

Клинический случай тактики купирования неконтролируемой гектической лихорадки у ребенка раннего возраста на фоне острого тонзиллита и лимфаденита, имеющих эпизодический характер течения.

Сависько Ан. А. к.м.н., доцент кафедры поликлинической и неотложной педиатрии РостГМУ, Синельникова А. Г.

Ключевые слова: педиатрия, рецидивирующая лихорадка, тонзиллит, аутовоспалительные синдромы, синдром Маршалла, лечение, комплексные биорегуляционные препараты.

Вступление.

В педиатрической практике нередко наблюдаются состояния, сопровождающиеся с высокой лихорадкой у детей, требующей дифференциального подхода в отношении патогенеза, инфекционной или неинфекционной этиологии ее развития. Неинфекционные лихорадки регистрируются при периодических синдромах - группе аутовоспалительных заболеваний (Human autoinflammatory diseases - HAIDS) с периодически возникающей лихорадкой и признаками системного воспаления, имеющего первичный характер на фоне генетического дефекта в системе регуляторов воспаления, сопровождающегося повышением уровня белков острой фазы (СРБ). При этом особую сложность вызывает постановка диагноза на этапах дебютирования патологического состояния, имеющего маски воспалительного процесса инфекционного характера, при отсутствии патогномичных клинических и лабораторных симптомов. Известно, что повышение температуры тела является защитной реакцией организма, при которой вырабатывается спектр биологически активных веществ с протекторным потенциалом, медикаментозное подавление которых недопустимо для благоприятного разрастания патологического процесса. Однако чрезмерная температурная реакция имеет ряд негативных воздействий на детский организм, особенно опасных для пациентов групп риска, прежде всего, на дыхательную, сердечно-сосудистую и нервную системы с учетом возрастных анатомо-физиологических особенностей развития. В связи с чем тактика врача педиатра должна быть обусловлена четким пониманием генеза, характера течения и степени активности лихорадки у детей.

Уникальность случая, на наш взгляд, заключается в обусловленности и эффективности применения в схеме лечения комплексного биорегуляционного препарата «Вибуркол» с целью купирования эпизодов неконтролируемой гектической лихорадки на фоне острого тонзиллита и шейного лимфаденита у ребенка раннего возраста.

Данный подход может быть использован для предупреждения развития и лечения неконтролируемых лихорадочных состояний у детей при недостаточной неэффективности использования пероральных антипиретических средств (НПВС), в том числе при аутовоспалительных синдромах, и поддержания температурной реакции в защитных пределах, предотвращая развития ее побочных эффектов, особенно у детей из групп риска.

Клинический случай.

Основные симптомы у пациента и важные клинические проявления.

У мальчика 2-х лет в течение года регистрировалось 6 эпизодов острого тонзиллита в сочетании с афтозным стоматитом и шейным лимфаденитом на фоне высокой лихорадки до 40°C, не купирующийся антипиретическими препаратами (НПВС). Данные эпизоды появились после перенесенной вирусной инфекции (грипп А) и были расценены вначале как проявления инфекционного мононуклеоза на фоне постгриппозной иммуносупрессии с частой активностью ВЭБИ. Развитие высокой температурной реакции происходило в первые часы заболевания, достигало гектических значений в течение нескольких часов, при этом назначение пероральных антипиретических средств не позволяло снизить лихорадку, которая чаще протекала со спазмом периферических сосудов («бледная лихорадка»). Незначительный непродолжительный эффект вызывало парэнтеральное введение 0,4% раствора папаверина в возрастной дозировке. Повторные нарастания температуры сопровождалась с интоксикационным синдромом, отмечалась вялость ребенка, появление белого налета на гипертрофированных и гиперемированных миндалинах, что требовало назначения противовирусной терапии (препаратов $\alpha 2$ интерферонов в возрастных дозировках, инозина пранобекса (50 мг/кг) и антибактериальной терапии (цефалоспорины 3 поколения). Отмечалась быстрая положительная динамика с купированием клинических проявлений заболевания и наступлением полного выздоровления ребенка в течение 2-3 суток, однако, через 3-4 недели эпизод повторялся с аналогичной клинической симптоматикой. При этом в один из эпизодов заболевания быстрое развитие

температуры до гектических цифр при отсутствии эффекта на НПВС, потребовало парентерального введения ГКС (дексаметазона), что сразу вызвало снижение лихорадки до субфебрильных значений и повторного ее повышения больше не наблюдалось. Последующие эпизоды заболевания также определяли необходимость купирования гектической лихорадки ГКСГ с положительной динамикой. Указанные клинические особенности течения заболевания (острый тонзиллит, афтозный стоматит, шейный лимфаденит), в сочетании с положительной динамикой температурной реакции на введение ГКС (терапия *ex juvantibus*) учитывая возраст ребенка определили необходимость предположить у ребенка аутовоспалительный синдром - синдром Маршалла.

