

СЛОЖНЫЙ ДИАГНОЗ – ТУЛЯРЕМИЯ У РЕБЕНКА – ЭТАПЫ ДИАГНОСТИКИ

*В.В.Клименко¹, В.И.Лапковский¹, Ю.В.Нестерович¹, Ю.В.Зенькевич²,
Ю.Н.Синица¹, А.И.Илларионова¹, О.И.Тюшников¹, В.В.Дмитрачков²,
А.Н.Ешманская¹*

¹ УЗ «4-я городская детская клиническая больница»

² УО «Белорусский государственный медицинский университет», Минск, Беларусь

Под наблюдением находился мальчик-подросток А. 16 лет. Поступил в ОЧЛХ с отеком и болезненностью в области шеи справа, лихорадкой; болен 10 дней: боли в горле при глотании, лихорадка. В начале отек шеи уменьшался (получал аугментин), затем (последние 2 дня) болезненность и отек стали нарастать. На момент поступления появились боли в пальцах правой стопы. Состояние средней тяжести, компенсированное. Сознание ясное, сонливый. Самочувствие хорошее. Коммуникация затруднена (не говорит по русски, общение через переводчика). Т-36,6°С. Вес 22,2кг. Физразвитие ср. гармоничное. Периодически ступающая походка в правой стопе, активные движения не ограничены. Мышечная сила достаточная. Тонус мышц сохранен, удовлетворительный (уд). Аппетит снижен. Дыхание ритмичное, адекватное. Кожа чистая, смуглая. Сходящееся косоглазие. Слизистые обычной окраски, влажные. ПЖК развита уд., распределена равномерно. Отеков, пастозности нет. Плоскостопие. Деформация грудной клетки. Тургор мягких тканей уд. Над-, подключичные и др. периферические лимфоузлы (ЛУ) не увеличены. Дыхание ч/з нос свободное. Зев–катаральных явлений нет. В легких дыхание везикулярное. ЧД=16-18 в мин. Тоны сердца громкие, ритмичные, ЧСС=72 уд/мин. АД=100/70мм.рт.ст. Живот мягкий, б/б. Печень+1,0см. Физотправления в норме. St.localis: асимметрия шеи справа – отек, инфильтрация. Пальпаторно – увеличенные ЛУ. Флюктуация. УЗИ: конгломерат ЛУ, макс. 3,0X1,7см, без абсцедирования; справа–протяженный м/тканый сегмент гнойного? воспаления, безструктурный, ЛУ 4,0X1,3см, с зонами гнойной? деструкции, от него свищевой ход к коже. Выполнено вскрытие и дренирование. Предварительный диагноз (ДЗ) о. лимфаденит (ЛА) в/бокового отдела шеи справа. Ан. крови: Эр-4,22x10¹²/л, Нб-125 г/л, Нт-0,369, Тр-259x10⁹/л, Л-9,3x10⁹/л, П-5, С-48, Лф-29, Э-3, М-15, СОЭ 59 мм/ч.; глюкоза 5,53 ммоль/л, Са-2,26, К-4,63, Na-139,1, Р-1,58, Mg-0,81 ммоль/л, Лас 6,2 ммоль/л, мочевины 4,46 ммоль/л, креатинин 77, билирубин общ. 7,6 мкмоль/л, СРБ 23,5 мг/л, ЩФ-85 МЕ/л, АЛТ-26, АСТ-26 Е/л, КФК 547

Е/л, ГГТП 32 Е/л, ОБ-73г/л. ИХИ А/г SARS-CoV-2 – отриц. Ан. мочи – без патологии. ЭКГ – син. ритм, ЧСС 63/мин. УЗИ ОБП – увеличение печени. Невролог: нейропатия малоберцового нерва? Метатарзалгия стопы. После оперативного вмешательства: сохраняются жалобы на умеренные боли в области послеоперационной раны. Отек м/тканей в обл. в/трети шеи слева. В в/боковой трети шеи справа повязка, под повязкой рана, дренаж сохранен, по дренажу гнойно-геморрагическое отделяемое в большом количестве, кпереди от разреза визуализируется плотный, болезненный инфильтрат, кожа гиперемирована, в складку не собирается, пальпаторно флюктуация. Под повязкой раны выполнены рыхлыми грануляциями, незначительно кровоточат при дотрагивании, из ран незначительное серозное отделяемое. ДЗ: о. гнойный ЛА в/боковой трети шеи справа. Учитывая отрицательную динамику, наличие затечника, проведена ревизия воспалительного очага. Бак. посев пун-ктата – роста нет. ЭТ на ВИЧ – отр. Кровь на ВЭБ, ЦМВ – отр.; посев на актиномикоз из раны – отр. R-графия ОГК без очаговых и инфильтративных теней. По данным гистологического исследования выставлен Д-з: рабдомиосаркома верхнебоковой трети шеи справа в стадии распада и гнойного воспаления. На фоне лечения и отсутствия положительной динамики проведен: 1-й пересмотр препарата в РНПЦ ДОГИ: детрит и участки грануляционной ткани с преимущественно гранулоцитарной инфильтрацией с примесью Лф, палисадоподобные скопления вокруг очагов некроза. Заключение: Грануломатозно-некротический ЛА, исключен лангергансоклеточный гистиоцитоз, убедительных данных за онкопроцесс нет. 2-й пересмотр РНПЦ Пульмонологии и фтизиатрии: больше данных за туберкулезный ЛА с прогрессированием и вовлечением в процесс подлежащих мягких тканей, парафиновые блоки взяты на исследование ПЦР. Инфекционист: Гистиоцитарный некротический ЛА Kikuchi-Fujimoto? С учетом невозможности исключения MRSA этиологии процесса – использование доксициклина. Лечение: цефтриаксон, амикацин, метронидазол, доксициклин; инф. терапия, диклофенак, повязки с меколем. Положительного эффекта от терапии нет. С д-зом: аденофлегмона верхнебоковой трети шеи, подчелюстной области справа. Состояние после оперативного вмешательства. Острый серозный ЛА верхне-боковой трети шеи слева. Туберкулезный (?) ЛА. ребенок переведен для обследования, лечения в РНПЦ Пульмонологии и фтизиатрии. В дальнейшем по результатам серологического исследования у пациента диагностирована туляремия.

Выводы: Истинность диагноза относительна, т.к. он является категорией, развивающейся во времени, также, как развивается и детский

организм, который поразила болезнь. Диагноз разумно пересматривать только при наличии достаточных на то оснований. Необходимо помнить, что несмотря на то, что лабораторные методы играют вспомогательную роль, иногда они являются решающими при постановке диагноза.

**Материалы
XXXII Конгресса детских
гастроэнтерологов России
и стран СНГ
«Актуальные проблемы
абдоминальной патологии у детей»**

Москва, 18–20 марта 2025 г.

Под общей редакцией проф. С.В.Бельмера

Москва, 2025