

СЛУЧАИ ИЗ ПРАКТИКИ

© ЕМЕЛЬЯНЧИК Е.Ю., АНЦИФЕРОВА Л.Н., КИРИЛЛОВА Е.П., СТЕПАНОВА О.С., БОРИСОВА М.В., ФЕДОРОВ А.В., КРАСИЦКИЙ А.И. – 2013
УДК 616-002.951-036.11-07-053.2

ТРУДНЫЙ ДИАГНОЗ: КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ВИСЦЕРАЛЬНОГО ТОКСОКАРОЗА У РЕБЕНКА

Елена Юрьевна Емельянчик¹, Людмила Николаевна Анциферова², Екатерина Петровна Кириллова¹,
Ольга Сергеевна Степанова¹, Марина Васильевна Борисова², Александр Владимирович Федоров²,
Александр Иванович Красицкий²

(¹Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого, ректор – д.м.н., проф. И.П. Артюхов; ²Красноярская краевая клиническая детская больница, гл. врач – А.В. Павлов)

Резюме. В статье представлен алгоритм дифференциальной диагностики причин лихорадки у четырехлетней девочки. Диагностический поиск исключил инфекционные болезни, дебют аутовоспалительных, неопластических, лимфопролиферативных заболеваний, гемобластоза. Определяющую роль сыграли компьютерная томография и иммуноферментный анализ.

Ключевые слова: гельминтозы, лихорадка неясного генеза, дети, дифференциальный диагноз.

DIFFICULT DIAGNOSIS: CLINICAL CASE OF THE VISCERAL TOXOCAROSIS IN A CHILD

E.Y. Emelyanchik¹, L.N. Anciferova², E.P. Kirillova¹, O.S. Stepanova¹, M.V. Borisova², A.V. Fedorov², A.I. Krasickiy²
(¹Krasnoyarsk State Medical University named after Prof. V.F. Voyno-Yasenetsky,
²Krasnoyarsk Region Clinical Children's Hospital)

Summary. In this paper is presented an algorithm of differential diagnosis for causes of four-year-old girl's long fever. Infectious diseases, debut of autoinflammation, neoplastic, lymphoproliferation illnesses, hemoblastosis were excluded by diagnostic search. Computer tomography and immunofermental analysis played a determinant role in diagnosis of helminthiasis.

Key words: helminthiasis, the fever of unclear genesis, children, differential diagnosis.

В педиатрической практике лихорадка является одним из самых тревожных клинических симптомов. Лихорадка у детей раннего и младшего возраста определяет максимально широкий круг дифференциальной диагностики заболеваний, лежащих в основе гиперергической температурной реакции, от крайнего проявления бактериальной инфекции – септического процесса – до дебюта гемобластоза, лимфопролиферативного или онкологического заболевания. Мы представляем вниманию коллег клинический случай, который потребовал применения наиболее современных диагностических методов для выявления причины лихорадки у ребенка.

Анастасия П., 3,5 лет, заболела остро 25 августа 2012 года, с подъема температуры тела до 39°C-40,1°C, появления болей в животе, однократной рвоты; к вечеру этого же дня возникла боль в мышцах левого бедра с иррадиацией в голень, сохранявшаяся ночью. Впоследствии болевой синдром с такой же хронологической периодичностью персистировал в течение всего периода наблюдения.

Из анамнеза болезни: при обследовании по месту жительства в моче обнаружена лейкоцитурия до 10-12 клеток в поле зрения, эритроцитурия – до 15-20 в поле зрения, и ребенок был госпитализирован в центральную районную больницу с подозрением на острый пиелонефрит. Получила курс амоксициклава (500 мг/сутки, в течение 5 дней). Несмотря на проводимую терапию, фебрильная температура и боли в левом бедре сохранялись, что послужило поводом для смены антибактериального препарата на комбинацию (лендацин 700 мг/сутки и сумамед 125 мг/сутки). Тем не менее, проводимая терапия оставалась неэффективной: сохранялась фебрильная температура с подъемом до 40°C, до трех раз в течение суток, с кратковременным (не более, чем на 6 часов) снижением до 37°C на фоне приема нестероидных противовоспалительных препаратов – ибупрофена в сиропе, в суточной дозе не более 300 мг. Боль была очень интенсивной и максимально выраженной ночью – девочка просыпалась, плакала, поэтому в лечение был добавлен индометацин. В сентябре 2012 года в связи с неясностью диагноза и неэффективностью терапии девочка была госпитализирована в отделение кардионефрологии КККДБ. К моменту поступления период лихорадки составил месяц, диагноз при поступлении был сформулирован как «лихорадка неясного генеза».

