

# Случай серозного менингита ротавирусной этиологии у четырехлетнего ребенка

М. А. ВОРОБЬЕВА<sup>1</sup>, В. В. КРАСНОВ<sup>2</sup>, Е. В. СИДОРЕНКОВА<sup>1</sup>, П. Г. ЗУБАРОВ<sup>1</sup>, Н. Г. СОЛОШЕНКО<sup>1</sup>

<sup>1</sup> ГБУЗНО «Инфекционная больница № 23»,

<sup>2</sup> ФГБОУ ВО «Нижегородская Государственная медицинская академия» МЗ РФ

Ротавирусная инфекция проявляется, в ряде случаев, не только поражением желудочно-кишечного тракта, но и вовлечением в патологический процесс других органов и систем. Представлен клинический случай ротавирусного менингита у девочки четырех лет, подтвержденный выявлением РНК вируса в ликворе методом ПЦР, при одновременном обнаружении вируса в кале методом ИФА.

**Ключевые слова:** ротавирусная инфекция, поражение ЦНС, серозный менингит

**Для цитирования:** Воробьева М.А., Краснов В.В., Сидоренкова Е.В., Зубаров П.Г., Солошенко Н.Г. Случай серозного менингита ротавирусной этиологии у четырехлетнего ребенка. Детские инфекции. 2017.16(2): 60-63. DOI:10.22627/2072-8107-2017-16-2-60-63

## The Case of Serous Meningitis Rotavirus Etiology in a Four-year-old Child

M. A. Vorobyeva<sup>1</sup>, V. V. Krasnov<sup>2</sup>, E. V. Sidorenkova<sup>1</sup>, P. G. Zubarov<sup>1</sup>, N. G. Soloshenko<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Infectious Disease Hospital № 23,

<sup>2</sup>Nizhny Novgorod State Medical Academy, Nizhny Novgorod, Russian Federation

Rotavirus infection is manifested, in some cases, not only by damage to the gastrointestinal tract, but also by the involvement of other organs and systems in the pathological process. A clinical case of rotavirus meningitis in a four-year-old girl was confirmed, which was confirmed by the detection of RNA virus by PCR in cerebrospinal fluid, while the virus was detected in the faeces by ELISA.

**Keywords:** rotavirus infection, serous meningitis

**For citation:** Vorobyeva M.A., Krasnov V.V., Sidorenkova E.V., Zubarov P.G., Soloshenko N.G. The Case of Serous Meningitis Rotavirus Etiology in a Four-year-old Child. *Detskie Infekcii=Children's Infections*. 2017.16(2): 60-63. DOI:10.22627/2072-8107-2017-16-2-60-63

**Контактная информация:** Воробьева Мария Андреевна, врач инфекционист, педиатр, «Инфекционная больница № 23 города Н. Новгорода»; +7(905) 865-75-14; boln23@mail.ru

Maria A. Vorobyeva, infectious disease doctor, pediatrician, Infectious Hospital № 23 in the city of Nizhny Novgorod, Russian Federation; Mobile phone +7(905) 865-75-14; boln23@mail.ru

Краснов Виктор Валентинович (V. Krasnov), д.м.н., проф., заведующий кафедрой детских инфекций НижГМА; +7(903) 601-55-35; dr.Krasnov@mail.ru

Сидоренкова Елена Викторовна (E. Sidorenkova), врач инфекционист, невролог, заведующая отделением № 5, «Инфекционная больница № 23 г. Н. Новгорода»; +7(909) 285-95-45; Elena9545@mail.ru

Зубаров Пётр Георгиевич (P. Zubarov), врач инфекционист, заместитель главного врача по медицинской части, «Инфекционная больница № 23 г. Н. Новгорода»; +7(904) 783-15-23; pzubarov@mail.ru

Солошенко Наталья Геннадьевна (N. Soloshenko), врач инфекционист, главный врач, «Инфекционная больница № 23 г. Н. Новгорода»; +7(960) 193-55-33; boln23@mail.ru

