

левания как хроническое (с обострением) и принимать соответствующие меры.

Из препаратов вальпроевой кислоты в нашем случае при КЭ наиболее эффективным оказался депакин хроносфера.

Положительный терапевтический эффект в лечении КЭ оказали препараты, влияющие на метаболический обмен, но в дозах, превышающих возрастные (элькар, цитофлавин), а также противовирусные препараты — панавир и рибавирин, виферон в дозе 3 млн./сутки. Назначение данных препаратов и их доз было согласовано специалистами во время проводимых консилиумов.

В заключении авторы приносят свою благодарность тем, кто принимал участие в обследовании и продолжительном лечении данного пациента:

— профессору, д. м. н., зам. директора НИИДИ Скрипченко Н. В., старшему научному сотруднику, д. м. н., Ивановой Г. П. (Санкт-Петербург), Гусевой Г. Д. — к. м. н. (КИБ № 2);

— начмеду МДГКБ — д. м. н. Петрайкиной Е. Е. за организацию оперативных консилиумов и лечения;

— врачам различных профессий, медсестрам, всему персоналу МДГКБ;

— родителям за терпение, проявленную мудрость и поддержку.

Надеемся, что описанный нами клинический сложный случай сможет помочь врачам в лечении и выхаживании тяжелых форм КЭ у детей. Хотим также пожелать успехов и

здоровья нашему пациенту, объединившему общие усилия специалистов в разных городах нашей России.

Литература:

1. Иерусалимский А.П. Клещевой энцефалит: Руководство для врачей. — Новосибирск, 2001.
2. Аммосов А.Д. Клещевой энцефалит: Информационно-методическое пособие. — Кольцово, 2006.
3. Клинико-эпидемиологические особенности клещевого энцефалита на Юге Кузбасса / З.А. Хохлова и др. // Инфекц. болезни. — 2012. — Т. 10, № 3. — С. 38–43.
4. Природно-очаговые инфекции в XXI веке в России / А.Е. Платонов и др. // Эпидемиология и инфекционные болезни. — 2009. — 5: 30–5.
5. Итоги и перспективы изучения клещевого энцефалита на Дальнем Востоке: Тезисы научной конференции «Проблемы инфекционной патологии в регионах Сибири, Дальнего Востока и Крайнего Севера» / Г.Н. Леонова и др. — 10–11 апр. 1998 г. — Новосибирск. — Стр. 3, 41–42, 13, 20–21, 72–73, 42–43.
6. Козлов В.Г., Малышева Л.А., Бартфельд Н.Н., Ильченко Т.Э., Быстрицкий Л.Д. // Сибирский медицинский журнал (Томск). — 2009. — Т. 24, № 2–2. — С. 56–60.
7. Скрипченко Н.В. Клещевой энцефалит у детей: клиника, диагностика и профилактика // Инфекционные болезни. — № 1. — 2010. — С. 5–11.
8. Скрипченко Н.В., Иванова Г.П. Клещевые энцефалиты у детей: Руководство для врачей. — М.: Медицина, 2008. — 424 с.
9. Карась А.Ю., Колоколов О.В., Лобачева А.В. Реабилитация детей, перенесших острые нейроиные инфекции: возможности и перспективы // Бюллетень медицинских Интернет-конференций. — 2012.
10. Шаповал А.Н. Хронические формы клещевого энцефалита. — Л., 1976. — 101 с.

К проблеме диагностики раннего врожденного сифилиса

Г. П. МАРТЫНОВА¹, Н. Ф. КУЗНЕЦОВА²

ГБОУ ВПО Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В. Ф. Войно-Ясенецкого Министерства здравоохранения и социального развития РФ¹,
МБУЗ Городская детская клиническая больница № 12, Красноярск

В работе представлен клинический случай поздней диагностики раннего врожденного сифилиса у ребенка, мама которого наблюдалась в женской консультации с 14 недели беременности. У новорожденного уже в родильном доме отмечались специфические высыпания на коже, с которыми ребенок был выписан домой без обследования. Только проявления нефрита послужили поводом для госпитализации пациента в соматический стационар, где в возрасте 1 месяца 23 дней был заподозрен ранний врожденный сифилис с тяжелым полисимптомным течением и ребенок был переведен в профильную больницу.

