

УДК: 616.921.5:616.831-006:616-07-053.2/6

А.В. Бобрышева, Е.А. Крюгер, Ю.В. Вьяльцева, К.В. Пунг

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА СЛУЧАЯ ОБЪЕМНОГО ОБРАЗОВАНИЯ ГОЛОВНОГО МОЗГА В ПЕРИОД ЭПИДЕМИЧЕСКОГО ПОДЪЕМА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ОСТРЫМИ РЕСПИРАТОРНЫМИ ВИРУСНЫМИ ИНФЕКЦИЯМИ (из клинических случаев по вызову санавиации)

ГУ «Крымский государственный медицинский университет имени С.И. Георгиевского», г. Симферополь, Украина.

Резюме. Приведен клинический случай диагностики объемного образования головного мозга у пятнадцатилетнего мальчика в период эпидемии гриппа.

Ключевые слова: сезонные инфекции, грипп, дети, объемное образование головного мозга.

О важности и сложности дифференциальной диагностики инфекционных заболеваний, протекающих с синдромами поражения нервной системы (ЦНС), знает каждый врач. При этом особенностью работы педиатра-инфекциониста является то, что, консультируя больного в условиях стационара или осматривая ребенка в поликлинике, врач должен закончить осмотр если не с готовым диагнозом, то с законченным заключением, вне зависимости от имеющихся сомнений, наличия или отсутствия лабораторных и инструментальных исследований, заключения узких специалистов. Причем диагноз или заключение должно содержать, помимо суждения о болезни, план мероприятий и конкретных действий не только по обследованию, лечению, но и профилактике.

При консультации же ребенка педиатром-инфекционистом по вызову центра экстренной медицинской помощи (более привычное и известное для нас «старое» название — «санавиация», сложность клинического случая и ответственность за правильность диагноза и профессионализм действий возрастает многократно, при этом всегда усложняющим ситуацию выступает фактор времени. Времени на раздумья нет. Особенно трудным и сложным является дифференциальная диагностика «вдруг проявившегося» заболевания в период эпидемической вспышки сезонной инфекции. Следует отметить, что эпидемический подъем заболеваемости сезонными инфекциями — это и вспышки острых кишечных инфекций в летний период или гриппа и острых респираторных вирусных инфекций в осенне-зимние месяцы — часто усугубляет сложность проведения дифференциального диагноза заболеваний, протекающих с синдромами поражения ЦНС, поскольку могут быть как причиной и/или пусковым фактором данной болезни, так и «ложной версией» в истории заболевания ребенка.

И здесь индивидуальный подход, скрупулезность сбора эпидемиологического анамнеза и истории заболевания конкретного больного, зачастую напоминающие расследование, тщательный клинический осмотр больного, проведение алгоритма дифференцированного диагноза в полном объеме, являются составляющими успеха постановки правильного диагноза, а впоследствии — и тактики дальнейшего обследования и лечения ребенка.

Как иллюстрацию сказанного, приводим клинический случай из практики работы по вызову центра экстренной медицинской помощи в период подъема заболеваемости гриппа и ОРВИ.

14 января 2010 года на диспетчерский пульт Крымского территориального государственного центра экстренной

медицинской помощи поступил вызов из центральной районной больницы (ЦРБ) о необходимости оказания консультативно-лечебной помощи ребенку с клиническим диагнозом: «Грипп, тяжелая форма. Судорожный синдром». Больной Денис Ж., 15 лет, местный житель одного из маленьких поселков Крыма, доставлен в стационар ЦРБ бригадой скорой помощи в крайне тяжелом состоянии.

Как известно, конец 2009 года и начало 2010 года запомнились всем пандемией нового штамма вируса гриппа, названного «свиным», который будет классифицирован как вирус гриппа А/Н1N1 California/04/2009. Следует отметить, что в этот период, более чем когда-либо, любые тяжелые заболевания рассматривались как возможные проявления гриппа.

