

О. Н. Романова, Т. С. Гузовская, Ю. В. Панасюк
СЛУЧАЙ ОСЛОЖНЕННОЙ ВЕТРЯНОЙ ОСПЫ

ГУ «Республиканский научно-практический центр детской онкологии и гематологии»,
УО «Белорусский государственный медицинский университет»

O. N. Romanova, T. S. Guzovskaya, Y. V. Panasyuk
A CASE OF VARICELLA WITH COMPLICATION

В настоящее время ветряная оспа является наиболее частой детской инфекцией в мире. Клиническая картина заболевания у детей с исходно неизменным иммунитетом, как правило, является типичной [2,4]. Тяжелые осложнения с поражением внутренних органов (висцеральная форма) встречаются редко, преимущественно у детей первых дней жизни, главным образом недоношенных, или же у больных с иммунодефицитом, включая ВИЧ-инфицирование, с онкогематологическими заболеваниями, принимающих стероидные гормоны [1,3,7].

Приводим наблюдение. Больная Г., 22.06.2008 года рождения была переведена из Витебской детской областной клинической больницы в Республиканский научно-практический центр детской онкологии и гематологии 26.07.10 г. с диагнозом примитивная нейроэктодермальная опухоль в области лба для

дообследования и лечения. При поступлении предьявляла жалобы на плотное, болезненное, неподвижное образование в области лба размером 4x4 см. Был проведен первичный диагностический комплекс, включающий общий и биохимический анализ крови, молекулярно-генетическое и цитогенетическое исследование костного мозга, иммуноферментотипирование, УЗИ брюшной полости и сердца, спинно-мозговую пункцию, рентгенографическое исследование грудной клетки. Установлен клинический диагноз: острый лимфобластный лейкоз L1 по FAB, Common-B, группа стандартного риска. 28.07.2010 г. начато лечение по протоколу MB-ОЛЛ-2008 (группа стандартного риска). Рандомизирована на ветвь с введением DNR+, PEG-аспаргиназы+, ВВИГ «минус». При введении PEG-аспаргиназы (1/2 расчетной дозы) на 3 день терапии развилась реакция немедленного типа (отек Квинке, III степень анафилаксии). Кон-

☆ Случай из практики

солидация – первая фаза с 13.09.2010 г. по 07.11.2010 г., вторая фаза – с 25.10.2010 г., ПХТ без перерывов, без редукции доз. В связи ремиссией была переведена в отделение дневного пребывания. 15-17.12.2010 г. находилась дома на межкурсовом промежутке, где контактировала с больным ветряной оспой. 07.01.2011 г. появились боли в животе, отмечен эпизод судорог. С диагнозом острый гепатит неясной этиологии пациентка была госпитализирована в стационар. В связи с ухудшением состояния ребенок 09.01.2011 г. был переведен в отделение интенсивной терапии. При осмотре кожные покровы бледно-серые, обильная папулезная сыпь на лице, брюшной стенке, перианальной области. Аускультативно в легких выслушивалось жесткое дыхание, хрипов не было. Гипердинамия. ЧСС-137 в 1 мин., тоны сердца приглушены, ритмичные. АД 160/90 мм.рт.ст. Живот вздут, печень увеличена на 2 см. перистальтика кишечника вялая, при ректальном исследовании получен сгусток алой крови. Моча темная. В биохимическом анализе крови: АСТ 101000 МЕ/л, АЛТ 6640 МЕ/л, амилаза 139, билирубин 29,2 мкмоль/л, мочевины 3,3, креатин 44,2, свободный гемоглобин 21,6 мг/дл, белок 73 г/л, гаптоглобин 44,34 мг/дл, СРБ 7,8, лактат 2,7. В общем анализе крови: Hb-97 г/л; эритроциты- $3,56 \cdot 10^{12}$ /л, тромбоциты- $103 \cdot 10^9$ /л, лейкоциты- $17,8 \cdot 10^9$ /л.