Ключевые слова: дети, ранний врожденный сифилис, псевдопаралич Парро, гуммы, остеохондрит, периостит, гепатоспленомегалия, нефрит

Problem of Diagnosis of Early Congenital Syphilis

G. P. Martynova¹, N. F. Kuznetsova²

Krasnoyarsk state medical university named after professor V.F. Voyno-Yasensky¹,
City Children's Clinical Hospital №12, Krasnoyarsk

The paper presents a case of delayed diagnosis of early congenital syphilis in a child whose mother was observed in prenatal clinic starting from the 14th week of pregnancy. The child had specific skin rash already in maternity. The child was discharged home without examination in the hospital. Only manifestations of nephritis lead to admission of the child into an inpatient hospital. Only at the age of 1 month and 23 days the child was suspected of early congenital syphilis with severe polysymptomatic, and the patient was transferred to specialized hospital.

Key words: children, early congenital syphilis pseudoparalysis Parro, gumma, osteochondritis, periostitis, hepatosplenomegaly, nephritis

Контактная информация: Мартынова Галина Петровна - д.м.н., проф., зав. каф. детских инфекционных болезней с курсом ПО Красноярского государственного медицинского университета имени профессора В. Ф. Войно-Ясенецкого; 660014, Красноярск, ул. Партизана Железняка, д. 1; 8 (391) 224-32-95; doc-martynova@yandex.ru

УДК 616.972

Врожденный сифилис (ВС) — внутриутробная инфекция, передающаяся трансплацентарно от больной сифилисом матери плоду, характеризующаяся своеобразной клинической картиной и возрастной периодичностью [1, 2]. Изучение ВС показало, что единственным способом решения данной проблемы является раннее выявление и лечение беременной, проведение ей профилактического лечения, а также комплексного обследования новорожденного [3—9]. Однако и сегодня встречаются случаи поздней диагностики детей с ранним ВС (РВС) [10, 11]. Приведем клиническое наблюдение одного из них.

Женщина Г., 21 год, беременность I, протекала без особенностей. На учете — с 14 нед. гестации, данных за сифилис не выявлено. От срочных родов родился мальчик массой 3640 г., закричал — после санации ВДП. На 3-и сутки у новорожденного появилась сыпь на нижних конечностях, подошвах и туловище, однако на 10-е сутки ребенок выписан домой. Осмотрен дерматологом на участке, диагностирована стрептодермия. Рекомендовано местное лечение, отмечалась положительная динамика.

В возрасте 1 мес. 5 дней у ребенка в течение 5 дней зарегистрирован подъем t до $38,7^{\circ}\text{C}$, беспокойство, снизился диурез, моча окрасилась в бурый цвет. Обратились к педиатру. Выявлены воспалительные изменения и анемия в анализе крови, в моче — протеин- и микрогематурия.

Ребенок госпитализирован в соматическое отделение. В анализе крови выявлена анемия (Hb 80 г/л), тромбоцитопения (tr 83×10^9 /л), L $20,3 \times 10^9$ /л, э-3%, миел.-2%, ю-1%, п-7%, с/я-22, л-48%, м-15%, пл-2%, СОЭ-62 мм/ч, анизоцитоз 3+, токсическая зернистость 2+. В моче: белок 2420 мг/л, L и ег сплошь в п/зр. Анализ мочи по Нечипоренко: L — 16 650, ег — 1665. УЗИ брюшной полости: почки увеличены в размерах за счет площади паренхиматозного слоя, расширение лоханки справа до 5 мм. Печень увеличена, усиление эхосигналов с внутривенных сосудов. Поджелудочная железа утолщена, диффузно изменена. Спленомегалия. ЭКГ: дыхательная аритмия, метаболические изменения миокарда. Р-графия грудной клетки: тимомегалия. Осмотр хирурга: гидроцеле слева.

Ребенку назначена гормоны, антикоагулянты, антибактериальная, дегидратационная, инфузионная и симптоматическая терапия. На фоне лечения у мальчика выросла гипертермия, сыпь стала обильной, пятнисто-папулезной с шелушением ладоней и подошв. Осмотрен инфекционис-

том, заподозрен специфический нефрит, назначено обследование на сифилис: МРП (1+), ИФА суммарный (+), ОП тр. 3,192; ОП кр. 0,210.