УДК 616.9:579.845

Острые кишечные инфекции занимают одно из ведущих мест в инфекционной заболеваемости у детей и уступают по количеству регистрируемых случаев лишь острым инфекциям респираторного тракта. За последние десятилетия существенно изменилась этиологическая структура инфекционных заболеваний вообще и кишечных инфекций в частности. Если еще в конце 20 века ведущая роль принадлежала бактериальным возбудителям, то в последние десятилетия отмечается отчетливое доминирование вирусных инфекций, в том числе и в структуре ОКИ. Вирусные диареи, чаще всего протекающие по варианту гастроэнтерита, могут быть вызваны различными возбудителями: аденовирусы, калицивирусы, астровирусы, коронавирусы и др., но наиболее часто имеет место ротавирусная инфекция, которая составляет практически половину острых кишечных инфекций вирусной этиологии у детей, на которые приходится до 80% острых инфекционных заболеваний желудочно-кишечного тракта. По данным ВОЗ, до достижения пятилетнего возраста 95% детей переносят ротавирусную инфекцию хотя бы 1 раз. Уровень смертности от ротавирусной инфекции составляет 86 на 100 000 среди детей в возрасте младше 5 лет и около 90% всех летальных ис-

ходов приходится на страны Африки и Азии, что, скорее всего, связано с недостатками оказания медицинской помощи. Однако, единичные случаи летальных исходов отмечаются и в РФ [1–3].

Продолжительное время считалось, что ротавирус поражает только слизистую тонкого кишечника, однако, уже в конце 70-х годов 20 века появилась информация о внекишечных проявлениях ротавирусной инфекции. В исследованиях Bluff с соавт. были выявлены антигены ротавируса и РНК в образцах крови у детей с ротавирусной диареей, а данная патогенетическая ситуация, по понятным причинам, влечет за собой вероятность поражения любого органа, в том числе ЦНС [4].

В зарубежной печати встречаются работы, свидетельствующие о поражении ЦНС при ротавирусной инфекции, как правило, проявляющемся судорогами, в том числе афебрильными. Также не исключается поражение сердца, повышение активности печеночных трансфераз и, таким образом, современные данные показывают, что патогенетические проявления ротавирусной инфекции носят системный характер [5–8]. Kubota T. et al. описывают ротавирусный энцефалит с поражением мозжечка, подтвержденный данными МРТ [9]. О ротавирусном ме-

нингоэнцефалите сообщает Dickey M. et al. [10] и др. Ряд авторов констатирует выявление ротавируса в цереброспинальной жидкости методом ПЦР [11, 12]. Таким образом, на сегодняшний день очевидно, что ротавирусная инфекция является заболеванием, при котором возможно поражение не только слизистой тонкого кишечника, но и других органов, в том числе ЦНС. Данный факт должен привлекать внимание, прежде всего врачей инфекционистов, поскольку внекишечные проявления реализуются при более тяжелых клинических вариантах, и направлять диагностический поиск специалистов в необходимое русло.

Представлен клинический случай ротавирусной инфекции с вовлечением в патологический процесс ЦНС (получено информированное согласие).

Больная А. 4-х лет, находилась на лечении в ГБУЗ НО «Инфекционная больница № 23» с 04.03.16 по 18.03.16 с клиническим диагнозом: Ротавирусная инфекция, серозный менингит, гастроэнтерит, тяжелая форма (в ликворе РНК ротавируса выявлена методом ПЦР от 07.03.16; в кале ротавирус гр. А выявлен методом ИФА от 09.03.16).

Из анамнеза жизни: девочка от 3 беременности, 2-х родов, беременность протекала благополучно, росла и развивалась соответственно возрасту. Вакцинирована согласно национальному прививочному календарю. Питание получает достаточное, дома и в детском саду, диетических погрешностей за последние 7 дней до развития заболевания не отмечалось. В контакте с больными дома и в детском саду не находилась.

Из анамнеза заболевания: ребенок заболел остро 02.03.16., когда появились боли в животе, слабость. На следующий день (03.03.16) отмечалось повышение температуры тела до 39,0°C, четырехкратная повторная рвота, однократно жидкий стул. На третий день болезни (04.03.16) сохранялась однократная рвота, нарастала выраженная вялость, по поводу которой была вызвана «скорая помощь». Уже после госпитализации в стационар дважды наблюдался жидкий стул.

