

гических исследований пациентов с виллюским энцефаломиелитом представляет огромный научный интерес и может послужить научно-практической

платформой для дальнейшего изучения нейродегенеративных заболеваний в Республике Саха (Якутия) с применением нового поколения геномных

и эпигенетических технологий и биоинформатики, а также глубокого функционального иммунопатологического анализа.

СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ

Е.Ф. Аргунова, С.Н. Алексеева, О.Н. Иванова, С.А. Кондратьева, О.В. Ядреева, Н.А. Слепцова, Е.В. Хрюкина, А.А. Сивцева

ВРОЖДЕННЫЙ СИФИЛИС В СОСТАВЕ МИКСТ-ИНФЕКЦИИ У РЕБЕНКА 1 МЕСЯЦА ЖИЗНИ

УДК 616-053.2:616.36-002

В статье приведен клинический пример раннего врожденного сифилиса у ребенка 1 месяца, прошедшего лечение в онкологическом отделении Педиатрического центра РБ № 1-НЦМ и Детской городской клинической больнице №2. Диагноз при поступлении: анемия тяжелой степени, тромбоцитопения, острый лейкоз, жалобы на высыпания по всему телу, желтушность кожных покровов, общую слабость. У ребенка констатирована врожденная микст-инфекция: ранний сифилис, цитомегаловирусная, герпес, хламидийная, микоплазменная.

Пациент осмотрен специалистами: неврологом, гематологом, дерматовенерологом. Дерматовенерологом рекомендовано лечение пенициллином в дозе 100 тыс. ед/кг/сут. Кроме этого, назначены внутривенно нецитотек в возрастной дозе по схеме, иммуноверин в течение 3 дней. Также проводилась гемоконпонентная заместительная, симптоматическая терапия, вводился альбумин. На фоне такого лечения состояние ребенка улучшилось, температура нормализовалась, прибавил в весе.

Ключевые слова: сифилис, новорожденный, анемия, микоплазменная инфекция, хламидиоз, герпес, тромбоцитопения.

This article deals with the clinical case of early congenital syphilis in the 1 month child, admitted to the Oncology Department of the Pediatric center of Republican hospital №1 – National Center of Medicine and the Children's City Hospital №2. Complaints on admission to the hospital were rashes all over the body, yellowness of the skin, general weakness. The child was diagnosed with a congenital mixed infection: early syphilis, cytomegalovirus, herpes, chlamydia, mikoplazma.

The patient was examined by specialists: a neurologist, a hematologist and dermatologist. Dermatologist recommended treatment with penicillin in a dose 100 thousand kg/day, divided into 6 injections over 28 days. In addition, neocytotect intravenously in age dose according to the scheme, immunoverin within 3 days. Also there was conducted hemocomponent substitutional, symptomatic therapy and albumin. On the background of such treatment the child's condition has improved, he has no longer a temperature, put on weight.

Keywords: syphilis, newborn, anemia, Mycoplasma infection, Chlamydia, herpes, thrombocytopenia.

Введение. В России и других странах после периода относительно низкой и стабильной заболеваемости сифилисом в 1980-х гг. отмечалась устойчивая тенденция ее роста, начиная с 1990-х гг. [1, 5]. Сохранение высокого уровня регистрируемого сифилиса можно объяснить воздействием ряда факторов: ухудшение социально-экономической ситуации, трансформация сексуальной культуры и поведения населения, изменения в системе

диспансерного наблюдения и выявления контактных лиц [3, 5]. Серьезными проблемами здравоохранения остаются врожденный сифилис, приобретенный сифилис у детей и подростков, сифилитическая инфекция у беременных женщин. Нарушение развития плода на фоне внутриутробной инфекции, как правило, сочетается со снижением адаптации новорожденного в неонатальном, нарушением физического и интеллектуального развития детей в постнатальном периодах [4, 5]. По данным официальной статистики, число детей, больных ранним врожденным сифилисом (РВС), в 2005 г. составило 325 чел., 2006 г. – 321, 2007 г. – 325, 2008 г. – 249, 2009 г. – 190 [2].

Поэтому остаются актуальными вопросы своевременной диагностики и адекватной терапии данной патологии. В процессе диагностики РВС имеет большое значение дифференцирование скрытой формы заболевания от симптомной.

