

4. Deshpande V. et al. Consensus statement on the pathology of IgG4-related disease // Mod. Pathol. – 2012. – Vol. 25. – № 9. – P. 1181-1192.

5. Hamano H. et al. High serum IgG4 concentrations in patients with sclerosing pancreatitis // N. Engl. J. Med. – 2001. – Vol. 344, № 10. – P. 732-738.

6. Hamano H. et al. Hydronephrosis associated with retroperitoneal fibrosis and sclerosing pancreatitis // Lancet. – 2002. – Vol. 359. – P. 1403-1404.

7. Mikulicz J. Über eine eigenartige symmetrische Erkrankung der Tränen und Mundspeicheldrüsen / J. Mikulicz. Stuttgart: – Beitr. z. Chir. Festschr. f. Theodor Billroth, 1892. – P. 610-630.

8. Stone J.H. et al. IgG4-related disease // N. Engl. J. Med. – 2012. – Vol. 366. – P. 539-551.

9. Umehara H. et al. Comprehensive diagnostic criteria for IgG4-related disease (IgG4-RD. U) // Mod. Rheumatol. – 2012. – Vol. 22, № 1. – P. 21-30.

Координаты для связи с авторами: *Алексеев Сергей Алексеевич* – зав. кафедрой госпитальной терапии лечебного факультета ДВГМУ, тел. 8-(4212)-98-05-36; *Колтунов Андрей Сергеевич* – ассистент кафедры госпитальной терапии лечебного факультета ДВГМУ, тел. 8-(4212)-98-02-32, e-mail: andreykoltunov@gmail.com; *Колтунов Сергей Семенович* – зав. терапевтическим отделением НУЗ «Дорожная клиническая больница на станции Хабаровск-1 ОАО «РЖД», тел. 8-(4212)-40-83-45; *Синюкова Марина Алексеевна* – врач терапевтического отделения НУЗ «Дорожная клиническая больница на станции Хабаровск-1 ОАО «РЖД», тел. 8-(4212)-40-83-46.



УДК 616.36-006.31-002.3-053.31-021.144

А.С. Богданова¹, Н.В. Фирсова¹, Д.А. Холичев¹, Е.В. Ореховская², Е.А. Хелимская², Т.Г. Трегубова²

СЛУЧАЙ ПОЗДНЕЙ ДИАГНОСТИКИ НАГНОИВШЕЙСЯ КИСТЫ ПЕЧЕНИ У РЕБЕНКА 6 МЕСЯЦЕВ

¹Дальневосточный государственный медицинский университет, 680000, ул. Муравьева-Амурского, 35, тел. 8-(4212)-76-13-96, e-mail: nauka@mail.fesmu.ru;

²Детская городская клиническая больница № 9, 680003, ул. Союзная, 80, тел. 8-(4212)-54-52-62, e-mail: stacionar9@mail.ru, г. Хабаровск

Резюме

В статье приводится клинический случай поздней диагностики нагноившейся кисты печени у ребенка 6 месяцев. Особенность болезни заключалась в том, что нагноение кисты протекало малосимптомно, на фоне инфекции мочевыводящих путей и энтеровирусной инфекции. В силу малой настороженности по данному поводу распознать осложнение удалось не сразу. На первом месяце жизни диагностировали кисту печени, с четырех месяцев стала повышаться температура тела до фебрильных цифр, лечилась по поводу инфекции мочевыводящих путей, затем – энтеровирусной инфекции. Однако после прекращения антибиотикотерапии вновь имел место синдром интоксикации. Детальная оценка анамнеза заболевания, качественное ультразвуковое исследование печени позволило заподозрить нагноение кисты. В результате ребенок был успешно прооперирован.

Ключевые слова: нагноившаяся киста печени, ребенок грудного возраста.