С учетом эпидемиологического анамнеза, а также наличия характерных высыпаний на коже и слизистых установлен диагноз ветряной оспы, не исключена генерализованная форма с органами поражениями. Состояние оценено как крайне тяжелое. УЗИ органов брюшной полости выявило увеличение печени на 4 см, повышение эхогенности (множественные гипозоногенные участки диаметром 1,5-3 мм, возможно зоны некроза гепатоцитов), замедление кровотока по портальной вене до 14 см/сек, артериализацию печеночного кровотока, перипортальный отек, диффузные изменения поджелудочной железы. В процессе дифференциальной диагностики этиологии гепатита 12.01.2011 г. проведено исследование на маркеры герпесвирусных инфекций. Выявлена DNA VZV (100 тыс. гЕj). Окончательный диагноз острый лимфобластный лейкоз L1 по FAB, Common-B, группа стандартного риска. Ремиссия на 15 день лечения (11.08.2010 г.). Состояние после 2-ой консолидации. Ветряная оспа. Осложнения: вирусный гепатит Varicella zoster, синдром полиорганной недостаточности (печеночная, почечная, ОРДС, дисфункция ЖКТ).

Несмотря на проводимое лечение, отмечена отрицательная динамика, появилась кислородная зависимость, рост лактат ацидоза (5,5), стойкое нарастание явлений холестаза, гипербилирубинемия (395 мкмоль/л). Ребенок переведен на ИВЛ, проведено 4 сеанса плазмофереза. На фоне терапии к 28 дню от начала заболевания ветряной оспой произошла стабилизация состояния. Учитывая ремиссию по основному заболеванию и тяжесть состояния ребенка, прекращена ин-

тенсивная фаза лечения опухоли и осуществлен перевод на поддерживающую терапию.

Таким образом, данное наблюдение подтверждает возможность развития тяжелых осложнений ветряной оспы у детей с иммунодефицитом даже в стадии ремиссии. Следует также отметить, данное заболевание ветряной оспой потребовало проведения противоэпидемических мероприятий в 3-х отделениях стационара в отношении 43 человек (35-не болевших и 8-с неизвестным анамнезом), что существенно затруднило работу. Кроме того, несмотря на проводимые мероприятия, избежать последующих заболеваний не удалось. В пределах инкубационного периода имели место 3 случая заболевания среди детей, контактировавших с больной в отделении для детей младшего возраста. Предотвратить развитие тяжелых форм заболевания ветряной оспой и прерывание курса ПХТ способна иммунизация, обладающая высокой эффективностью у детей с иммунодефицитными состояниями [5, 6, 8, 9]. Следует также учитывать, что вакцинация ближайшего серонегативного окружения пациентов с онкологическими заболеваниями может защитить их от инфекции.

Литература

1. Балашов, Д. Н. Инфекция, обусловленная вирусом Varicella Zoster, у пациентов онкогематологического профиля / Д. Н. Балашов // Вакцинация. – 2009. – № 1. – С. 8-10.
2. Германенко, И. Г. Ветряная оспа: новые подходы к лечению «старых» детских инфекций / И. Г. Германенко. // Мед. новости. – 2009. – №2 – С.13-16.
3. Данилов, Е. П. Генерализованная ветряная оспа у больного 70 лет / Е. П. Данилов // Здоровоохранение Беларуси. – 1995. – №1. – С.58.
4. Матвеев, В. А. Инфекция, вызываемая Varicella-Zoster вирусом: учебно-методическое пособие / В. А. Матвеев, В. В. Шевцова. – Мн, 2009. – 32 с.
5. Румянцев, А. Г. Вакцинация у скомпрометированного хозяина и декретированных групп риска / А. Г. Румянцев // Профилактика и контроль инфекционных заболеваний в первичном звене здравоохранения: руководство для врачей / А.Г. Румянцев. – М., 2007. – Т.1. – С. 101-111.
6. Immunogenicity of a two dose regime of varicella vaccine in children with cancers / T.F. Leung [et al.] // Eur/ J. Haematol. – 2004. – Vol. 72. – P.353 – 357.
7. John, W. Varicella-Zoster Virus: Atypical Presentations and Unusual Complications / W. John, Jr. Gnann // J. of Infect. Diseases. – 2002. – Vol. 186. – P.91 – 98.
8. Levin, Myron J. Varicella vaccination of immunocompromised children / Myron J. Levin // J. of Infect. Diseases. – 2008. – Vol. 197. – P.200 – 206.
9. Vaccination guidelines for children with cancer and hematopoietic stem cell transplantation living in resource-poor countries. Review // Pediatr. Blood Cancer. – 2010. – Vol. 54. – P.3 – 7.

Поступила 16.05.2012 г.