Из собранного при поступлении в стационар эпидемиологического анамнеза было известно, что школа, где учится ребенок, была закрыта на карантин из-за увеличения количества заболевших ОРВИ и гриппом. В семье Денис Ж. — средний ребенок; со слов родителей, двое других детей здоровы. Семья относится к категории малообеспеченных, проживает в частном доме без удобств.

История заболевания содержала краткие сведения, что мальчик госпитализирован в ЦРБ 14 января 2010 года бригадой скорой помощи в тяжелом состоянии, обусловленном судорожным синдромом, гипертермией до 40°C, в бессознательном состоянии. За день до заболевания отмечались головные боли и необильные выделения из носа.

При осмотре больного Дениса Ж. в палате интенсивной терапии ЦРБ общее состояние мальчика оценивалось как очень тяжелое, обусловленное неврологическим статусом.

Неврологический статус на момент осмотра: сознание — сонор, периодически — психомоторное возбуждение, судорожная готовность, расходящееся косоглазие, зрачки D=S, горизонтальный мелкоаппашистый нистагм, бульбарных расстройств нет, рефлексy D=S, оживлены, больше с ног. Симптом Бабинского положительный с обеих сторон. Умеренно выражены симптомы раздражения мозговых оболочек в виде ригидности мышц затылка и симптома Кернига с двух сторон. Гиперестезий нет. Судороги на момент осмотра купированы.

Мальчик крупный, повышенного питания, с массой до 90 килограммов. Продолжает лихорадить на фебрильных цифрах до 39–40°C, несмотря на введение жаропонижающих средств. Дышит самостоятельно. Кашля, одышки нет. При проведении пульсоксиметрического мониторинга сатурация не ниже 95%. Патологии со стороны костно-мышечной системы не обнаружено. Катаральных явлений при осмотре не выявлено. Кожные покровы смуглые, сыпи нет.

Тургор ткани и эластичность кожных покровов сохранены. Видимые слизистые чистые, в зева слизистые дужек миндалин и задней стенки глотки розовые, налетов нет. Язык сухой, у корня умеренно обложен белым налетом. Над легкими перкуторно легочной звук, аускультативно везикулярное дыхание, хрипы не выслушивались. Границы сердечной тупости в пределах возрастной нормы, не расширены. Сердечные тоны приглушены, тахикардия, частота сердечных сокращений до 100 в минуту, систолический шум на верхушке. Живот мягкий, доступен глубокой пальпации, безболезненный. Размеры печени и селезенки не увеличены. Стула в отделении не было, диурез сохранен.

Таким образом, убедительных клинических данных за диагноз «Грипп» или «ОРВИ» при осмотре не выявлено. Но для того, чтобы сделать правильное диагностическое заключение, необходимо было более детальное уточнение эпидемиологического анамнеза и анамнеза болезни мальчика.

Прежде всего, было уточнено время начала карантина в школе с целью подтвердить или опровергнуть возможность контакта с больными гриппом в школьном коллективе. Было установлено, что Денис Ж. не посещал школу с 6 января. То есть время предположительного контакта с больными гриппом и ОРВИ выходило за рамки инкубационного периода этих инфекций. Во время карантина постоянно был дома. Родители мальчика отмечали его необщительность. Обычно он старался прилечь, читая книгу. Последнее время, около полугода, редко выходил из дома, практически не общался с братьями. Было установлено, что в течение последних пяти или шести месяцев начала стремительно увеличиваться масса мальчика. Но по этому поводу он никем и нигде не обследовался.

Корректными непрямыми и наводящими вопросами было установлено, что ребенка мучили головные боли, и он только делал вид, что читает, лишь бы была возможность прилечь с книгой, и его не беспокоили. Для родителей малообеспеченной сельской семьи мальчик, который с таким рвением хочет читать, был гордостью и надеждой, поэтому ни мать, ни отец не обратили внимания на истинную причину такого поведения.