Цель исследования: демонстрация типичной клинической картины течения врожденного сифилиса в составе микст-инфекции на клиническом приме-

Результаты наблюдения. Рассмотрен клинический пример раннего врожденного сифилиса у ребенка 1 месяца. Мальчик А.С. в возрасте 1 месяца 12 дней поступил в онкологическое отделение Педиатрического центра республиканской больницы №1-Национального центра медицины (РБ № 1-НЦМ) из улуса с правильным диагнозом: анемия тяжелой степени, тромбоцитопения, острый лейкоз. Жалобы при поступлении в стационар на высыпания по всему телу, желтушность кожных покровов, общую слабость.

Матери ребенка 19 лет. Мальчик от 1 беременности, желанный. Первая и вторая половины беременности протекали с токсикозом, анемией. Роды в срок на 40-й неделе, естественные, родоразрешение без осложнений. В период беременности мать ребенка состояла на учете, но на акушерский осмотр являлась нерегулярно. Реакция микропреципитации (РМП) RW у матери во время беременности, со слов, была отрицательной. Масса тела ребенка при рождении 3050 г, длина 48 см, окружность груди 34 см, головы – 33 см. Оценка по шкале Апгар 8/9

Мединститут СВФУ им. М.К. Аммосова: **АРГУНОВА Елена Филипповна** – доцент, eargunova@mail.ru, **АЛЕКСЕЕВА Саргылана Николаевна** – доцент, sargylanao@mail.ru, **ИВАНОВА Ольга Николаевна** – проф., olgadoctor@list.ru, **СИВЦЕВА Айсена Алексеевна** – студентка 6 курса, gjogoflikAIS@mail.ru; **КОНДРАТЬЕВА Саргылана Афанасьевна** – зав. онкологич. отд. ПЦ РБ №1-НЦМ; **ЯДРЕЕВА Ольга Валерьевна** – врач гематолог онкологич. отд. ПЦ РБ №1-НЦМ, gematologia@mail.ru; **СЛЕПЦОВА Наталья Александровна** – зам. гл. врача Детской городской клинич. больницы №2, dgkib@mail.ru; **ХРЮКИНА Елена Викторовна** – врач кишечного отд. ДГКБ №2.

баллов, закричал сразу, крик громкий. К груди приложили в родильном зале, сосал активно. Пуповинный остаток отпал на 5-е сут в роддоме. На 7-е сут выписаны домой. С рождения на грудном вскармливании. Профилактические прививки по возрасту (БЦЖ-М, вакцина против гепатита В) сделаны в родильном доме. Реакции на прививки не было.

Со слов матери, с момента рождения у ребенка отмечаются иктеричность, бледность кожных покровов. В 3-недельном возрасте мать ребенка заметила увеличение объема живота. В возрасте 1 месяца 10 дней появились высыпания по телу, по поводу которых обратились в участковую поликлинику. В тот же день ребенок госпитализирован в детское отделение центральной улушной больницы. В гемограмме при поступлении выявлены лимфоцитарный лейкоцитоз, нормоцитарная нормохромная анемия тяжелой степени, ускоренное СОЭ (лейкоциты $33,7 \times 10^9/\text{л}$, эритроциты $1,29 \times 10^{12}/\text{л}$, гемоглобин 50 г/л, палочкоядерные нейтрофилы 9%, сегментоядерные нейтрофилы 21%, лимфоциты 60%, моноциты 10%, СОЭ 71 мм/ч). На второй день пребывания в стационаре мальчик санавиацией доставлен в отделение онкологии Педиатрического центра РБ №1-НЦМ. По тяжести состояния госпитализирован в отделение реанимации. Состояние расценено как тяжелое. Температура тела $37,5^\circ\text{C}$. Кожа бледно-желтого цвета, высыпания на лице, по всему телу эритематозно-папулезного характера (рисунок). Сыпь при надавливании бледнеет. Склеры и видимые слизистые желтушные, бледные. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Опорно-двигательный аппарат без видимой патологии. Дыхание через нос свободное, стонет. Ды-