Из анамнеза жизни известно, что девочка – второй ре-

бенок в семье (старшему брату 6 лет, считается здоровым), родилась от 2 срочных родов. Отмечено адекватное психомоторное развитие на первом году жизни и в период раннего детства. Привита по календарю. Реакция Манту в 2010 г. – 10 мм, в 2011 г. – 10 мм; в феврале 2012 года – 8 мм. Семья проживает в сельской местности, в частном доме, имеет домашних животных. Среди перенесенных ребенком заболеваний – редкие респираторные инфекции, в последние 6 месяцев – частые эпизоды обструктивного бронхита. В декабре 2011 г. и в июне 2012 г. получила лечение по поводу аскаридоза, лямблиоза (альбендазол). Тем не менее, медицинских данных для подтверждения гельминтозов из района получить не удалось. Детских инфекций, травм, операций в анамнезе нет. Аллергологический анамнез семьи не отягощен. У ребенка аллергических проявлений не отмечалось.

При поступлении в стационар краевой больницы состояние тяжелое, вялая, предпочитает лежать. Температура тела – 38,4°C, жалуется на боль в середине левого бедра с иррадиацией по наружной поверхности голени. Рост 99 см, масса тела – 14 кг. Кожные покровы чистые, бледно-розовые, умеренной влажности. Видимые слизистые чистые, влажные; катаральных явлений нет. Пальпируются поднижнечелюстные лимфатические узлы, около 1 см в диаметре, эластичные, безболезненные, не спаянные с окружающими тканями; подмышечные и паховые – мелкие, до 0,5 см, эластичные, безболезненные. Грудная клетка обычной формы. Перкуторно звук ясный, легочный. Дыхание над легочными полями проводится симметрично, хрипов нет, частота дыханий – 20-22 в минуту. Границы относительной сердечной тупости не расширены. Сердечные тоны достаточной громкости, ритмичные, верхушечный толчок в 4 межреберье, на 1 см наружу от левой срединноключичной линии. Частота сердечных сокращений – 126 ударов в минуту. Патологических шумов нет. Живот мягкий, безболезненный. Печень выступает на 3,0 см из-под реберной дуги, плотная; селезенка не пальпируется. Физиологические оправления не нарушены.

Клинический анализ крови выявил умеренную анемию: эритроциты – 3,7·10¹²/л, гемоглобин – 92 г/л; значительный тромбоцитоз 610·10⁹/л; лейкоцитоз – 18,9·10⁹/л с небольшим сдвигом формулы влево – палочкоядерные – 4%, сегментоядерные лейкоциты – 46%, лимфоциты – 34%, эозинофилы – 8%, моноциты – 8%; выраженную гуморальную активность –

увеличение СОЭ до 68 мм/час.

Клинический анализ мочи патологии не выявил. В анализе кала яйца глистов, простейшие не были обнаружены. Исследование на энтеробиоз – с отрицательным результатом. В биохимическом анализе крови установлена диспротеинемия за счет снижения альбуминов до 36,2% и повышения уровня макроглобулинов α 2-фракции до 22,26%. Кроме того, были выявлены неспецифические признаки воспаления: увеличение концентрации сиаловых кислот до 2 норм (5,46 ммоль/л), С-реактивного белка до 20 норм (11 мг/дл), С3 фракции комплемента – до 3 норм, фибриногенемия 9 г/л, прирост величины маркера тромбинемии – растворимых фибриномономерных комплексов до 6 норм (24 мг/дл).

Учитывая остроту клиники, локализацию боли и высокую гуморальную активность, в первые сутки пребывания в стационаре был исключен остеомиелит: по данным рентгенологического исследования бедренных костей и тазобедренных суставов деструктивных, травматических и воспалительных изменений в костной ткани не выявлено. Ультразвуковое исследование тазобедренных суставов также значительных структурных изменений не выявило. Компьютерная томография тазобедренных суставов – жидкости и деструктивных изменений в тазобедренных суставах не определяется. Суставные щели в тазобедренных суставах равномерные. Учитывая особенность строения – суставные впадины не глубокие, шейчно-диафизарные углы несколько сглажены, высказано предположение о врожденной дисплазии тазобедренных суставов.

