

поставлен при микроскопическом исследовании выделенных проглоттид, которые содержали характерные яичные капсулы. Девочка успешно лечилась одной дозой празиквантела. Были извлечены четыре взрослых паразита. Самый длинный неповрежденный червь был 32 см. В ее семье были домашние животные (собака и кошка) [6].

Выводы:

1. Клиника данного гельминтоза: диарея, боли в животе, перианальный зуд. Возможно и бессимптомное течение.
2. Очень важно обнаружение члеников паразита в фекалиях для его идентификации и назначения необходимой терапии.
3. В случаях, описанных в литературе, и в нашем случае, этиотропный препарат празиквантель применялся off-label.

Список литературы:

1. Степанова К.В. Анализ гематологических показателей крови кошек, больных дипилидиозом / К.В. Степанова // Инновационная наука. – 2020. – №4
2. Cabello R.R. Dipylidium caninum infection / R.R. Cabello, A.C. Ruiz, R.R. Feregrino, L.C. Romero, R.R Feregrino, J.T. Zavala // BMJ Case Rep. – 2011. – №15
3. Center of Disease Control and Prevention (CDC). Dipylidium Infection (Dog and Cat Flea Tapeworm)
4. Chong H.F. Presumptive Dipylidium caninum Infection in a Toddler / H.F. Chong, A.R. Hammoud, M.L. Chang // Case Reports in Pediatrics. – 2020. – №7
5. Jiang P. A Human Case of Zoonotic Dog Tapeworm, Dipylidium caninum (Eucestoda: Dilepidiidae), in China / P. Jiang, X. Zhang, R.D. Liu, Z.Q. Wang, J. Cui // Korean Journal of Parasitology. – 2017. – №5. – P. 61-64
6. Tsumura N. Dipylidium caninum infection in an infant / N. Tsumura, H. Koga, H. Hidaka, F. Mukai, M. Ikenaga, Y. Otsu, K. Masunaga, K. Nagai, Y. Yoneda, T. Fukuma, K. Ishimoto // Kansenshogaku Zasshi. – 2017. – №81. – P. 456-458

УДК 616.98

Зубарева А.С., Гитман Т.А., Краснова Е.И.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ: СИНДРОМ МАРШАЛЛА

Кафедра инфекционных болезней и клинической иммунологии
Уральский государственный медицинский университет
Екатеринбург, Российская Федерация

Zubareva A.S., Gitman T.A., Krasnova E.I.

CLINICAL CASE: MARSHALL'S SYNDROME

Department of Infectious Diseases and Clinical Immunology
Ural State Medical University
Yekaterinburg, Russian Federation

E-mail: ananaszus@gmail.com

Аннотация. В статье представлен клинический случай синдрома Маршалла у ребенка 5,5 лет. Описаны ключевые аспекты клинической картины и дифференциальной диагностики.

Annotation. The article presents a clinical case of Marshall syndrome in a 5.5-year-old child. The key aspects of the clinical picture and differential diagnosis are described.

Ключевые слова: синдром Маршалла, аутовоспалительные синдромы, дефекты иммунной системы.

Key words: Marshall syndrome, autoinflammatory syndromes, defects of the immune system.

Введение

Синдром Маршалла является состоянием, дебютирующим в детском возрасте и характеризующимся приступами лихорадки с интервалами от 3 до 5 недель, часто сопровождающейся афтозным стоматитом, фарингитом, и/или шейным лимфаденитом. Синдром Маршалла отличается четкой периодичностью возникновения приступов, которые в большинстве случаев повторяются в течение 4-8 лет [3]. Приступы лихорадки возникают на фоне полного здоровья, в отсутствии признаков острых респираторных заболеваний и сопровождаются, как минимум, одним из клинических признаков: афтозный стоматит, шейный лимфаденит, фарингит. В интервалах между эпизодами лихорадки никаких симптомов у детей не наблюдается. По окончании эпизодов рост и развитие ребенка не нарушается, какие-либо другие остаточные изменения не характерны [1, 2, 3].