хание пуэрильное, хрипов нет, ЧДД 50 в мин. Грудная клетка цилиндрической формы. ЧСС 124 в минуту. Пульс ритмичный, удовлетворительного наполнения. Границы сердца не изменены. Тоны сердца ясные. Систолический шум на верхушке. Язык влажный. Живот мягкий, безболезненный, вздут. Печень выступает из-под края реберной дуги на 5,0 см, плотно-эластической консистенции, края ровные, селезенка выступает на 5,0 см, плотная. В гемограмме в день госпитализации сохраняются лейкоцитоз, анемия тяжелой степени, тромбоцитопения, ускоренное СОЭ (лейкоциты $31,6 \times 10^9/\text{л}$, эритроциты $1,36 \times 10^{12}/\text{л}$, гемоглобин 45 г/л, MCV 101,0 фл, MCH 33,0 пг, MCHC 32,8 г/дл, RDW-CV 18,5%, RDW-SD 67,6 fl; тромбоциты $25 \times 10^9/\text{л}$; метамиелоциты 1,0%, палочкоядерные нейтрофилы 9,0%, сегментоядерные нейтрофилы 24%, эозинофилы 1,0%, лимфоциты 54,0%, моноциты 11,0%, нормобласты 16,0%, СОЭ 88 мм/ч). В биохимическом анализе крови – гипопропротеинемия, гипоальбуминемия, гипербилирубинемия за счет обеих фракций, повышение уровня трансаминаз, лактатдегидрогеназы (общий белок 44,7 г/л, альбумины 18,7 г/л, мочевины 8,3 мм/л, креатинин 38,9 мкм/л, билирубин общий 243,1 мкм/л, билирубин прямой 90,3 мкм/л, АЛТ 125,9 ед/л, АСТ 520 ед/л, ЛДГ 1139,5 ед/л, глюкоза 4,45 мм/л). В общем анализе мочи небольшая протеинурия до 0,3 г/л. В общем анализе ликвора: небольшое повышение уровня белка. РМП RW положительная +++++, титр 1:128, в крови обнаружены антитела к *Treponema pallidum* Ig G и Ig M, в титре 11,35. У матери РМП RW положительная +++++, титр 1:32, в крови обнаружены антитела к *Treponema pallidum* Ig G и Ig M, в титре 7,44.

Выставлен диагноз: вторичная нормохромная анемия тяжелой степени, тромбоцитопения, ранний врожденный сифилис с симптомами, гепатоспленомегалия. Проведена заместительная терапия отмытыми эритроцитами по индивидуальному подбору, назначены антибактериальная терапия, цефотаксим в возрастной дозировке, инфузионная терапия. На 2-е сут госпитализации ребенок переведен на даль-

нейшее лечение в детскую городскую клиническую больницу № 2 (ДГКБ №2).

Состояние ребенка остается тяжелым, будучи обусловленным инфекционным процессом, неврологической симптоматикой. Сосет активно, энтеральную нагрузку усваивает. Температура тела повышается до $37,9^\circ\text{C}$. Выражены желтушность кожных покровов с элементами мелкой геморрагической сыпи, иктеричность склер. Эритематозно-папулезная сыпь угасла на 4-е сут от начала антибиотикотерапии. Сохраняется выраженный гепатолиенальный синдром (печень выступает из подреберья на 9-10 см, селезенка – на 10 см, плотные). На 2-й день антибиотикотерапии в гемограмме отмечаются уменьшение количества лейкоцитов с выраженным сдвигом нейтрофилов влево (лейкоциты $16,4 \times 10^9/\text{л}$, п/я 21,5%, с/я 18%, лимфоциты 41%, моноциты 18%), нормоцитарная нормохромная анемия II степени (эритроциты $2,62 \times 10^{12}/\text{л}$, гемоглобин 80 г/л), выраженная тромбоцитопения – $14 \times 10^9/\text{л}$, ускоренное СОЭ. В биохимическом анализе крови сохраняется гипербилирубинемия за счет обеих фракций (общий билирубин 252,1 мкм/л, непрямая фракция 153,2 мкм/л), гипопропротеинемия – 42 г/л, альбумины 23 г/л, повышение трансаминаз (АЛТ 144,2 ед/л, АСТ 284,1 ед/л).

