

Случай тяжелого трихинеллеза у девочки-подростка в Самарской области

С. М. КИТАЙЧИК¹, Е. С. ГАСИЛИНА², Н. П. КАБАНОВА², И. Н. БАИШЕВА¹,

А. Н. ВОРОНИНА¹, О. В. БОРИСОВА², М. А. ЩЕРБИНИНА¹, Н. М. БОЧКАРЕВА²

ГБУЗ Самарской области «Городская больница №5»¹,

ГБОУ ВПО «Самарский государственный медицинский университет»

Министерства здравоохранения Российской Федерации², Самара, Россия

Описан случай тяжелого течения трихинеллеза у девочки 15 лет, маркерами которого являлись: выраженный токсико-аллергический синдром, генерализованные отеки, миалгии и миастении с полной адинамией, инфекционно-токсическая почка, выраженная гипоальбуминемия с развитием полисерозита, отсутствие эозинофилии.

Ключевые слова: трихинеллез, миалгии, отеки, эозинофилия, гипоальбуминемия

Case of Severe Trichinosis in a Girl-Adolescent in the Samara Region

S. M. Kitaychik¹, E. S. Gasilina², N. P. Kabanova², I. N. Baisheva¹, L. N. Voronina¹, O. V. Borisova², M. A. Sherbinina¹, N. M. Bochkareva²

State budgetary institution of the health care of Samara region «City hospital № 5»¹,

«Samara State medical university» Ministry of Health of the Russian Federation², Samara, Russia

Describe the case of severe flow of a trichinosis in a girl 15 years old. The symptoms are an acute toxic-allergological syndrome, generalized swelling myalgia and myasthenia with the full adynamia, infectious-toxicology kidney, an acute hypoalbuminemia with development polyserositis, absence eosinophilia.

Keywords: trichinosis, myalgia, swelling, eosinophilia, hypoalbuminemia

Контактная информация: Гасилина Елена Станиславовна — д.м.н., профессор, заведующая кафедрой детских инфекций ГБОУ ВПО «Самарский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации; 443099, Самара, ул. Чапаевская, 89; 8 (846) 994-75-38; e-mail: gasilinaes@mail.ru

Gasilina Elena Stanislavovna — doctor of medical sciences, professor, chair manager of children's infections of state budgetary educational institution of higher professional education «Samara State medical university» Ministry of Health of the Russian Federation; Russian Federation, 443099, Samara, Chapayevskaya Street, 89; 8 (846) 994-75-38; e-mail: gasilinaes@mail.ru

УДК 616.36:576.8

Среди всех биогельминтозов, распространённых в РФ, трихинеллёз характеризуется наиболее тяжёлым течением и частым развитием серьёзных осложнений, значительно ухудшающих прогноз заболевания [1]. Заболеваемость трихинеллезом, имевшая широкое распространение в середине 20 века, в настоящее время находится на низком уровне [2, 3]. Однако в последние годы уровень заболеваемости населения РФ повысился, в т.ч. возросло число случаев тяжёлых форм заболевания с летальными исходами [4, 5].

Основными клиническими симптомами трихинеллеза, общими для всех его форм является лихорадка, отеки, мышечные боли, эозинофилия [2]. Тяжесть клинических проявлений трихинеллеза определяется интенсивностью инвазии, уровнем неспецифической резистентности и специфического иммунитета у инвазированного, а также видом возбудителя [6, 7]. Тяжелое течение трихинеллеза отличается нетипичностью клиники и наличием органических поражений. Для него характерны: короткий инкубационный период (менее 2 недель), длительная высокая лихорадка, генерализованные отеки и миалгии с мышечными контрактурами и полной обездвиженностью больного [2, 7, 8]. Миалгии и миастении обусловлены поражением высоковаскуляризованных мышц поперечно-полосатой мускулатуры (жевательные, икроножные, глазодвигательные, шейные, межреберные и др.) [7, 8]. Количество эозинофилов в периферической крови при тяжелых формах трихинеллеза может достигать 50% и выше, вместе с тем, оно может быть нормальным или повышено незначительно [7, 9]. Трихинеллез тяжелого течения отличает

