

Е.В. Вологжанина, Н.П. Канычева, М.И. Степнов, О.Ю. Синевич

ГУЗОО Областная детская клиническая больница,
Омская государственная медицинская академия,
Омский государственный педагогический университет,
г. Омск

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ВЫЯВЛЕНИЯ ПОЗДНЕГО ВРОЖДЕННОГО СИФИЛИСА В ПРАКТИКЕ ПЕДИАТРА

Описан случай диагностики позднего врожденного сифилиса (врожденный хориоретинит, периостит, гуммы) у девочки в возрасте 3-х лет.

Ключевые слова: дети, врожденный сифилис, диагностика.

E.V. Vologzhanina, N.P. Kanicheva, M.I. Stepnov, O.YU. Sinevich
THE CLINICAL CASE OF INDICATING THE LATE CONGENITAL SYPHILIS
IN PEDIATRIST PRACTICE

The case of the late congenital syphilis (congenital chorioretinitis, periostitis, gummas) diagnostic of 3 years-old girl is described.

Key words: children, congenital syphilis, diagnostics.

Можитова Риза доставлена в Областную детскую клиническую больницу г. Омска 22 апреля 2004 г. в возрасте 3 лет бригадой скорой помощи в тяжелом состоянии за счет интоксикации, дыхательной недостаточности II-III ст., тяжелой анемии. На момент поступления девочка являлась гражданкой России, проживала в одном из районов Омской области. Мать во время беременности наблюдалась в Казахстане, и до 2 лет ребенок проживал там же. Беременность первая, протекавшая со слов матери нормально. Но родилась девочка в 7 мес., с массой тела 1800 г, закричала после санации верхних дыхательных путей. Выписана из родильного дома на 7 сутки с массой тела 1600 г (представлена амбулаторная карта с выпиской из родильного дома), на второй этап выхаживания не переводилась. Грудь матери получала до 3 лет. В 2 месяца имела массу тела 3000 г, в 1 год — 5600 г. Держит голову с 3 мес., девочка не ходит, и на ноги ранее не опиралась. Привита по Национальному календарю Казахстана. Перенесла ОРВИ и кишечную инфекцию неуточненной этиологии.

При поступлении состояние ребенка очень тяжелое. Одышка с втяжением межреберных промежутков, ЧД 72 в мин. Периферические лимфоузлы не увеличены, Деформация ногтевых фаланг по типу

«часовых стекол». Кожа, слизистые полости рта, конъюнктивы очень бледные. Ушные раковины «прозрачные». Подкожно-жировая клетчатка истончена, тургор тканей и мышечный тонус снижены. «Башенный» череп, «седловидный» нос, утолщение грудно-ключичного сочленения (симптом Авситидийского), коленные суставы утолщены. Горизонтальный нистагм. Зев спокоен. Перкуторно над легочными полями коробочный звук. Дыхание проводится во все точки аускультации, жесткое. Рассеянные свистящие хрипы. Кашель болезненный, малопродуктивный. Сердечные тоны приглушенные, ритмичные, тахикардия до 150 ударов в минуту. При перкуссии границы сердечной тупости расширены влево на 1,5 см. Живот увеличен в объеме, печень выступает из-под края реберной дуги на 4 см, селезенка не пальпируется. Множественный кариес. Отсутствуют передние резцы. Масса тела при поступлении 8300 г. Беспокоится при перкуссии нижних конечностей.

При поступлении в общем анализе крови: Hb — 23 г/л; Эп — $0,25 \times 10^{12}/л$; L — $25,9 \times 10^9/л$; п — 18 %; с — 74 %; л — 7 %; м — 1 %; СОЭ — 54 мм/час.

Общий анализ мочи без патологии.

Рентгенограмма органов грудной клетки: Легочные поля вздуты, рисунок усилен за счет гиперволемии, Синусы свободные. Сердце — кардиомегалия, увеличен поперечник, верхушка провисает. Сосудистый пучок в норме.

При поступлении поставлены диагнозы: «Обструктивный бронхит, ДН 2-3 степени. Врожденная патология легких? ВПС с обогащением малого кру-

Корреспонденцию адресовать:

Вологжанина Елена Владимировна,
644010, г. Омск, ул. Куйбышева, 77,
Областная детская клиническая больница.
Тел. раб.: 8(3812)36-28-35.

га кровообращения? Анемия тяжелой степени, железодефицитная».

УЗИ брюшной полости: гепатомегалия.