На 6-й день пребывания в стационаре (ДГКБ №2) в крови ребенка титр антител к *Treponema pallidum* Ig M увеличился до 1:1280 и Ig G – 1:640. ИФА спинномозговой жидкости на сифилис: Ig M – 1:640, Ig G – 1:640, РПГА +++++, РМП RW +++++, титр 1:64. В крови по ИФА на внутриутробные инфекции обнаружены Ig M к цитомегаловирусу. В моче ребенка полимеразно-цепной реакцией обнаружены ДНК вируса простого герпеса, цитомегаловируса, *Chlamydia trachomatis*, *Mycoplasma hominis*, *M. pneumoniae*.

Таким образом, у ребенка констатированы врожденная микст-инфекция: ранний сифилис, цитомегаловирусная, герпес, хламидийная, микоплазменная.

Ребенок осмотрен специалистами: неврологом, гематологом, дерматовенерологом. Дерматовенерологом рекомендовано лечение пенициллином в дозе 100 тыс. ед./кг/сут, разделенных на 6 введений в течение 28 дней. Кроме этого назначены внутривенно нецитотек в возрастной дозе по схеме, иммуновенин в течение 3 дней. Также проводилась гемокомпонентная заместительная, симптоматическая терапия, вводился альбумин. На фоне



Пациент с врожденным сифилисом

такого лечения состояние ребенка улучшилось, перестал температурить, прибавил в весе.

При выписке из стационара (провел в ДГКБ №2 35 койко-дней) состояние ребенка тяжелое стабильное. Самочувствие ребенка особо не страдает, не лихорадит. На искусственном вскармливании, сосет активно. Желтушное окрашивание кожи и видимых слизистых менее интенсивно. Пальпация живота безболезненная, по размерам печени и селезенки отмечается положительная динамика (печень +5,0 см, селезенка +3,5 см). На 28-й день от начала антибиотикотерапии в крови мальчика антитела к *T. pallidum* Ig M отрицательные, Ig G 1:320, RW титр 1:16, РПГА ++++. В гемограмме перед выпиской лейкоциты $9,5 \times 10^9$ /л, эритроциты $3,68 \times 10^{12}$ /л, гемоглобин 102 г/л, п/я 2,0%, с/я 20%, лимфоциты 75%, моноциты 1%, эозинофилы 1%, тромбоциты 199×10^9 /л, СОЭ 32 мм/ч. В биохимическом анализе крови билирубин 104 мкм/л, прямая фракция 77,6 мкм/л, АЛТ 206 ед./л, АСТ 190 ед./л.

Выводы. Таким образом, авторами приведен яркий пример микст-инфекции: ранний врожденный сифилис, цитомегаловирусная, герпес, хламидийная, микоплазменная. У данного больного преобладающей была клиника раннего врожденного сифилиса с симптомами, отличающаяся от классического описания, что, возможно, связано с наслоением других внутриутробных инфекций.

Литература

1. Заторская Н.Ф. Современная диагностика и лечение раннего врожденного сифилиса : дис. ... канд. мед. наук / Н.Ф. Заторская. – М., 2011. – 91 с.
2. Zatorskaya N.F. Modern diagnostics and treatment of early congenital syphilis : dis. ... kand. med. nauk / N.F. Zatorskaya. – M., 2011. – 91 p.
3. Захарова Л.А. Варианты, поражения сердечно-сосудистой системы у новорожденных, рожденных женщинами с сифилисом : дис. ... канд. мед. наук / Л.А. Захарова. – М. 2010. – 132 с.
4. Zaharova L.A. Options, defeats of cardiovascular system at the newborns born by women with syphilis: dis. ... kand. med. nauk / L.A. Zaharova. – M. 2010. – 132 p.
5. Лосева О.К. К вопросу о заболеваемости

сифилисом у детского населения / О.К. Лосева, Н.С. Малыгина // Эпидемиология и гигиена. – 2010. – №1.

Loseva O.K. Options, defeats of cardiovascular system at the newborns born by women with syphilis / O.K. Loseva, N.S. Malygina // Epidemiologiya i gigiena. – 2010. – №1.

4. Овчинникова А.А. Перинатальная патология нервной системы у детей; рожденных женщинами, инфицированными сифилисом (принципы ранней диагностики) : дис. ... д-ра мед. наук / А.А. Овчинникова. – Пермь, 2000. – 255 с.

Ovchinnikova A.A. Perinatal pathology of nervous system at children; given rise by the women infected with syphilis (the principles of early diagnostics): md dis. ... / A.A. Ovchinnikova. – Perm, 2000. – 255 p.