A.S. Bogdanova¹, N.V. Firsova¹, D.A. Kholichev¹, E.V. Orechovskaya², E.A. Chelimskaia², T.G. Tregubova²

THE CASE OF LATE DIAGNOSTICS OF SUPPURATIVE CYST OF THE LIVER IN A CHILD OF 6 MONTHS

¹Far Eastern State Medical University;

²City Children Hospital № 9, Khabarovsk

Summary

The article presents a clinical case of late diagnostics of suppurative cyst of the liver in a child of 6 months. The peculiarity of the disease was that suppurated cyst remained almost asymptomatic at the background of a urinary tract infection and enterovirus infection. Due to low awareness about this rare condition, the complication was not immediately diagnosed. In the first month of life a cyst in the liver was diagnosed. By the age of four months there were elevation of body temperature to febrile. She was treated for the urinary tract infection, then for enterovirus infection. However, after cessation of antibiotic therapy the patient developed an intoxication syndrome. Detailed assessment of a medical history, quality ultrasound examination of the liver revealed suppuration of the cyst. The child was successfully operated.

Key words: liver cyst suppuration, infants.

Врожденные (истинные) кисты печени у детей встречаются относительно редко. По данным сборной статистики они выявляются примерно у 0,8 % [2] населения, а по данным аутопсии частота не выявленных непаразитарных кист печени достигает 1,86 % [3]. У девочек кисты печени встречаются в 3-5 раз чаще, чем у мальчиков [1]. Во многих случаях причины возникновения истинной кисты у детей носят врожденный характер. Согласно современным патогенетическим подходам, истинные кисты в печени возникают из aberrантных желчных ходов, т.е. во время эмбрионального развития не происходит подключение к системе желчных путей отдельных внутридольковых и междольковых желчных ходов; отсутствие инволюции этих ходов и является причиной развития врожденных кист печени у детей [4, 5]. Истинные (солитарные) кисты печени могут быть простыми, многокамерными, цистаденомами, дермоидными и ретенционными. Солитарная киста печени представляет собой округлой формы образование, которое обычно происходит из правой доли печени. Как правило, она свободно лежит на нижней поверхности печени, в междольковых бороздах или имеет ножку, на которой свисает в брюшную полость, реже – располагается в толще ткани. Возможными осложнениями солитарных кист печени являются нагноение, разрыв, кровотечение в полость или кровоизлияние в стенку кисты, перекрут, располагающейся на «ножке», редко – малигнизация. Проблема диагностики и лечебно-тактических критериев при объемных образованиях брюшной полости у детей до сих пор остаётся нерешённой.

Представляем клинический случай нагноившейся солитарной кисты печени у ребенка 6 месяцев. Из анамнеза известно, что девочка от I беременности, протекающей на фоне гестоза средней степени тяжести, роды на 35 неделе, масса при рождении 2 690 г, длина тела – 48 см. При обследовании в 1 месяц был выставлен диагноз: Врожденная аномалия развития (киста печени). В 4 месяца у ребенка впервые повысилась температура тела до фебрильных цифр. В крови (15.08.15 г.) отмечался лейкоцитоз за счет нейтрофилии со сдвигом влево, гипохромная анемия, ускоренное СОЭ (эритроциты $3,7 \times 10^{12}/л$, гемоглобин – 101 г/л, лейкоциты $19,4 \times 10^9/л$, нейтрофилы: п – 7 %, с/я – 78 %, лимфоциты 15 %, СОЭ – 40 мм/ч), в моче (15.08.15 г.) лейкоцитурия до 25 в поле зрения, по Нечипоренко – лейкоциты 46750, эритроциты – 250. Получила лечение по поводу инфекции мочевыводящих путей. В течение 2 недель после курса антибиотикотерапии температура тела держалась на субфебрильных цифрах. В возрасте 5 месяцев девочка поступает в детскую инфекционную больницу с жалобами на повышение температуры тела до $38,5^{\circ}C$, осиплость голоса, разжижение стула. В общем анализе крови (15.09.15 г.) лейкоцитоз за счет нейтрофилии со сдвигом влево, ускоренное СОЭ (лейкоциты $19,8 \times 10^9/л$, нейтрофилы: с/я – 79 %, лимфоциты – 22 %, моноциты – 1 %, СОЭ – 43 мм/ч). Лечение проводят по поводу энтеровирусной инфекции: герпетическая ангина средней степени тяжести. Получает курс цефотоксима 600 мг/сутки внутримышечно 5 дней. На фоне лечения состояние улучшается, ребенок выписывается с выздоровлени-