развитие специфических осложнений. При этом могут возникать язвенно-некротические поражения желудка и тонкого кишечника с последующей перфорацией и кровотечением на 1—2 неделе заболевания. На 3—4 неделе — миокардит, пневмонит, морфологической основой которых являются распространенные васкулиты аллергического характера. С 3 недели болезни может развиваться отек легких вследствие гипоальбуминемии и сердечной недостаточности. Эти осложнения обычно и являются причиной смерти. Третьей по частоте причиной летального исхода являются поражения ЦНС — менингоэнцефалит и энцефаломиелит [2, 7]. По мере завершения инкапсуляции личинок воспалительные изменения в органах стихают, острые проявления трихинеллеза постепенно уменьшаются, однако у некоторых больных боли в мышцах, общая слабость и субфебрилитет могут сохраняться более года [2].

Клинический случай. Пациентка В., 15 лет, поступила в детское инфекционное отделение ГБУЗ СО «Городская больница №5» г. Самары в октябре 2014 года с жалобами на выраженную слабость, боли в мышцах. Из анамнеза известно, что заболела остро, две недели назад, когда появились боли в животе, рвота до 3—4 раз в сутки, разжиженный стул. Данная симптоматика сохранялась в течение 4 дней и была расценена как острая кишечная инфекция, лечилась самостоятельно с положительным эффектом. В последующие два дня девочка посещала школу, хотя отмечала слабость и дискомфорт в животе. На 7 сутки от начала заболевания появилась выраженная мышечная слабость. На 10 сутки повысилась

температура до фебрильных цифр, появились отеки лица, сыпь на конечностях, боли в животе, в связи с чем пациентка была госпитализирована в районную ЦРБ с диагнозом ОРВИ, где получала антибактериальную и симптоматическую терапию. Несмотря на проводимое лечение, симптоматика нарастала, на 2-е сутки нахождения в стационаре (12 сутки заболевания) появились распространенные макулопапулезные высыпания на теле, выраженные миалгии, миастения, вплоть до полной адинамии. На 14 сутки от начала заболевания больная переведена в детское инфекционное отделение ГБ №5 г. Самары с правильным диагнозом: ОРВИ, возможно энтеровирусной этиологии.

При поступлении состояние девочки расценено как тяжелое за счет выраженных токсико-аллергического и миалгического синдромов. Температура на фебрильных цифрах. Обращали на себя внимание выраженный отек лица, век и шеи, конъюнктивит, дисфония, резкая болезненность мышц скелетной и мимической мускулатуры (пациентка была практически обездвижена, с трудом открывала рот). Катаральных явлений не было.

Из эпиданамнеза известно, что за 7 дней до появления первичной симптоматики девочка отмечала свой день рождения на природе в кругу родных и друзей, где употребляла шашлык из мяса барсука, съела достаточное количество, в т.ч. пробовала маринованное мясо. С интервалом в несколько дней в районную больницу поступили еще 13 пациентов с похожей клинической картиной, но менее выраженными проявлениями (все из одного эпидемического очага).

С учетом комплекса данных больной был поставлен предварительный диагноз «Трихинеллез?». Пациентка была сразу госпитализирована на пост интенсивной терапии, начата инфузионная терапия глюкозо-солевыми и коллоидными растворами в режиме умеренной дегидратации и детоксикации, десенсибилизирующая терапия глюкокортикостероидами, антибактериальная терапия (хлорамфеникол (*chloramphenicol*), метронидазол (*metronidazole*) и специфическая антипаразитарная терапия альбендазолом (*albendazole*, Ирса, Индия) в дозе 15 мг/кг.

В общем анализе крови выявлен умеренный лейкоцитоз (Ле 15,0, п/я 11, с/я 72, э 1, л 12, м 4), ускорение СОЭ (13 мм/ч). Общий анализ мочи — без патологии. В биохимическом анализе крови — гипопроteinемия (43,2 г/л), гипоальбуминемия (22,7 г/л), гиперферментемия (АСАТ — 95,2; АЛАТ — 70,1), снижение креатинина (45,8 ммоль/л). Кал на яйца гельминтов — отрицательный. По результатам ЭКГ — умеренно снижены процессы реполяризации, умеренная синусовая тахикардия. При проведении УЗИ органов брюшной полости выявлены признаки умеренной гепатоспленомегалии. Исследование сыворотки крови в ИФА с трихинеллезным антигеном дало положительный результат в титре IgM 1:800, IgG 1:1600. Выставлен диагноз: Трихинеллез, тяжелая форма.