Для уточнения диагноза были проведены дополнительные лабораторно-инструментальные методы исследования: биохимический анализ крови, бактериологические, иммунологическое, серологическое обследование и УЗИ периферических лимфатических узлов. Результаты исследования выявили:

- ускоренную СОЭ до 24 мм/ч,
- незначительное увеличение СРБ до 5,5 мг/л, АСЛО в пределах нормы, - стрептотест – отрицательный,
- отсутствие роста β -гемолитического стрептококка в посеве мазка с миндалин и задней стенки глотки,
- напряжение функциональной активности фагоцитарного звена иммунитета при отсутствии выраженных количественных и качественных изменений в клеточном и гуморальном звеньях при иммунологическом исследовании
- в ИФА отсутствии IgM IgG к ВПГ 1,2, ВГ-6 типа, ЦМВИ, ВЭБ,
- при УЗИ - шейный и подчелюстной лимфаденит.

Данные результаты исследования позволили исключить острый стрептококковый тонзиллит (БГСА), а также проявления инфекционного мононуклеоза.

В пользу подтверждения синдрома Маршалла, для которого отсутствуют патогномоничные клинические и лабораторные признаки, имели место следующие критерии:

- отягощенная наследственность (у матери хронический тонзиллит в анамнезе),
- особенность течения заболевания (регулярная эпизодичность между атаками каждые 3–4 недели), что отличает от других периодических синдромах,
- наличие острого тонзиллита с белым налетом на миндалинах,

- наличие шейного и подчелюстного лимфаденита;
- наличие проявлений афтозного стоматита (мелкие не более 5 мм не сгруппированных афт, появляющихся в первые дни заболевания),
- ускоренная СОЭ и увеличение СРБ в анализах крови,
- отсутствие влияния антибактериальных препаратов на выраженность и частоту приступов болезни,
- минимальный и непродолжительный эффект от использования пероральных антипиретиков (парацетамол, ибупрофен)
- а также положительный быстрый и стойкий эффект на введение ГКС в виде снижения лихорадки и нормализация состояния.

При развитии очередного эпизода лихорадки на фоне острого тонзиллита при нарастании температурной реакции с учетом предполагаемого механизма развития воспаления был назначен комплексный биорегуляционный препарат «Вибуркол», который оказывает спазмолитическое, противовоспалительное, дезинтоксикационное, обезболивающее, жаропонижающее и седативное действия. Каждый из эффектов его действия был обоснован в данной клинической ситуации, на наш взгляд. Так купирование спазма периферических сосудов позволило перевести лихорадку из «бледной» в «розовую», тем самым усилив теплоотдачу, профилируя нарастание температуры тела. Противовоспалительное действие тормозило, на наш взгляд, выработку провоспалительных цитокинов и других биологически активных веществ, лежащих в основе развития аутовоспалительного синдрома. Седативный и обезболивающий эффект способствовали улучшению качества жизни ребенка с учетом превалирования процессов возбуждения над торможением в данном возрасте и нормализовали дневной и ночной сон. Кроме того, поддержание защитного потенциала организма, устранение специфической симптоматики и интоксикации, которые являются особенностью данного препарата, также имели важное значение для данного пациента.

Вибуркол назначался при температуре тела выше 38°C по 1 суппозиторию 6 раз в сутки в первый день заболевания, затем при нормализации температуры тела по 1 суппозиторию 1–2 раза в сутки еще 3–4 дня. Данная схема позволила при последующих атаках заболевания профилировать развитие неконтролируемой лихорадки, не требовала дополнительного назначения как пероральных антипиретиков, так и парентерального применения ГКС, удерживая температурную реакцию в защитных пределах.

Предположительный диагноз, проведенное лечение и результаты лечения – Аутовоспалительные синдромы, синдром Маршалла.