ем. Однако вечером этого же дня у ребенка вновь поднимается температура до высоких цифр, при приеме ибупрофена в возрастной дозировке лихорадка не купируется, и девочка госпитализируется в ДГКБ УЗ № 9 с жалобами на повышение температуры до $39,6^{\circ}C$, беспокойство. При осмотре состояние средней степени тяжести за счет болевого и интоксикационного синдрома (накануне была осмотрена хирургом, данных за острую хирургическую патологию выявлено не было), в сознании, менингеальных знаков нет, самочувствие страдает. Ребенок 6 месяцев, пониженного питания (дефицит массы тела 13,8 %), нервно-психическое развитие соответствует 4 месяцам. Со стороны сердечно и бронхо-легочной систем без особенностей, при пальпации в правом подреберье ребенок резко кричит, край печени выступает из-за реберной дуги по средне-ключичной линии на 2,5 см, болезненный, плотно-эластичный, селезенка не пальпируется, стул кашицеобразный до 3 раз в сутки без патологических примесей.

В общем анализе крови (19.09.15 г.) нарастает анемия, лейкоцитоз за счет нейтрофилии сохраняется, однако наблюдается сдвиг влево до юных форм, имеется тромбоцитоз, ускорение СОЭ (эр. – $3,35 \times 10^{12}/л$, Hb – 97 г/л, MCH – 27,3 pg, MCV – 71,3 fl, HCT – 25,3 %, PLT – $713 \times 10^9/л$, MPV – 5,8 fl, WBC – $19,2 \times 10^9/л$, нейтрофилы: ю – 6 %, п – 7 %, с – 60, лимфоциты – 20 %, моноциты – 6, базофилы 1 %, СОЭ до 34 мм/ч). В общем анализе мочи (19.09.15 г.) лейкоцитов, белка нет, pH – 6,0. В анализе мочи по Нечипоренко (19.09.15 г.): лейкоциты в пределах нормы, эритроцитов, цилиндров нет. В биохимии крови (19.09.15 г.): общий белок на нижней границе нормы (62, 1 г/л), СРБ резко положительный (+++). На УЗИ брюшной полости (20.09.15 г.): контуры ровные, толщина правой доли 7,4 см, первый сегмент печени составляет 32 % от левой доли, паренхима нормоэхогенная, структура однородная, сосудистый рисунок не изменен, желчные протоки без особенностей. В правой доле печени лоцируется округлое образование с ровными контурами, тонкой капсулой, имеется полость, полностью заполненная жидкостью, $V=71,5 \text{ см}^3$ (Нельзя исключить нагноение кисты). Ребенок был срочно переведен в хирургическое отделение детской краевой больницы с диагнозом: нагноившаяся киста печени, абсцесс печени. 25.09.15 г. был успешно прооперирован: дренирование абсцесса печени.

Настоящее наблюдение свидетельствует о том, что, несмотря на применение современного арсенала диагностических методов и диагностических алгоритмов, верификация осложненных кист печени у детей весьма затруднительна, в большей степени из-за низкой настороженности. Обращая внимание на интоксикационный синдром у детей грудного возраста, в первую очередь обычно полагают наличие некоего инфекционного процесса в мочевыводящих путях, желудочно-кишечном тракте или бронхо-легочной системе, при этом редко берут во внимание возможность осложнения имеющихся кист у ребенка. На протяжении 2 месяцев у ребенка имелось повышение температуры тела до фебрильных цифр, нагноение кисты печени протекало на фоне инфекции мочевыводящих путей и энтеровирусной инфекции, что затрудняло диагностику данно-

го осложнения. На наш взгляд, в случаях длительного синдрома интоксикации у детей грудного и раннего возраста, целесообразно проводить углубленную диагностику на предмет осложнения ранее диагностиро-

ванных кист (иных возможных врожденных аномалий развития), что позволит оказывать детям адекватную, своевременную терапию.