На 2 сутки госпитализации (16 сутки заболевания) отмечалось снижение диуреза, появились отеки конечностей, в общем анализе мочи нарастала протеинурия до

0,48 г/л, за счет развития органной патологии в виде токсико-аллергического нефроза. На фоне коррекции инфузионной терапии, препаратов, улучшающих микроциркуляцию, в течение суток диурез восстановлен, температура нормализовалась, несмотря на что сохранялись генерализованные отеки и следы белка в моче.

На 7 сутки госпитализации (21 сутки заболевания) состояние пациентки резко ухудшилось, вновь повысилась температура до фебрильных цифр, появились боли в животе, рвота. Объективно живот был вздут, болезнен при пальпации, отмечалась вялая перистальтика, симптомов раздражения брюшины не было. Появились проводные хрипы в легких. Девочка консультирована хирургом — данных за острую хирургическую патологию не выявлено. Даны рекомендации уменьшить энтеральную нагрузку, в схему терапии добавлены спазмолитики, прокинетики, H₂-блокаторы. Несмотря на коррекцию терапии, состояние ухудшалось, нарастала слабость, боли в животе, сохранялась стойкая фебрильная температура, появилось ослабление дыхания в нижних отделах легких с двух сторон, нарастала гипопroteinемия (38,2 ммоль/л), за счет гипоальбуминемии (19,6 ммоль/л). При проведении дополнительного обследования выявлена картина полисерозита: по данным УЗИ органов брюшной полости — асцит (в малом тазу выпот около 400 мл), УЗИ грудной клетки — левосторонний гидроторакс (в плевральной полости слева в синусе свободная жидкость около 550 мл, однородная, анэхогенная); рентгенографического обследования грудной клетки — левосторонний экссудативный плеврит. Был проведен консилиум (инфекционист, невролог, реаниматолог, хирург), в результате которого был выставлен диагноз: полисерозит (левосторонний гидроторакс, асцит). Проведена коррекция инфузионной терапии, белковых нарушений, нутритивной поддержки (липофундин, аминоклазмоль, реамберин), усилена антибактериальная терапия (ванкомицин, цiproфлоксацин), добавлены муколитики и бронхолитики. На 14 сутки госпитализации (26 сутки заболевания) отмечено улучшение, нормализация температуры, постепенное купирование отеков, снижение интенсивности мышечных болей, увеличение объема активных движений (девочка начала садиться в постели, самостоятельно есть), явления полисерозита полностью купированы (рентген- и УЗИ-контроль — без патологии). На 18 день госпитализации (32 сутки заболевания) пациентка переведена в отделение. Выписана на 25 сутки госпитализации (39 сутки заболевания). На момент выписки сохранялись мышечная слабость, боли в икроножных мышцах, гепатоспленомегалия, гипопroteinемия (45,9 г/л), гиперферментемия (АЛАТ 53 ммоль/л), уровень эозинофилов повысился до 12%. Результаты обследования парных сывороток на ГЛПС, иерсиниоз, листериоз, лептоспироз; ИФА крови на сифилис, ИФА из носоглотки на ОРВИ, двукратное исследование кала на энтеровирусы и яйца глистов — отрицательные.

Таким образом, у девочки была выявлена тяжелая форма трихинеллеза, имеющая типичную клиническую картину (выраженный токсико-аллергический синдром,

генерализованные отеки, миалгии и миастении, вплоть до полной адинамии, органную патологию). Тяжелая гипоальбуминемия послужила причиной развития полисерозита. В течении заболевания четко прослеживалась смена основных стадий трихинеллеза: кишечной — с симптомами инфекционного гастроэнтерита, миграционной — с развитием токсико-аллергического синдрома и мышечной — с тяжелыми миалгиями. Данный клинический случай демонстрирует взаимосвязь тяжести трихинеллеза от инфицирующей дозы. Короткий инкубационный период и отсутствие эозинофилии также являлись критериями тяжелого течения трихинеллеза.