04.03.16 в 14 часов 50 минут девочка госпитализирована в инфекционное отделение с предварительным диагнозом: Острая кишечная инфекция, среднетяжелая форма. При поступлении ребенок в сознании, обращает внимание вялость и заторможенность, состояние расценивается как средней тяжести. Температура тела 37,3°C, кожные покровы чистые, гиперемия слизистой ротоглотки, наложений нет. Периферические лимфатические узлы 1-го порядка, безболезненные. Число дыханий — до 24 в минуту, при аускультации дыхание жесткое, хрипы не выслушиваются. Тоны сердца звучные, ритм правильный, ЧСС — 100 в минуту. Живот мягкий, доступен глубокой пальпации, болезненность не определяется. Печень мягко-эластичной консистенции, выступает из-под края реберной дуги на 1 см, селезенка не пальпируется. Симптомы мышечной ригидности отрицательные. Мочилась за сутки, на момент поступления, дважды, стула не было. При поступлении получены лабораторные анализы cito: сахар крови 5,9 ммоль/л, мочевины 8,1 ммоль/л, кре-

атинин 91 мкмоль/л. В приемном покое дополнительно к оральной регидратации начато парентеральное введение глюкозо-солевых растворов в объеме 400,0 мл, энтеросорбент и пробиотики.

В 18 часов 45 минут 04.03.16, до начала планового вечернего обхода, дежурной мед. сестрой вызван врач в связи с ухудшением состояния ребенка. При осмотре отмечается отрицательная динамика в виде нарастания общемозговой симптоматики: угнетение сознания до уровня ступора, резкая заторможенность, сонливость, быстрая истощаемость, реагирует только на сильные раздражители, видимой очаговой симптоматики нет. Появление относительно нечетких симптомов мышечной ригидности (ригидность затылочных мышц — «пружинит», симптом Кернига — с угла 140°). Другие объективные данные без выраженных динамических изменений. Рвоты и стула не было.

В связи с нарастанием тяжести состояния ребенок для дальнейшего лечения переведен в ОРИТ. Принимая во внимание наличие общемозговой симптоматики и положительных симптомов мышечной ригидности, проведена диагностическая люмбальная пункция для исключения острой нейроинфекции. В ликворограмме выявлен лимфоцитарный плеоцитоз — цитоз 40 кл в 1 мкл: лимфоцитов 88%, нейтрофилов 12 %, белок 0,25 г/л, глюкоза 4,6 ммоль/л, молочная кислота 1,5 ммоль/л, хлориды 95 ммоль/л.

В ОРИТ 04.03.16 дважды имел место жидкий стул с патологическими примесями в виде большого количества слизи, при копроскопии отмечены лейкоциты сплошь в поле зрения. В общем анализе крови — относительный нейтрофилез. При динамическом исследовании отклонений в общем и биохимическом анализах крови, анализе мочи не отмечалось.

На фоне проводимой терапии (противоотечной, в режиме умеренной дегидратации, ноотропной и нейрометаболической) состояние ребенка стабилизировалось. К началу вторых суток стационарного лечения девочка в сознании, доступна контакту, капризничает, сонлива. На шестые сутки лечения переведена из ОРИТ в отделение нейроинфекций. При переводе состояние средней тяжести, сознание ясное, хорошо контактирует с матерью, умеренно активна, очаговая мозговая симптоматика отсутствует, сохраняются положительные симптомы мышечной ригидности. Отклонений со стороны внутренних органов при объективном осмотре не определяется.

В динамике симптомы мышечной ригидности и цефалгический синдром купированы к 10-му дню лечения. Температура тела нормализовалась на 2-ой день лечения, стул приобрел характер оформленного к 6-му дню от момента госпитализации. До выписки из стационара сохранялся умеренно выраженный астенический синдром.