Сразу при поступлении начата интенсивная терапия: ингаляции с беродуалом, пульмикортом, муколитики, увлажненный кислород, антибактериальная терапия, капотен, фуросемид, проведена трансфузия эритроцитарной массы.

В процессе обследования исключен врожденный порок сердца. На фоне проводимой терапии состояние ребенка улучшилось, но оставалось не ясно, почему ребенок не ходит, и также не ясна причина нистагма.

Окулист осмотрел ребенка и выявил врожденный хориоретинит слева.

Диски зрительных нервов розовые, четкие. Сосуды не изменены. Слева в макулярной области очаг хориоретинита в 1/6 Д с четкими границами, с отложениями пигмента.

Осмотрен неврологом: менингеальных нет. Округлость головы 44,5 см, окружность груди 45,5 см. Мышечный тонус диффузно снижен. Сухожильные рефлексы симметричные, оживлены, патологических знаков нет.

ЭНМГ — по данным ЭНМГ исследований получены признаки синдрома нейропатии правого малоберцового нерва. Уровень денервационного процесса оценить не удалось. Переднероговая активность достоверно не зарегистрирована.

Реакция Вассермана у ребенка ++++ с титром 1/200.

Реакция Вассермана у матери ++++ с титром 1/320.

Учитывая положительные реакции Вассермана ребенку проведено рентгенологическое исследование нижних конечностей в прямой проекции (рис. 1): в проекции дистальных эпифизов обеих бедренных костей краевые дефекты, окруженные склеротическим валиком с неровным контуром.

Рентгенография локтевых суставов (рис. 2 и 3): В проекции проксимальной трети обеих локтевых костей определяются участки разрежения костной ткани, овальной формы, длинная ось которых совпадает с длинной осью кости. На правой локтевой кости два изолированных участка размером 30 × 5 мм и 10 × 1 мм; с краевым расположением большого участка с истончением кортикального слоя по латеральному контуру локтевой кости. Слева определяется один участок разрежения размером 12 × 3 мм. Так же имеется утолщение средней трети диафиза лучевой кости справа.

Сведения об авторах:

Вологжанина Елена Владимировна, врач высшей категории, заведующая приемно-диагностическим отделением Областной детской клинической больницы, г. Омск, Россия.

Канычева Наталья Петровна, врач высшей категории, зам. главного врача по лечебной работе Областной детской клинической больницы, г. Омск, Россия.

Степнов Михаил Иванович, канд. мед. наук, доцент кафедры детских болезней № 1 Омской государственной медицинской академии, г. Омск, Россия.

Синеви́ч Ольга Юрьевна, канд. мед. наук, доцент кафедры специальной психологии Омского государственного педагогического университета, г. Омск, Россия.

Рисунок 1



Рисунок 2



Рисунок 3



циты. Реакция Вассермана с цельным ликвором в разведении 1 : 1 и 1 : 5 отрицательная.

Девочке назначена специфическая терапия: пенициллина новокаиновая соль 50 мг/кг в сутки на 28 дней с перерывом в 2 недели, затем повторный

курс в той же дозе еще на 2 недели. Также назначена специфическая терапия матери.

Через 4 месяца после выписки состояние девочки удовлетворительное, прибавила в массе 3 кг, самостоятельно ходит.

В МИРЕ РАСТЕТ ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ПОЛИОМИЕЛИТОМ

По данным ВОЗ, в мире растет заболеваемость полиомиелитом, и вспышки этого заболевания наблюдаются во все большем числе стран. Всего в этом году зарегистрировано 1406 случаев заболевания, в прошлом году за такой же период времени заразилось 635 человек.

За период с апреля этого года вспышки инфекции зарегистрированы в 10 странах помимо четырех эндемичных по полиомиелиту - Афганистана, Пакистана, Индии и Нигерии, а в этих странах, где инфекция циркулирует постоянно, заболеваемость возросла более чем вдвое по сравнению с предыдущим годом. В Африке полиомиелит распространился до Анголы на юге и до Эфиопии на западе.

По словам экспертов, на каждый зарегистрированный случай заболевания приходится примерно 200 мало- или бессимптомных случаев.

В этом году в очагах инфекции обнаружены вирусы типов 1 и 3, что заставило ВОЗ пересмотреть планы вакцинации, по которым с 2005 года рекомендованы моновалентные прививки против типа 1. В новые рекомендации включена также моновалентная вакцина против типа 3.

Источник: Medportal.ru