Литература/ References:

1. Пустовойт В.И. Клинико-лабораторная характеристика трихинеллеза и экспериментальное обоснование этиотропной терапии албендазолом: Автореф. дисс. — СПб., 2015. Pustovoyt V.I. Kliniko-laboratornaya harakteristika trihinelleza i eksperimentalnoe obosnovanie etiotropnoy terapii albendazolom: avtoref. disser. [Clinical-laboratory description of trichinosis and experimental basing therapy of albendazole]. — SPb., 2015. — 145 s. (In Russ.)
2. Малышев Н.А., Бронштейн А.М., Лучшев В.И. Методические рекомендации (№36). Трихинеллез. Клиника, диагностика, лечение. — М., 2006. — 16 с. Malyishev N.A., Bronshteyn A.M., Luchshev V.I. Metodicheskie rekomendatsii (№36). Trihinellez. Klinika, diagnostika, lechenie [Trichinosis. Clinic, diagnostic, treatment]. — M., 2006. — 16 s. (In Russ.)
3. Эпидемиологический надзор за трихинеллезом: Методические указания. — М.: Федеральный центр гигиены и эпидемиологии Роспотребнадзора, 2014. — 26 с. Epidemiologicheskii nadzor za trihinellezom: Metodicheskie ukazaniya [Epidemiological surveillans by trichinosis: Methodics indications]. — M.: Federalniy tsentr gigieny i epidemiologii Rospotrebnadzora, 2014. — 26 s. (In Russ.)
4. <http://rospotrebnadzor.ru>. (In Russ.)
5. Онищенко Г.Г. О заболеваемости трихинеллезом в Российской Федерации в 2010 году // Роспотребнадзор. — 2011. — №01/10800. — С.1—32. Onischenko G.G. O zabolevaemosti trihinellezom v Rossiyskoy Federatsii v 2010 godu [About sickrate of trichinosis in Russian Federation in 2010] // Rospotrebnadzor. — 2011. — №01/10800. — S.1—32. (In Russ.)
6. Дорошко З.И. Клинико-эпидемиологические особенности трихинеллеза у больных в синантропном и смешанном очагах в Калининградской области: Автореф. дисс. ... к.м.н. — Калининград, 2006. Doroshko Z.I. Kliniko-epidemiologicheskie osobennosti trihinelleza u bolnykh sinantropnom i smeshannom ochagah v Kaliningradskoy oblasti [Clinical-epidemiological special feature of trichinosis in a patients in synanthropic and mixed center in Kaliningrad region]. — Kaliningrad, 2006. (In Russ.)
7. Константинова Т.Н., Беляев А.Е. Трихинеллез: Лекция; Российская медицинская академия последипломного образования. — М., 1996. — 28 с. Konstantinova T.N., Belyaev A.E. Trihinellezy: Lektsiya; Rossiyskaya meditsinskaya akademiya poslediplomnogo obrazovaniya [Trichinosis: Lektion; Russian Medicine academy of aftergraduation education]. — M., 1996. — 28 s. (In Russ.)
8. Лысенко А.Я., Владимирова М.Г., Кондрашин А.П., Майори Дж. Клиническая паразитология: Руководство. — Женева. ВОЗ, 2002. — 752 с. Lyisenko A.Ya., Vladimova M.G., Kondrashin A.P., Mayori Dzh. Klinicheskaya parazitologiya. Rukovodstvo [Clinical parasitology. Guidance]. — Zheneva. VOZ, 2002. — 752 s. (In Russ.)
9. Поляков В.Е., Лысенко А.Я. Гельминтозы у детей и подростков. — М., 2003. — 252 с. Polyakov V.E., Lyisenko A.Ya. Gelmintozy u detey i podrostkov [Helmintosis of children and adolescents]. — M., 2003. — 252 s. (In Russ.)

Проводится подписка на журнал «Детские инфекции»

Подписку можно оформить в почтовых отделениях связи

Индексы полугодовой подписки в каталоге «Роспечать»:

82163 — для индивидуальных подписчиков и для организаций.

Индекс годовой подписки в каталоге «Роспечать»:

20002 — для индивидуальных подписчиков и для организаций.

On-line версия журнала

elibrary.ru, detinf.elpub.ru