В ходе консультации хирургом по результатам клинической динамики и визуализационных методов диагностики данных за острое хирургическое заболевание костей конечностей установлено не было. Однако, учитывая наличие стойкого болевого синдрома, рекомендовано исключить поражение органов малого таза и тазобедренных суставов опухолевым процессом. По данным ультразвукового исследования органов малого таза, включая органы мочевыделительной системы структурно-воспалительных изменений не выявлено.

Эхокардиографическая оценка структур сердца определила размеры камер, соответствующие возрастной норме, сохранную систоло-диастолическую функцию, прозيب неизмененного митрального клапана до 4,0 мм в левое предсердие с регургитацией I степени; аномальное прикрепление хорды в области верхушки левого желудочка. Остальные клапаны сердца интактны. Систолическое давление в легочной артерии – 10 мм рт.ст.

Проведено ультразвуковое исследование сосудов нижних конечностей – установлено, что глубокие вены проходимы, без признаков клапанной недостаточности. Подкожные вены проходимы, без признаков варикозной деформации и клапанной недостаточности. Тромбоз сосудов исключен.

На рентгенограмме органов грудной клетки в прямой проекции выявило, не выявило очаговых инфильтративных теней, корни структурные, синусы свободны, тень сердца расположена срединно, не расширена. Ребенок был осмотрен неврологом, но ни очаговой, ни общемозговой симптоматики выявлено не было.

Серологическое исследование позволило исключить ряд инфекционных заболеваний: получен отрицательный анализ на антитела к стрептококку, отвергающий острую ревматическую лихорадку, исключены вирусные гепатиты (отрицательный HBsAg, HCV). Не нашла подтверждения инфекции атипичными возбудителями – антитела класса IgM и IgG к *Chlamydia trachomatis* отрицательные, IgM и IgG *Ureaplasma urealyticum* отрицательные, IgA и IgG *Mycoplasma hominis* также отрицательные. В ходе обследования были исключены респираторные инфекции – пневмослайд также отрицательный.

Антитела к цитомегаловирусной инфекции IgM – отрицательные, IgG – положительные, ОП=0,21, Онкр.=0,14; антитела к вирусу герпеса IgM отрицательные, IgG – положительные. Антитела к вирусу Эпштейна-Барра к VCA IgM (к антигену вирусного капсида, то есть к внутренней части вируса) положительные, ОП=0,69, Онкр.=0,24, IgG к ядерному EBNA отрицательные, IgG – положительные, ОП=2,1 Онкр.=0,21. Учитывая появившееся подозрение на ЭВБ-инфекцию, было проведено молекулярное исследование. Результат полимеразной цепной реакции крови на ЦМВ – отрицательный; герпес 1,2 типов – отрицательный; ЭВБ-

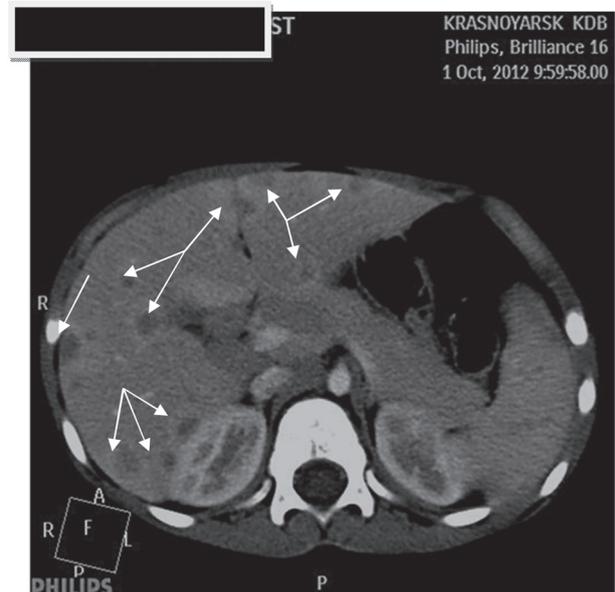
инфекцию – отрицательный.