При углубленном сборе данных истории жизни и болезни также собирали информацию о травмах, контакте с больными туберкулезом, о том, как привит ребенок, о герпетических высыпаниях, инфекционных болезнях, которые были у ребенка и т.д. Установлено, что Денис Ж. был привит согласно календарю профилактических прививок, в последние шесть месяцев никаких вакцинаций не проводилось, травм не отмечено, в семье и близком окружении больных туберкулезом нет, реакция Манту проводилась ежегодно — без особенностей, в анамнезе — переболел ветряной оспой, несчастиями ОРВИ, периодически бывают герпетические высыпания, за неделю до начала данного заболевания отмечались единичные везикулы герпетических высыпаний на губах.

12 января были отмечены выделения из правого носового хода, обильные, в виде светлой жидкости, при наклоне вперед истекали тоненькой струйкой, что никак не укладывалось в симптоматику катарального синдрома при гриппе и, как в последующем было уточнено, — это была ликворорея.

Полная и верная картина при сборе эпидемиологического анамнеза и анамнеза болезни, в основном, зависит от умения установить психологический контакт с расстроенными, огорченными, очень часто плачущими или шокированными болезнью их ребенка, родителями, умения деонтологически правильно задать вопрос, а также от опыта врача, который в полной мере должен представлять себе, какие заболевания необходимо исключить в данном

конкретном клиническом случае и с какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальный диагноз.

В результате детально проведенного сбора эпидемиологического анамнеза и осмотра членов всей семьи, уточнения анамнеза болезни и клинического осмотра Дениса Ж. убедительных данных за грипп или ОРВИ не выявлено, и этот диагноз был снят.

Учитывая, что основная тяжесть состояния Дениса Ж. была обусловлена неврологическим статусом (нарушением сознания, очаговой симптоматикой и положительным менингеальным синдромом), что требовало проведения дифференциального диагноза между нейроинфекциями и другими заболеваниями, протекающими с синдромами поражения ЦНС, и, в частности, с опухолью мозга [9,10].

Данные результатов проведенных лабораторных исследований

Общий анализ крови: эритроциты — $4,11 \times 10^{12}/л$, гемоглобин — 131 г/л, тромбоциты — $238\,000/мкл^{-1}$, лейкоциты — $6,9 \times 10^9/л$, СОЭ — 20 мм/ч, палочкоядерные — 13%, сегментоядерные — 53%, эозинофилы — 4%, лимфоциты — 25%; моноциты — 4%, плазматические клетки — 1%.

Общий анализ мочи: светло-желтый цвет, прозрачная, удельный вес 1013, Le — 3–6 в поле зрения, эпителий плоский — 1–5 в поле зрения.

Заключение отоларинголога ЦРБ: ринит.

При рентгенологическом обследовании органов грудной клетки и на рентгенограмме придаточных пазух носа патологии не выявлено.

В результате исследования цереброспинальной жидкости от 14.01.2010 воспалительных изменений не выявлено, но жидкость вытекала под давлением. Это позволило исключить внутричерепное кровоизлияние и наличие менингита, а положительные менингеальные знаки были расценены как симптомы раздражения мозговых оболочек.

Таким образом, учитывая ведущие патологические синдромы поражения ЦНС — нарушение сознания, очаговая симптоматика и ликворогипертензионный синдром, круг заболеваний, протекающих с синдромами поражения ЦНС, в данном клиническом случае сузилась до двух конкурирующих диагнозов: «Объемное образование головного мозга?» и «Острый энцефалит неуточненной этиологии?».

При этом суждение о наличии внутричерепных объемных образований подтверждалось и рентгенографией черепа больного, где было установлено смещение обзвещенного шишковидного тела относительно срединной плоскости черепа. Тем не менее, поставить диагноз однозначно без компьютерной томографии в условиях ЦРБ не представлялось возможным.

Следует отметить, что в ОАИТ от момента поступления ребенку проводилась интенсивная противоотечная, противовоспалительная и инфузионно-детоксикационная терапия, а также реаниматологом-анестезиологом центра экстренной медицинской помощи подготовка к транспортировке в г. Симферополь.