Ликвор пациентки исследован методом ПЦР на наличие HSV1,2 типов, EBV, CMV, HHV6 типа, энтеровируса, все результаты анализов были отрицательные. Исследование цереброспинальной жидкости методом ПЦР на наличие ротавируса проводилось в двух лабораториях: в ГБУЗ НО «Инфекционная больница № 23» РНК ротави-

руса — результат положительный, в ФБУН ННИИЭМ им. академика И.Н. Блохиной — РНК ротавируса — результат положительный. Контаминация ликвора исключается, поскольку исследование проводилось только для данного ликвора. Как уже указывалось выше, в фекалиях методом ИФА выявлен ротавирус группы А.

При проведении КТ головного мозга выявлена ретроцеребеллярная киста справа.

Заключительный диагноз: Генерализованная ротавирусная инфекция с поражением ЦНС. Серозный менингит. Сопутствующий диагноз: Ретроцеребеллярная киста справа.

Ребенок выписан на 17 день болезни в удовлетворительном состоянии со слабовыраженным астеническим синдромом под амбулаторное наблюдение невролога.

Таким образом, данный клинический случай является одним из возможных вариантов генерализации ротавирусной инфекции, протекавшей как острая кишечная инфекция.

Принимая во внимание вышеизложенное, следует констатировать, что ротавирусная инфекция как заболевание с локализованным поражением слизистой оболочки тонкого кишечника и относительно нетяжелым течением, требует определенной переоценки с учетом возможной ее генерализации с формированием внекишечных проявлений вообще и поражения ЦНС в частности. Особенно важно пристальное внимание врача инфекциониста и расширенный диагностический поиск при более тяжелом течении инфекционного процесса, обусловленного ротавирусами.

### Литература/References:

1. Горелов А.В., Усенко Д.В. Ротавирусная инфекция у детей. Вопросы современной педиатрии. 2008; 7(6): 78–84. [Gorelov A.V., Usenko D.V. Rotavirus infection in children. *Questions of Modern Pediatrics*. 2008; 7 (6): 78-84. (In Russ.)].
2. Горелов А.В., Григорович М.С. Острые кишечные инфекции у детей: отдаленные исходы, факторы их определяющие. Оптимизация путей реабилитации. Москва-Киров, 2012: 206.

- [Gorelov A.V., Grigorovich M.S. Acute intestinal infections in children: long-term outcomes, their determinants. Optimization of ways of rehabilitation. Moscow-Kirov, 2012: 206. (In Russ.)].
3. Михайлова Е.В., Левин Д.Ю., Данилов А.Н., Кошкин А. П., Лаврентьев Г. П. Ротавирусная инфекция у детей: клинико-лабораторная характеристика и катamnестические данные. Саратовский научно-медицинский журнал. 2013; 9(3): 504–508. [Mihajlova E.V., Levin D.Yu., Danilov A.N., Koshkin A.P., Lavrentiev G.P. Rotavirus infection in children: clinical and laboratory characteristics and follow-up data. *Saratov Journal of Medical Scientific Research*. 2013; 9 (3): 504-508. (In Russ.)].
4. Blutt S.E., Matson D.O., Crawford S.E., Staat M.A., Azimi P., Bennett B.L., Piedra P.A. Rotavirus antigenemia in children is associated with viremia. *PLoS Med*. 2007; 4: e121. doi: 10.1371/journal.pmed.0040121.
5. Contino M.F., Lebby T., Arcinue E.L. Rotaviral gastrointestinal infection causing afebrile seizures in infancy and childhood. *Am J Emerg Med*. 1994;12:94–95.
6. Lloyd M.B., Lloyd J.C., Gesteland P.H., Bale J.F. Jr. Rotavirus gastroenteritis and seizures in young children. *Pediatr Neurol*. 2010; 42:404–408.
7. Bharwani S.S., Shaukat Q., Basak R.A. 10-month-old with rotavirus gastroenteritis, seizures, anasarca and systemic inflammatory response syndrome and complete recovery. *BMJ Case Rep*. 2011; 2011.
8. Pardo-Seco J., Cebej-Lopez M., Martinon-Torres N., Salas A., Gomez-Rial J., Rodriguez-Tenreiro C., Martínón-Sánchez J.M., Martínón-Torres F. Impact of rotavirus vaccination on childhood hospitalization for seizures. *Pediatr Infect Dis J*. 2015; 34:769–773.
9. Kubota T., Suzuki T., Kitase Y., Kidokoro H., Miyajima Y., Ogawa A., Natsume J., Okumura A. Chronological diffusion-weighted imaging changes and mutism in the course of rotavirus-associated acute cerebellitis/cerebellopathy concurrent with encephalitis/encephalopathy. *Brain Dev*. 2011; 33:21–27.
10. Dickey M., Jamison L., Michaud L., Care M., Bernstein D.I., Staat M.A. Rotavirus meningoencephalitis in a previously healthy child and a review of the literature. *Pediatr Infect Dis J*. 2009; 28:318–321.
11. Nishimura S., Ushijima H., Shiraishi H., Shiraishi H., Kanazawa C., Abe T., Kaneko K., Fukuyama Y. Detection of rotavirus in cerebrospinal fluid and blood of patients with convulsions and gastroenteritis by means of the reverse transcription polymerase chain reaction. *Brain Dev*. 1993; 15:457–459.