В возрасте 1 мес. 23 дней ребенок переведен в инфекционный стационар в тяжелом состоянии, отмечалось беспокойство, ограничение движений в левой руке. Кожа бледная, с «восковидным» оттенком, цианоз носогубного треугольника, пастозность лица. На туловище, верхних и нижних конечностях множественные элементы папулезно-эрозивной сыпи до 3,0 см в диаметре, на различных этапах развития, крупнопластинчатое шелушение, преобладающее на ладонях и стопах (рис. 1). Слизистые розовые, сухие, язык обложен серым налетом. ПЖК развита удовлетворительно, тургор тканей снижен. В зеве — умеренная гиперемия, «сопит» носом. В легких — жесткое дыхание, проводные хрипы с двух сторон, ЧД 44¹. Сердечные тоны приглушены, ритмичные, ЧСС 156¹, систолический шум. Живот увеличен в объеме, мягкий, при пальпации беспокойство ребенка усиливалось, перистальтика вялая. Печень — уровень пупка $\times$ 8,0 $\times$ 6,0 см, селезенка + 6,0 см, края плотные. Мошонка увеличена за счет левого яичка, напряжена, синюшного цвета. Стул — без особенностей. Диурез сохранен. Череп гидроцефальной формы, большой родничок 3,0 $\times$ 2,5 см, напряжен, расхождение костей черепа по сагитальному шву до 0,5 см. Симптом Менделя (+). ЧМТ: альтернирующее сходящееся косоглазие, глазные щели $D < S$. Диффузная мышечная гипотония. Сухожильные рефлексы $D > S$, высокие. Хватательный рефлекс слева отсутствует. Ребенок был госпитализирован в отделение реанимации. В биохимическом анализе крови: общий билирубин 9 ммоль/л, АлТ 254 Е/л (N до 36 Е/л), АсТ до 38 Е/л (N до 38 Е/л), тимоловая проба 9,6 ед., лактат 5,54 ммоль/л (N 0,5—2,2 ммоль/л). Кровь на сифилис: МРП 4+, ИФА JgM отр., JgG (+), титр 1 : 640; РПГА (+), титр 1 : 5120. Цитология ликвора — без патологии; серология: МРП отр.; ИФА JgG (+), титр 1 : 640; РПГА (+), титр 1 : 80. Р-графия трубчатых костей: Диффузный сифилитический остеомиелит (гуммы) трубчатых костей. Внутриметадиафизарный перелом проксимального отдела плечевой кости слева. Остеохондрит II ст. Периостит (рис. 2 (а, б)). Осмотр окулиста — застой на глазном дне, отоларинголога — специфический ринит, невролога — последствия перинатальной энцефалопатии (ПЭ) с гипертензионно-гидроцефальным синдромом. Псевдопаралич Парро верхний сле-

Рисунок 1. Папулезно-эрозивные сифилиды



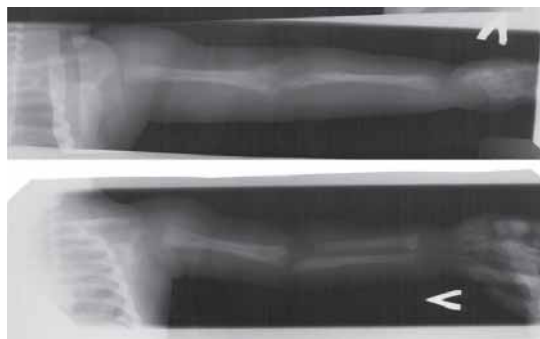


Рисунок 2. Сифилитический диффузный остеомиелит трубчатых костей (внутриметадиафизарный перелом проксимального отдела плечевой кости)

а) до проведения специфической терапии
б) после проведения специфической терапии



Рисунок 3. Псевдопаралич Парро верхний слева

ва (рис. 3). НСГ: Расширение субарахноидального пространства.

При обследовании мамы на сифилис: МРП (4+); ИФА JgM отр.; JgG (+), титр 1 : 640; РПГА (+), титр 1 : 2560. Выставлен диагноз: Lues latens praesens, назначено лечение.

На основании вышепредставленных данных, ребенку диагностирован: РВС с клиническими проявлениями (папулезно-эрозивный сифилид, ринит, гепатоспленомегалия, гепатит, панкреатит, нефрит, множественные гуммы трубчатых костей, периостит, псевдопаралич Парро, гидроцеле слева, анемия). Соп.: Последствия ПЭ с гипертензионно-гидроцефальным синдромом. Двусторонний гнойный конъюнктивит. Фон: Тимомегалия.