По Сито в экстренном порядке пациенту Денису Ж., 15 лет, была проведена 14.01.2010 компьютерная томография (КТ).

Данные КТ: на серии стандартных аксиальных компьютерных томограмм суб- и супратенториальных анатомических образований эндосупраселлярно определяется объемное образование округлой формы, с ровными, местами нечеткими, контурами, плотностью 31–42 едН, приблизительно размерами 21x21x23 мм. Базальные цистерны сужены. Субарахноидальные пространства конвексальной поверхности полушарий мозга слабо дифференцируются. Боковые желудочки мозга значительно

расширены, передний рог правого бокового желудочка — 14 мм, передний рог левого бокового желудочка — 15 мм, тела: справа — 30 мм, слева — 34 мм. Третий желудочек в передних отделах — 15 мм, в задних отделах конусовидно сужается. Перивентрикулярно на уровне нижних отделов передних рогов плотность вещества мозга снижена (больше справа), составляет 9–24 едН. Четвертый желудочек обычной формы и размеров, расположен в типичном месте. Срединные структуры головного мозга смещены вправо на 3 мм. В передних и средних ячейках решетчатого лабиринта имеется содержимое плотностью 14–37 едН.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ: КТ-картина объемного образования, расположенного эндосупраселлярно, внутренняя окклюзионная гидроцефалия.

Мальчик госпитализирован в нейрохирургическое отделение Республиканской детской клинической больницы, где находился на стационарном лечении с 14.01.10. по 31.01.2010 с диагнозом: «Объемное образование эндосупраселлярной локализации. Внутренняя окклюзионная напряженная гидроцефалия. Назальная ликворея. Вентрикулит».

14.01.2010 установлен наружный вентрикулярный дренаж по Аренту.

15.01.2010 в анализе ликвора цитоз 423 клеток, 105 нейтрофилов и 318 лимфоцитов, белок 0,47 г/л.

16.01.2010 в анализе ликвора цитоз 239 клеток, 189 нейтрофилов и 50 лимфоцитов, белок 0,49 г/л.

На момент выписки 31.01.2010 гипертензионный синдром был купирован, ликвор санирован, дренаж функционировал удовлетворительно. Было рекомендовано проведение планового оперативного лечения в условиях НИИ нейрохирургии в г. Киеве. Перевод согласован с главным нейрохирургом МЗ Украины.

Выводы

1. Сезонные инфекции могут быть как причиной и/или пусковым фактором заболевания, характеризующегося синдромами поражения ЦНС, так и «ложной версией» в истории заболевания ребенка.

2. В период эпидемической вспышки сезонной инфекции следует тщательно проводить сбор анамнеза заболевания и эпиданамнеза, что в совокупности с данными объективного осмотра ребенка с клиникой поражения ЦНС позволит избежать ряда диагностических ошибок.

3. Консультирование детей с заболеваниями, проявляющимися синдромами поражения ЦНС, специалистами по линии центра экстренной медицинской помощи в ранние сроки госпитализации в ЦРБ способствует своевременно и точно установленному диагнозу и определению правильной тактики ведения больных.