# НЕОСМЕКТИН®

природный адсорбент для всей семьи для лечения **диареи, изжоги или вздутия**



- связывает и выводит из организма токсины, вирусы и газы, воздействуя на причину дискомфорта
- помогает защитить слизистую желудка и кишечника, образуя барьер на ее поверхности
- доступен по цене \*



\* на основании данных розничного аудита IMS, отчет «динамика бренда», по сравнению с европейским аналогом в категории смектитов формы выпуска №10, февраль 2017 г.

ИМЕЮТСЯ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ. ПЕРЕД ПРИМЕНЕНИЕМ ПРОКОНСУЛЬТИРУЙТЕСЬ СО СПЕЦИАЛИСТОМ.

12. Liu B., Fujita Y., Arakawa C., Kohira R., Fuchigami T., Mugishima H., Kuzuya M. Detection of rotavirus RNA and antigens in serum and

cerebrospinal fluid samples from diarrheic children with seizures. *Jpn J Infect Dis.* 2009; 62:279–283.

## Инфантильный миофиброматоз у новорожденного

Н. В. БИХЕРЛ<sup>1</sup>, М. С. САВЕНКОВА<sup>1</sup>, Ю. Л. ИШУТИНА<sup>1</sup>, М. П. ШАЛАТОНИН<sup>2</sup>,  
С. С. ЖИЛИНА<sup>1</sup>, К. Ф. САВЛАЕВ<sup>1</sup>, Ю. В. ГРИЦОВА<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Научно-практический центр специализированной медицинской помощи детям им. Войно-Ясенецкого, Москва, РФ

<sup>2</sup> Морозовская детская городская клиническая больница, Москва, РФ

В статье приводится описание клинического случая инфантильного миофиброматоза у новорожденного ребенка. Инфантильный миофиброматоз — редко встречающаяся мезенхимальная опухоль мягких тканей головы, конечности, туловища у детей, обладающая местным инфильтративным ростом без метастазов. В ходе обследования данного пациента были диагностированы множественные миофибромы, имевшие тенденцию к росту в сочетании с активной герпесвирусной инфекцией. В данном случае не исключается влияние смешанной герпетической инфекции на рост миофибром, так как на фоне противовирусного лечения была получена положительная динамика с уменьшением количества и размеров новообразований.

**Ключевые слова:** инфантильный миофиброматоз, миофиброма, новорожденный, герпесвирусная инфекция

**Для цитирования:** Бихерл Н.В., Савенкова М.С., Ишутина Ю.Л., Шалатонин М.П., Жилина С.С., Савлаев К.Ф., Грицова Ю.В. Инфантильный миофиброматоз у новорожденного. *Детские инфекции.* 2017. 16(2): 63-67. DOI:10.22627/2072-8107-2017-16-2-63-67