Литература

1. Котельникова Л.П., Бусырев Ю.Б., Белякова Я.В. Лечение непаразитарных кист печени // *Анналы хирургической гепатологии*. – 2014. – Т. 19, № 1. – С. 60-67.
2. Ленюшкин А.И., Туманян Г.Т. Клинико-диагностические аспекты и тактика лечения кист желчевыводящих путей в детском возрасте // *Вопросы современной педиатрии*. – 2005. – № 4 (3). – С. 34-39.
3. Притула В.П. Хирургическое лечение детей с кистами печени // *Хирургия детского возраста*. – 2014. – № 1-2 (42). – С. 14-19.

4. Харчков В.В., Кислицын Д.П., Добровольский А.А. Хирургия кист и абсцессов печени. – Ханты-Мансийск: Изд-во Ханты-Мансийской государственной медицинской академии. – 2013. – 155 с.
5. Edil B.H., Cameron J.L. et al. Chole dochal cyst disease in children and adults: a 30-year single-institutional experience // *J. Am. Coll. Surg.* – 2008; 206: 1000-1008.

Literature

1. Kotelnikova L.P., Busyrev Yu.B. et al. Nonparasitic hepatic cysts treatment // *Annals of surgical hepatology*. – 2014. – Vol. 19, № 1. – P. 60-67.
2. Lenyushkin A.I., Tumanyan G.T. et al. Clinicodiagnostic aspects and tactics of treatment of choledochal cysts in children // *Problems of modern pediatrics*. – 2005. – № 4 (3). – P. 34-39.
3. Pritula V.P. Surgical treatment of children with hepatic cysts // *Pediatric surgery*. – 2014. – № 1-2 (42). – P. 14-19.

4. Kharchkov V.V., Kislitsyn D.P. et al. Surgery of hepatic cysts and abscesses // Publishing House of the Khanty-Mansiysk State Medical Academy, Khanty-Mansiysk. – 2013. – 155 p.
5. Edil B.H., Cameron J.L. Choledochal cyst disease in children and adults: a 30-year single-institutional experience. *J. Am. Coll. Surg.* 2008; 206: 1000–1008.

Координаты для связи с авторами: Богданова Анна Сергеевна – канд. мед. наук, доцент кафедры детских болезней ДВГМУ, тел. +7-929-409-71-18, e-mail: annabogdanova@pochta.ru; Холичев Дмитрий Анатольевич – канд. мед. наук, доцент кафедры детских болезней ДВГМУ, тел. +7-962-227-92-22, e-mail: holdima1981@yandex.ru; Фирсова Наталия Владимировна – канд. мед. наук, доцент кафедры детских болезней ДВГМУ, тел. +7-962-28-99-33; Ореховская Елена Владимировна – врач-педиатр второго педиатрического отделения ДГКБ УЗ № 9, тел. +7-909-878-08-16; Хелимская Елена Александровна – заведующая второго педиатрического отделения, врач-педиатр ДГКБ УЗ № 9, тел. +7-914-199-77-89; Трегубова Татьяна Георгиевна – зав. отделением функциональной диагностики ДГКБ УЗ № 9, тел. +7-909-840-49-20.



УДК 616.981.551-08-021.144

А.М. Рюмин, О.Л. Соболевская, О.В. Корочкина, Н.Е. Волский, Е.А. Михайлова,
И.А. Отмахова, Д.М. Собчак, О.Л. Хряева

СЛУЧАЙ СТОЛБНЯКА ЛЕГКОГО ТЕЧЕНИЯ: ТАКТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ВЕДЕНИЯ

Нижегородская государственная медицинская академия, 603005, пл. Минина и Пожарского, 10,
e-mail: rector@nizhgma.ru, г. Нижний Новгород

Резюме

Столбняк является относительно редкой, но весьма опасной инфекционной болезнью с высокой летальностью. В статье описан клинический случай столбняка легкого течения, ставший результатом сельскохозяйственной травмы. Обсуждаются проблемы лабораторной диагностики и терапии столбняка (в особенности, введение противостолбнячной сыворотки). Затронуты вопросы эффективности вакцинопрофилактики столбняка.

Ключевые слова: столбняк, противостолбнячная сыворотка, анаэробная инфекция, вакцинопрофилактика.