Цель исследования – описание клинического случая синдрома Маршалла у ребенка.

Материалы и методы исследования

В работе описан клинический случай. Ребенок Е., 5,5 лет. Из анамнеза жизни: роды преждевременные, оперативные – на 37 неделе гестации. Вакцинация проводилась согласно Национальному календарю профилактических прививок. Ребенок часто болеющий (ОРЗ, ОРВИ), ЦМВ. В марте 2020 года проведены аденотомия, частичная тонзиллэктомия.

Начало заболевания в июне 2020 года, наблюдался подъем температуры (39-40 °С) при отсутствии респираторных симптомов. Накануне лихорадки – отек и опухание мягких тканей в ротовой полости, зуд. Повторные эпизоды заболевания были отмечены в июле-августе 2020 года. Длительность эпизодов варьировала от 5 до 7 дней. При приеме жаропонижающих средств – снижение температуры на 1,5 – 4 часа. В июле был стоматит с образованием язвочки на слизистой ротовой полости. В течение 3-х месяцев (июнь-август) ребенок принимал антибактериальные препараты в периоды лихорадки (5-7 дней). В сентябре ребенок был госпитализирован в инфекционное отделение с новым эпизодом заболевания (повышенная температура, рвота). Были проведены

лабораторные исследования, в результатах которых были обнаружены ацетонурия и лейкоцитоз. Эпизод длился 3 дня, получала антибактериальную терапию (Супракс). В октябре 2020 года новый эпизод: подъем температуры, после инъекции преднизолона спад температуры.

В межприступный период ребенок чувствовал себя удовлетворительно. Новых эпизодов заболевания по настоящее время зафиксировано не было.

Результаты исследования и их обсуждение

Пациенту при госпитализации (эпизод в сентябре и октябре) был назначен ряд лабораторных исследований: общий анализ крови (ОАК), общий анализ мочи (ОАМ) и биохимическое исследование крови (б/х крови). Патологические изменения, обнаруженные в результатах лабораторных исследований:

1. На 10.09.2020 год по ОАМ выявлена бактериурия (30 в п/з); ОАК: Тромбоцитоз ($594 \cdot 10^9/\text{л}$), лейкоцитоз (нейтрофильный, базофильный, моноцитарный), повышение СОЭ (17 мм/ч); б/х крови: повышение СРБ.

2. На 02.10.2020 год по ОАМ наблюдается кетонурия (0,5 ммоль/л) и гематурия (10 кл/мкл); в результате ОАК выявлен тромбоцитоз ($502 \cdot 10^9/\text{л}$), лейкоцитоз (нейтрофильный, базофильный, моноцитарный), повышение СОЭ (27 мм/ч); б/х крови – повышение СРБ.

На основании данных анамнеза жизни и заболевания, результатах лабораторных исследований была проведена дифференциальная диагностика с первичными иммунодефицитами с дефектом гуморального звена иммунитета (переходящая гипогаммаглобулинемия детей и общая варибельная гипои иммуноглобулинемия) и аутовоспалительными синдромами, данные представлены в таблице 1 и таблице 2 соответственно.

Таблица 1

Дифференциальный диагноз первичный иммунодефицит (ПИД) с дефектом гуморального звена иммунитета и синдром Маршалла

| | ПИД с дефектом гуморального звена | Синдром Маршалла |
|-------------------------------------|---|--|
| Эпизоды лихорадки | Проявление инфекционного процесса | Проявление аутовоспалительного процесса |
| Эффект от антибактериальной терапии | Слабый/отсутствует | Слабый/отсутствует |
| Ассоциированные симптомы | Тяжелые кожные гнойные процессы; Диарея неясной этиологии; Атипичное течение аутоиммунных, гематологических заболеваний | Афтозный стоматит; Шейный лимфаденит; Тонзиллит (фарингит) |

| | | |
|-----------------------------|---|--|
| Дополнительные исследования | Исследование сывороточной концентрации Ig A, M, G | |
|-----------------------------|---|--|