5. Торшина И.Е. Врожденный сифилис. Клинико-эпидемиологические особенности, эпидемиологические аспекты и оптимизация организационно-профилактических мероприятий в современных условиях / И.Е. Торшина. – Смоленск, 2010. – 168 с.

Torshina I.E. Congenital syphilis. Clinic-epidemiological features, epidemiological aspects and optimization of organizational and preventive actions in modern conditions / I.E. Torshina. – Smolensk, 2010. – 168 p.

6. Mavrov G. Clinical and epidemiological features of syphilis in pregnant-women: the course and outcome pregnancy / G. Mavrov // Gynecol. Obstet. Invest. – 2001. – Vol.52, № 2. – P. 114-118.

В.А. Владимирцев, В.Ф. Чернявский, В.И. Именева,
В.С. Тюляхова, О.И. Никифоров, Т.М. Сивцева,
В.Л. Осаковский, Т.К. Давыдова, Ф.А. Платонов

ВОЗМОЖНОСТИ СОЧЕТАННОГО НЕВРОЛОГИЧЕСКОГО И ЛАБОРАТОРНОГО КОНТРОЛЯ В ПРОФИЛАКТИКЕ ОСЛОЖНЕНИЙ ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННЫХ ВИРУСНЫХ НЕЙРОИНФЕКЦИЙ (с клиническим наблюдением)

УДК 614.446.9:616-022:616-009

Выявлен серологический титр 1:128 гриппа А(Н1N1) 09 у пациентки с тяжелым острым менингоэнцефалитом вне эпидемии, уменьшившийся от 1:32 до отрицательного в периоде реконвалесценции. Учитывая пандемическую ситуацию этого штамма гриппа в настоящее время, рекомендуется организация диспансерного наблюдения пациентов с перенесенными вирусными нейроинфекциями любой этиологии в Республике Саха (Якутия) для выявления прогрессирующих форм торпидной энцефалопатии, ввиду непредсказуемых вероятных последствий вирусной интерференции не только в бывших, неустойчивых очагах вилеюйского энцефаломиелимита, но и вне их.

НИИ здоровья СВФУ им. М.К. Аммосова: **ВЛАДИМИРЦЕВ Всеволод Афанасьевич** – к.м.н., с.н.с., зав. отделом, sevelot@mail.ru, **ОСАКОВСКИЙ Владимир Леонидович** – к.б.н., с.н.с., зав. отделом, iz_labgene@mail.ru, **СИВЦЕВА Татьяна Михайловна** – к.б.н., с.н.с., Sivtceva@licp.ru, Платонов Федор Алексеевич – д.м.н., директор НИИ здоровья; ФГУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии в Республике Саха (Якутия)»: **ЧЕРНЯВСКИЙ Виктор Фёдорович** – к.м.н., врач-эпидемиолог, fguz@fguz-sakha.ru, **ТЮЛЯХОВА Валерия Спиридоновна** – врач-вирусолог высшей квалиф. категории, **НИКИФОРОВ Олег Иннокентьевич** – зоолог; **ИМЕНЕВА Вера Иннокентьевна** – врач-инфекционист высшей квалиф. категории ГБУ РС(Я) ЯГКБ.

Ключевые слова: менингоэнцефаломиелит, торпидная энцефалопатия, персистенция, вирусная интерференция, популяционный иммунитет, диспансеризация, балльная оценка органической неврологической микросимптоматики.

The article reports the clinical case of severe acute meningoencephalitis out of the epidemic. We identified serological titer of 1:128 influenza A (H1N1) 09 in the patient with severe acute meningoencephalitis out of the epidemic, which had been reducing from 1:32 to negative in the period of reconvalescence. Taking into the consideration a pandemic situation of influenza A (H1N1) 09 currently it is recommended organization of dispensary observation of patients with viral neuroinfections of any etiology in the Sakha Republic to identify progressive forms of torpid encephalopathy, due to the unpredictable potential effects of the viral interference, not only in the former, unstable foci of Vilyui encephalomyelitis, but also outside of them.

Keywords: meningoencephalomyelitis, torpid encephalopathy, persistence, viral interference, population immunity, dispensary observation, grading assessment of organic neurological micro symptoms.