Параллельно диагностическим исследованиям на инфекции, проводилось исключение дебюта аутоиммунных заболеваний: отсутствие антител к двуспиральной ДНК, антинуклеарного фактора не подтвердило начало системной красной волчанки; отрицательный ревматоидный фактор, отсутствие лихорадки, сопряженной с характерной сыпью, суставным синдромом дебюта системного варианта ревматоидного артрита.

Консультирован гематологом, с целью исследования функций кроветворной системы была проведена стерильная костно-мозговая пункция – по результатам оценки миелограммы костный мозг клеточный, атипических клеток не обнаружено, угнетения миело- и кардиоцитарного ростков не установлено.

В целях исключения злокачественного заболевания рекомендована компьютерная рентгенография органов брюшной полости, тем более, что с учетом данных ультразвукового исследования органов брюшной полости – размеры печени увеличены, структура неоднородная за счет множества образований пониженной эхогенности, диаметром от 7,7 до 13,5 мм, с ровными четкими контурами; размеры селезенки увеличены (длина 79,5 мм, толщина 39,2 мм), структура однородная. Следовательно, результат сонографического обследования представил гепатоспленомегалию с очаговыми изменениями паренхимы печени.

Компьютерная томография органов брюшной полости стала важнейшим (если не решающим) диагностическим методом, так как определила характеристики неоднородности структуры печени с ровными, четкими контурами, наличие множества диффузно расположенных округлой формы образований, диаметром до 2 см, с довольно четкими ровными контурами. При введении контрастного вещества данные образования интенсивно накапливают его по периферии в виде «колец» (указаны стрелками на фотографиях). Аналогичные образования определяются в селезенке. Диффузное поражение печени и селезенки с кольцевидными образованиями являются патномоничным симптомом паразитарного поражения внутренних органов токсокарозом [1,2].



Абсолютным подтверждением этого диагноза стало обнаружение антител к токсокарам в диагностически значимом титре 1:3200. Следует отметить, что острый инвазивный процесс подтверждает титр антител 1:800, тогда как в нашем наблюдении было получено четырехкратное превышение диагностического титра [4]. Офтальмологическое исследование поражения глаз не установило [3].

С учетом последних яркой клинической картины и последних диагностических сведений, был установлен диагноз: «Токсокароз, висцеральная форма» [1,4]. Сразу при подтверждении гельминтоза девочке был назначен немозол 250 мг в сутки (около 20 мг/кг/сутки). На фоне лечения был получен отчетливый позитивный эффект: в первый день приема аль-

бендазола температура тела нормализовалась, купировались боли в ноге, ребенок стал активным, улучшился аппетит, печень сократилась до 2 см по правой срединноключичной линии. Отмечена позитивная динамика в анализе периферической крови: снижение СОЭ до 19 мм/час, уровня лейкоцитов – до $12 \cdot 10^9/л$, $Tr. - 588 \cdot 10^9/л$; сохранялась эозинофилия – 7%.

ЛИТЕРАТУРА

1. Тумольская Н.И., Сергиев В.П., Лебедева М.Н. и др. Токсокароз. Клиника. Диагностика. Лечение. Профилактика: Информационно-методическое пособие. – М., 2004. – 48 с.
2. Watthanakulpanich D. Diagnostic Trends of Human

Таким образом, настоящий клинический случай показал отсутствие настороженности у педиатров в отношении гельминтозов, несмотря на характерный социальный и медицинский анамнез пациента, объективные трудности в оценке клинических данных, а также подчеркнул лидирующие позиции иммуноферментного анализа и компьютерной томографии в диагностике висцеральных форм токсокароза.

- Toxocariasis // J Trop Med Parasitol. – 2010. – Vol. 33. – P.44-52.
3. Good B., Holland C.V., Taylor M.R., et al. Ocular toxocariasis in schoolchildren // Clin Infect Dis. – 2004. – Vol. 39. – P.173-178.
 4. Bruschi E., Castagna B. The serodiagnosis of parasitic infections // Parasitol. – 2004. – Vol. 46. – P.141-144.

Информация об авторах: Емельянчик Елена Юрьевна – д.м.н., профессор, e-mail: lenacor@mail.ru; Анциферова Людмила Николаевна – заведующая отделением, главный внештатный детский кардиолог Красноярского края; Кириллова Екатерина Петровна – к.м.н., доцент; Степанова Ольга Сергеевна – ординатор кафедры; Борисова Марина Васильевна – к.м.н., заведующая отделением, главный внештатный детский гематолог Красноярского края; Федоров Александр Владимирович – заведующий отделением; Красицкий Александр Иванович – врач отделения.