ЛИТЕРАТУРА

1. Богадельников И. В. Дифференциальный диагноз важнейших инфекционных заболеваний у детей / И. В. Богадельников. — Симферополь : Борис, 1999 — 528 с.
2. Клінічний протокол діагностики пандемічного грипу, спричиненого вірусом А/Н1N1 (Каліфорнія): наказ МОЗ України №814 від 10.11.2009 [Електронний ресурс]. — Режим доступу : <http://www.moz.gov.ua> — Назва з екрану.
3. Белан Ю. Б. Грипп А (California) H1N1 у дітей / Ю. Б. Белан, М. В. Старикович // Лечащий врач. — 2009. — № 10. — С. 12–17.
4. Державна санітарно-епідеміологічна служба України інформує про ситуацію в світі та в Україні з захворюваністю на вірус грипу А/Н1N1 станом на 6 листопада 2009 року [Електронний ресурс]. — Режим доступу : <http://www.moz.gov.ua> — 06.11.2009.
5. CDC Estimates of 2009 H1N1 Influenza Cases, hospitalizations and deaths in Unated States, April 2009-February 13, 2010 [Electronic resource]. — Assess mode : http://www.cdc.gov/H1N1flu/estimates_2009_H1N1.htm (March 12,2009). — Title from a screen.
6. ECDC Situation Report — Influenza A(H1N1) infection — Update 8 May 2009, 08:00 hours CEST. European Centre for Disease Control (8 May 2009).
7. Парамонова Н. С. Проблемы острых респираторных вирусных заболеваний в педиатрии / Н. С. Парамонова, О. А. Волкова // Здоровье ребенка. — 2010. — № 2 (23). — С. 21–23.
8. Порівняльна характеристика клінічного перебігу пандемічного грипу А/Н1N1 у дітей м. Дніпропетровська з дітьми різних країн світу / Шостакович-Корецька Л. Р., Маврутенко В. В., Чергінець А. В. [та ін.] // Сучасні інфекції. — 2010. — № 2. — С. 46–53.
9. Митус Н. В. Аналіз помилок у діагностиці менінгеального синдрому на догоспітальному етапі / Н. В. Митус, А. С. Скицюк // Сучасні інфекції. — 2010. — № 2. — С. 72–78.
10. Поражение нервной системы при инфекционных заболеваниях у детей / под ред. И. В. Богадельникова, А. В. Кубышкина. — Симферополь-Киев-Донецк-Одесса : Крым-Фарм-Трейддинг, 2004 — 655.

ДИФЕРЕНЦІАЛЬНА ДІАГНОСТИКА ВИПАДКУ ОБ'ЄМНОГО НОВОУТВОРЕННЯ ГОЛОВНОГО МОЗКУ В ПЕРІОД ЕПІДЕМІЧНОГО ПІДВИЩЕННЯ ЗАХВОРЮВАННОСТІ ГОСТРИМИ РЕСПІРАТОРНИМИ ВІРУСНИМИ ІНФЕКЦІЯМИ

А.В. Бобрішева, О.О. Крюгер, Ю.В. Вьяльцева, К.В. Пунг

ДУ «Кримський державний медичний університет імені С.І. Георгієвського», м. Симферополь, Україна.

Резюме. Наведено клінічний випадок діагностики об'ємної пухлини головного мозку у п'ятнадцятирічного хлопчика в період епідемії грипу.

Ключові слова: сезонні інфекції, грип, діти, об'ємне новоутворення головного мозку.

DIFFERENTIAL DIAGNOSIS OF THE BRAIN TUMOR CASE IN THE TIME OF INCREASED MORBIDITY WITH ACUTE RESPIRATORY VIRAL INFECTIONS

A.V. Bobrysheva, H.A. Kruger, Y.V. Vyaltseva, K.V. Pung

«Crimean State Medical University named after of S.I. Georgievsky.»

Paediatrics Department with the course of child's infectious diseases, Ukraine.

Summary. Described clinical case diagnostics tumor of the brain in patients 15-year-old boy in the period of the epidemic of influenza.

Key words: seasonal infections, influenza, children, a tumor of the brain.

Сведения об авторах:

Бобрішева Алена Васильевна — доц. каф. педиатрии с курсом детских инфекционных болезней ГУ «Крымский государственный медицинский университет им. С.И. Георгиевского». Адрес: г. Симферополь, бул. Ленина, 5/7;

Крюгер Елена Александровна — канд. мед. н., ассистент каф. педиатрии с курсом детских инфекционных болезней ГУ «Крымский государственный медицинский университет им. С.И. Георгиевского». Адрес: г. Симферополь, бул. Ленина, 5/7;

Вьяльцева Юлия Владимировна — ассистент каф. педиатрии с курсом детских инфекционных болезней ГУ «Крымский государственный медицинский университет им. С.И. Георгиевского». Адрес: г. Симферополь, бул. Ленина, 5/7;

Статья поступила в редакцию 8.01.2013 г.