Обосновано назначение комплексного биорегуляционного препарата «Вибуркол» у детей с неконтролируемой лихорадкой при недостаточной неэффективности использования пероральных антипиретических средств, в том числе при аутовоспалительных синдромах. Препарат позволяет поддерживать температурную реакцию в защитных пределах, предотвращая развития ее побочных эффектов.

Неперсонифицированная демографическая информация о пациенте – отец ребенка армянин.

Анамнез жизни, семейный анамнез.

Мальчик 3 лет, рождённый от 1 беременности, протекавшей на фоне анемии во 2 триместре, ОРИ с фебрильной температурой и обострением хронического тонзиллита, ФПН в 3 триместре, от 2 срочных оперативных родов, кричал сразу, оценка по шкале Апгар 7-8 баллов, с массой тела 3000 гр, длиной 50 см, приложен к груди в первые сутки, вакцинирован БЦЖ и против ВГВ в РД. На искусственном вскармливании с 1 месяца (смесь Нутрилон Gold).

Наследственный анамнез: состояние здоровья родителей: у мамы хронический тонзиллофарингит, тонзилэктомия 2018 г., повторная тонзилэктомия сентябрь 2020 г.; у отца – ПертГВИ (частая активация H.simplex (labialis)).

Особенности развития на первом году жизни: ФР соответственно возрасту; НПР - задержка активной речи на 1-2 эпикризных срока,

Заболевания на первом году жизни: лактазная недостаточность, ППЦНС гипоксически-ишемический, вегето-висцеральный синдромы.

Особенности развития на втором году жизни: ФР соответственно возрасту; НПР - задержка речевого развития на 1 эпикризный срок, нарушение пищевого поведения: прием в пищу только гомогенной жидкой пищи.

Заболевания на втором году жизни: последствия ППЦНС (ЗРР), ЖДА 1 ст. тяжести. В сентябре 2019 г. перенес ОРИ (грипп А), лечение в условиях стационара (осельтамивир, симптоматическая терапия), после чего появились вышеуказанные эпизоды лихорадки на фоне острого тонзиллита, афтозного стоматита, шейного лимфаденита.

Данные физикального осмотра в период заболевания: Общее состояние средней степени тяжести, t-39,5°C. Кожные покровы бледно-розовые, с

сосудистым рисунком, без элементов сыпи. Слизистая ротовой полости розовая, на слизистой нижней губы проявления афтозного стоматита, слизистая зева гиперемирована, миндалины гипертрофированы, гиперемированы, рыхлые с белым налетом. Передне-шейные и подчелюстные лимфатические узлы увеличены до 1 см (4 степень), единичные, б/б. В легких пуэрильное дыхание, хрипов нет, перкуторно - ясный легочной звук, рО₂ 99%. Тоны сердца громкие, ритмичные, ЧСС 100 уд в минуту. Живот мягкий, б/б, печень, селезенка не увеличены. Стул 1 р/д, самостоятельный.

Трудности в диагностике связаны со схожестью клинического течения синдрома Маршалла с ОРИ, острым тонзиллитом, как бактериального генеза (БГСА), так и вирусной этиологии (инфекционный мононуклеоз), для которых также характерна высокая лихорадка и интоксикационный синдром.

Список литературы:

1. Крутихина С., Яблокова Е. Биорегуляционные препараты при ОРВИ у детей. Врач. 2018;(3):85–86. doi: 10.29296/25877305-2018-03-22.
2. Николаева С.В., Плоскирева А.А., Хлыповка Ю.Н., Петров В.А. Использование препарата Вибуркол в педиатрической практике. Вопросы практической педиатрии. 2018;13(6):1–4. Режим доступа: <https://phdynasty.ru/katalog/zhurnaly/voprosy-prakticheskoy-pediatrici/2018/tom-13-nomer-6/35314>.
3. Жданова Л. В., Бимбаев А. Б. Клинико-лабораторная характеристика детей с синдромом Маршалла / Вестник бурятского государственного университета. Медицина и фармация. 2017; 4: 33-37.
4. Fietta P. Autoinflammatory disease: the hereditary periodic fever syndromes. ActaBiol. AteneoParmense. 2004; 75: 92–99.
5. Ozen S, Frenkel J, Ruperto N, Gattorno M. The Eurofever Project: towards better care for autoinflammatory diseases. Eur. J. Pediatr. 2011; 170 (4): 445–452.