© САМБОРСКАЯ И.С. – 2013
УДК: 613.72

НАРУШЕНИЕ СЕРДЕЧНОГО РИТМА У ДЕТЕЙ ОТ 0 ДО ГОДА ПО МАТЕРИАЛАМ ОТДЕЛЕНИЙ ИВАНО-МАТРЕНИНСКОЙ ГОРОДСКОЙ ДЕТСКОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЫ

Ирина Сергеевна Самборская

(Иркутский государственный медицинский университет, ректор – д.м.н., проф. И.В. Малов, кафедра детских болезней, зав – д.м.н., проф. Л.А. Решетник; Ивано-Матренинская городская детская клиническая больница, гл. врач – д.м.н., проф. В.А. Новожилов)

Резюме. В статье представлены результаты ретроспективного анализа историй болезни детей грудного возраста с нарушениями сердечного ритма. Выявлены высокая распространенность и полиморфизм аритмий и нарушений проводимости, факторы риска и сопутствующие заболевания.

Ключевые слова: нарушение сердечного ритма, дети.

ABNORMALITY OF CARDIAC RHYTHM IN CHILDREN AGED FROM 0 TO ONE YEAR OLD ON THE MATERIALS OF DEPARTMENTS OF IRKUTSK CITY CHILDREN'S CLINICAL HOSPITAL

I.S. Samborskaja

(Irkutsk State Medical University, Irkutsk Municipal Children's Hospital)

Summary. The paper presents the results of the retrospective analysis of case records of infants with abnormality of cardiac rhythm. High prevalence and polymorphism of arrhythmia and abnormality of conductivity, risk factors and accompanying diseases have been revealed.

Key words:

В настоящее время все больше возрастает сердечно-сосудистая патология детей, среди которых значительное место занимает нарушение ритма сердца (НСР).

Аритмия сердца встречается у детей всех возрастных групп и причинами их возникновения бывают кардиальные, экстракардиальные и сочетанные.

До настоящего времени отсутствуют полные данные об уровне и структуре НСР среди детей, особенно раннего возраста. В отличие от взрослых, у детей нарушение ритма сердца нередко протекает бессимптомно и в 30-40% случаев является случайной находкой. Нередко хронические НСР диагностируются слишком поздно, когда никакие виды терапии не могут предотвратить летальный исход.

Несмотря на определенные успехи, достигнутые к настоящему времени в изучении клинических и электрокардиографических особенностей аритмий у детей, относятся к одной из наиболее сложных проблем детской кардиологии.

Многие исследователи уделяют большое внимание проблеме диагностики лечения сердечно-сосудистой патологии у новорожденных и детей первых лет жизни. Считается, что многие тяжелые поражения сердца, приводящие к ранней инвалидизации и даже к летальному исходу, имеют начало именно в этом возрасте. Важность и актуальность проблемы аритмий у детей объясняется тем, что внезапная смерть детей, включая период новорожденности, часто связана с

нарушением ритма и проводимости.

Эти данные побуждают к поиску эффективных методов ранней диагностики, лечения и профилактики НСР и проводимости – что и явилось целью данной работы.

Материалы и методы

Проведен ретроспективный анализ 94 историй болезни на базе 4-х отделений (хирургия новорожденных, грудное отделение, патология новорожденных N1, N2) ИМДГКБ.

Исследование включало: анализ анамнестических данных, медикобиологических характеристик, лабораторных и инструментальных методов (ЭКГ, холтеровское мониторирование ЭКГ, ЭхоКГ, МРТ головного мозга).

Под наблюдением находились 57 мальчиков, 37 девочек в возрасте от 0-1 года. Из них 67 детей в возрасте до 1 месяца (71,2%). 64 ребенка родились в срок, 32 недоношенных (недоношенность 1 ст. – 12 детей, 2 ст. – 9 детей, 3 ст. – 5 детей, 4 ст. – 4 ребенка).

Оценка по шкале Апгар на 1 мин. в среднем (от 2 до 8), на 5 мин. (от 4 до 10 баллов); СДР зарегистрирован у 9 детей; на ИВЛ разной продолжительности находились 11 детей.

Выявленные анамнестические особенности касались неблагоприятия перинатального периода, перенесенных заболеваний, семейного анамнеза.