Проведено лечение: бензилпенициллина натриевой солью из расчета 100 000 ЕД/кг/сутки в течение 28 дней, инфузионная терапия глюкозо-солевыми растворами, гидратационная, сосудистая, ноотропная и симптоматическая терапия. Состояние ребенка улучшилось, прибавил в массе +714 г. В левой руке двигательная активность восстановилась через 3 недели лечения. Явления ринита купированы на 16 день антибактериальной терапии. В легких — дыхание пуэрильное, хрипов нет. Сердечные тоны громкие, ритмичные. Живот увеличен в объеме, мягкий, безболезненный. Печень 1/2 x 4,0 x 3,0 см, селезенка + 2,0 см, плотноватые. Нефрит купирован к 15 дню терапии. Признаки гидроцеле регрессировали, что явилось доказательством его специфической этиологии. Сохранялось расхож-

дение костей черепа по сагитальному шву до 0,5 см. Симптом Менделя слабо (+). В анализе крови сохранялась высокая СОЭ (24 мм/час), анемия (Hb 113 г/л). В моче — патологии не выявлено. Биохимический анализ крови — АлТ 179 Е/л, АсТ 105 Е/л, тимоловая — 14 ед. УЗИ брюшной полости — умеренная гепатоспленомегалия, протоковые изменения в печени и поджелудочной железе. Почки — без патологии. R-графия костей левой руки — Остеохондрит II ст. Периостит. Метафиз (головка) плечевой кости деформирована, контуры неровные (состояние после перелома).

Ребенок выписан в удовлетворительном состоянии, даны рекомендации о проведении клинико-серологического контроля.

Причиной реализации РВС у ребенка явилось отсутствие настороженности к данной проблеме. Следует отметить, что лечение ВС, проводимое пенициллином, является по-прежнему высокоэффективным. Однако, «отголоски» РВС, такие как гепатит, панкреатит и влияние на нервную систему до конца не обратимы, и сказываются на дальнейшем физическом и нервно-психическом развитии ребенка, влияя в дальнейшем на качество его жизни.

Литература:

1. Венерические болезни: Руководство для врачей / под ред. О.К. Шапошникова. — М.: Медицина, 1991. — 544 с.
2. Горланов И.А. Клиника, диагностика и лечение раннего врожденного сифилиса / И.А. Горланов, И.Р. Миявская, Л.М. Лелина // Вестн. дерматол. и венерол. — 2009. — № 3. — С. 73—77.
3. Актуальные проблемы неонатологии / под ред. Н.Н. Володина. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2004. — 448 с.
4. Клинико-эпидемиологические особенности раннего врожденного сифилиса новорожденных на современном этапе / М.А. Соколовская, М.М. Котович, Е.Г. Сарычева и др. // Мать и дитя в Кузбассе. — 2008. — № 1. — С. 44.
5. Клинико-эпидемиологические особенности сифилиса у детей в период последней эпидемии в России / М.А. Иванова, Г.Э. Шинский, В.А. Мерзляков и др. // Рос. журн. кожных и венерических болезней. — 2006. — № 6. — С. 69—72.
6. Родионов А.Н. Сифилис. — СПб.: Питер, 2007. — 320 с.
7. Congenital syphilis in the Russian Federation: magnitude, determinants, and consequences / S. Hillis, A. Shkarishvili, C. Ryan et al. // Sex. Transm. Infect. — 2003. — V. 79, № 2. — P. 106—110.
8. Peeling R.W. Diagnostic tools for preventing and managing maternal and congenital syphilis: an overview / R.W. Peeling, H.Ye // Bull. World Health Organ. — 2004. — V. 82, № 6. — P. 439—446.
9. Rawstron S.A. Evaluation of a Treponema pallidum-specific IgM enzyme immunoassay and Treponema pallidum western blot antibody detection in the diagnosis of maternal and congenital syphilis / S.A. Rawstron, K. Bromberg, S. Mehta // Sex. Transm. Dis. — 2004. — V. 31, № 2. — P. 123—126.
10. Клинический случай выявления позднего врожденного сифилиса в практике педиатра / Е.В. Вологжанина, Н.П. Каньчева, М.И. Степнов, О.Ю. Синевич // Мать и дитя в Кузбассе. — 2008. — № 4. — С. 27—29.
11. Мальцева О.Н. Случай поздней диагностики раннего врожденного сифилиса / О.Н. Мальцева, О.Н. Парфенова, Е.А. Колпинова // Вестн. дерматологии и венерологии. — 2006. — № 1. — С. 58—59.