Таблица 2

Дифференциальный диагноз аутовоспалительные синдромы и синдром Маршалла

| | Синдром Маршалла | Семейная средиземноморская лихорадка | Гипер-Ig D синдром | Синдром, ассоциированный с рецептором ФНО (TRAPS-синдром) |
|---|---|--|---|--|
| Продолжительность лихорадочного периода | 3-5 дней | 2 дня | 4-7 дней | 1-3 недели |
| Интервал между эпизодами лихорадки | 3-6 недель | Нет периодичности | Нет периодичности | 4-6 месяцев |
| Ассоциированные симптомы | Афтозные стоматиты; Шейный лимфаденит; Тонзиллит (фарингит) | Воспаление серозных/синовиальных оболочек; Плевриты, перитониты болями | Артралгия; Боли в животе; Спленомегалия; Сыпь | Миалгия; Болезненность мышц при пальпации; Болезненные высыпания; Абдоминальная боль |
| Лейкоцитоз | Да | Нет | Редко | Да |
| Генетические мутации | MEFV и/или NLR3 | MEFV | MVK | TNFRSF1A |

Выводы:

1. Данные анамнеза и лабораторных исследований, а также критерии дифференциального диагноза свидетельствует в пользу синдрома Маршалла, для подтверждения наличия которого необходимо провести молекулярно-генетическое исследование на группу аутовоспалительных заболеваний.

2. У ребенка возможно наличие сопутствующей патологии – первичного иммунодефицита, что обуславливает потребность в исследовании сывороточных концентраций иммуноглобулинов А, М, G.

Список литературы:

1. Жданова Л.В. Клинико-лабораторная характеристика детей с синдромом Маршалла / Л.В. Жданова, А.Б. Бимбаев // Вестник Бурятского государственного университета. Медицина и фармация. – 2017. – №4. – С. 33-37

2. Локшина Э.Э. Лихорадка у детей: обзор национальных и международных исследований и клинических рекомендаций / Э.Э. Локшина, О. В. Зайцева, С.В. Зайцева // Российский вестник перинатологии и педиатрии. – 2020. – №3. – С.153-159

3. Таточенко В.К. Синдром периодической лихорадки, афтозного стоматита, фарингита и шейного лимфаденита (синдром Маршалла) / В.К. Таточенко, А. М. Федоров, М. Д. Бакрадзе, А. С. Николаев, Л. П. Степаненкова, И.Л. Митюшин, Е.В. Чигибаева // Вопросы современной педиатрии – 2003. – №6. – С. 42-45

УДК - 616.962

**Каримова С.С., Киебаева А.Ж., Битимиров С.Н., Маукаева С.Б.,
Нуралинова Г.И., Исабекова Ж.Б.**

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ЦИСТИЦЕРКОЗА

Кафедра инфекционных болезней и иммунологии

Медицинский университет Семей

Семей, Казахстан

**Karimova S., Kiyebayeva A., Bitimirov S., Maukayeva S., Nuralinova G.,
Issabekova Zh.**

CLINICAL CASE OF CYSTICERCOSIS

Department of Infectious Diseases and Immunology

Semey Medical University

Semey, Kazakhstan

E-mail: solly66@mail.ru

Аннотация. В статье рассмотрен клинический случай цистицеркоза. Данный случай представляет интерес для практических врачей с целью дифференциальной диагностики заболеваний с поражением центральной нервной системы

Annotation. The article presents clinical case of cysticercosis. This case has interest to doctors for the differential diagnosis of diseases with lesions of the central nervous system.

Ключевые слова: клинический случай, цистицеркоз, центральная нервная система.

Key words: clinical case, cysticercosis, central nervous system.

Введение