальной проходимости.**
- **Иммунологическое исследование крови: гипериммуноглобулинемия А, М, Е; относительная Т-лимфоцитопения**
- **Анализ крови: лейкопения $3,5 \cdot 10^9$ г/л, п/я – 10%. СОЭ - 38 мм/ч.**
- **Посев крови на стерильность – отрицательный**
- **СРБ – 6-30**



Двусторонние
распространенны
е
интерстициальны
е изменения.



Двустороннее распространенное уплотнение легочной ткани по типу матового стекла. ВГЛУ увеличены (в бифуркации до 21x13 мм, в аортопульмональном окне до 16x12 мм). **Диагноз: ВИЧ – инфекция 4-й стадии. Пневмоцистная пневмония**

Путь передачи??

Ошибки допущены при наблюдении по месту жительства.

Выводы

- В каждом случае диагностика ВИЧ представляла определенные трудности, связанные с течением болезни и отсутствием информации о контактах.
- В то же время в каждом случае ряд признаков указывал на возможную ВИЧ-инфекцию.
- Необходимо помнить о возможности данной патологии у детей, о различных способах передачи ВИЧ-инфекции, о необходимости полноценного контакта с представителями семьи и инфекционистами.