### Infantile Myofibromatosis in Newborn: Case Report

N. V. Bihel<sup>1</sup>, M. S. Savenkova<sup>1</sup>, Yu. L. Ischutina<sup>1</sup>, M. P. Schalatonin<sup>2</sup>,  
S. S. Gylyina<sup>1</sup>, K. F. Savlaev<sup>1</sup>, Yu. V. Gritsova<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Scientific and Practical Center of Special Medical Care, Moscow,

<sup>2</sup> Morozovskaya Children's City Clinical Hospital, Moscow, Russian Federation

The article describes the clinical case of infantile myofibromatosis of a newborn child. Infantile myofibromatosis is a rare mesenchymal tumor of the soft tissues of the head, limbs, trunk in children with infiltrative local growth, without metastases. During the examination the patient was diagnosed multiple myofibroms, which had a tendency to increase in the combination of active herpes infection. In this case, does not exclude the impact of mixed herpetic infection on the growth of myofibroms as on the background of antiviral treatment showed positive dynamics with a decrease in the number and size of tumors.

**Keywords:** myofibromatosis, myofibroma, newborn, herpesvirus infection

**For citation:** Bihel N.V., Savenkova M.S., Ischutina Yu.L., Schalatonin M.P., Gylyina S.S., Savlaev K.F., Gritsova Yu.V. Infantile Myofibromatosis in Newborn: Case Report. *Detskie Infekcii=Children's Infections.* 2017. 16(2): 63-67. DOI:10.22627/2072-8107-2017-16-2-63-67

**Контактная информация:** Бихерл Наталья Викторовна, ведущий научный сотрудник, к.м.н., НПЦ спец. мед. помощи детям им. Войно-Ясенецкого; г. Москва, РФ; mpsavenkov@mail.ru

Natalia V. Bihel, leading researcher, PhD, Scientific and Practical Center of Special Medical Care; Moscow, Russian Federation; mpsavenkov@mail.ru

Савенкова Марина Сергеевна (Savenkova M.), главный научный сотрудник, д.м.н., профессор, НПЦ спец. мед. помощи детям им. Войно-Ясенецкого, г. Москва

Ишутина Юлия Леонидовна (Ischutina Y.), заведующая отделением патологии новорожденных и недоношенных детей, НПЦ спец.мед. помощи детям им. Войно-Ясенецкого, г. Москва

Шалатонин Михаил Петрович (Shalatonin M.), врач, патологоанатом, Морозовская детская городская клиническая больница, г. Москва

Жилина Светлана Сергеевна (Gilyina S.), главный научный сотрудник, к.м.н., НПЦ спец.мед. помощи детям им. Войно-Ясенецкого, г. Москва

Савлаев Казбек Фидарович (Savlaev K.), врач-онколог, НПЦ спец.мед. помощи детям им. Войно-Ясенецкого, г. Москва

Грицова Юлия Валерьевна (Gritsova Y.), врач-неонатолог, НПЦ спец.мед. помощи детям им. Войно-Ясенецкого, г. Москва

УДК 616.71-006

Инфантильный миофиброматоз (ИМ) — заболевание, характеризующееся появлением мезенхимальных опухолей мягких тканей головы туловища и конечностей (крайне редко — во внутренних органах), обладающих местным инфильтративным ростом без метастазов [1]. В медицинской литературе впервые понятие фиброматоз было введено Стоутом А. (A.P. Stout) в 1945 году. В последующие годы была разработана классификация фиброматозов, выделены формы, особенности течения, локализация.

Точная частота заболевания не известна, по приблизительным оценкам, встречается у 1: 150 000 — 400 000 новорожденных. Несмотря на значительную распространенность (ИМ составляет до 90% доброкачественных

фибропластических опухолей у детей до 2-х лет), заболевание нередко не диагностируют или оно на практике шифруется под другими диагнозами.

С учётом клинической картины выделяют четыре типа ИМ:

- солитарный (одиночный узелок на коже и/или в мышцах головы, шеи или туловища);
- врожденный множественный (многочисленные узелки в коже и мышцах);
- врожденный множественный с единичным поражением внутренних органов;
- врожденный множественный с активным вовлечением внутренних органов (множественные поражения кожи