

4. Plant resources of Russia: wild flowering plants, their component composition and biological activity. – In 6 vol. Vol. 2. Family Actinidiaceae-Malvaceae, Euphorbiaceae-Haloragaceae / Comp. L.M. Balanovska, E.E. Lesiovskaya, N.S. Bobylev. – St. Petersburg – Moscow, 2009. – 513 p. (in Russian)

5. Plant resources of Russia: wild flowering plants, their component composition and biological activity. – In 6 vol. Vol. 3. Family Fabaceae-Apiaceae. / Comp. L.M. Balanovska, E.E. Lesiovskaya, N.S. Bobylev. – St. Petersburg – Moscow, 2010. – 601 p. (in Russian)

6. Plant resources of Russia: wild flowering plants, their component composition and biological activity. – In 6 vol. Vol. 5. 2. Family Asteraceae (Compositae). Part 1. Genera Achillea-Youngia / Comp. L.M. Belanovsk, E.E. Lesiovskaya, N.S. Bobyleva. – St. Petersburg – Moscow, 2013. – 312 p. (in Russian)

7. Sanjay-jamco. Vaidurya-about (Garland blue beryl): comment on “chzhud-Shi” – the decoration of the teachings of the King of medicine / Desired Sanji-jamco; transl. from Tibetan, note., the article D.B. Dashiev. – Moscow: Nauka-East. lit., 2014. – 541 p. (in Russian)

8. Sumati Prajna. Kunpan-Douji (Useful for all extract Amrita). Large drug Handbook AGINSKY datsan / Sumati

Prajna. Translated from Tibet., Pref., note., decree. D.B. Dashiev. – Moscow: Vost. lit., 2008. – 214 p. (in Russian)

9. Chzhud-Shi: Canon of Tibetan medicine / translation from TIB., Pref., note., pointers D.B. Dashiev. – Moscow: Publishing house «Eastern literature RAS», 2001. – 230 p.

10. Choudhary R.K., Swarnkar P.L. Antioxidant activity of phenolic and flavonoid compounds in some medicinal plants of India // Natural Product Research. – 2011. – T. 25. №11. – C.1101-1109.

11. Olennikov D.N., Kashchenko N.I., Chirikova N.K. A Novel HPLC-Assisted Method for Investigation of the Fe²⁺-Chelating Activity of Flavonoids and Plant Extracts // Molecules. – 2014. – Vol. 19. – P.18296-18316.

12. Olennikov D.N., Kashchenko N.I., Chirikova N.K., Kuz'mina S.S. Phenolic Profile of Potentilla anserina L. (Rosaceae) Herb of Siberian Origin and Development of a Rapid Method for Simultaneous Determination of Major Phenolics in P. anserina Pharmaceutical Products by Microcolumn RP-HPLC-UV // Molecules. – 2015. – Vol. 20. – P.224-248.

13. Han J., Borjihan G., Bai R., et al. Synthesis and anti-hyperlipidemic activity of a novel starch piperinic ester // Carbohydrate Polymers. – 2008. – T. 71. №3. – C.441-447.

Информация об авторах:

Корнопольцева Татьяна Владимировна – к.ф.н., научный сотрудник лаборатории, 670047, г.Улан-Удэ, ул. Сахьяновой, 6, ИОЭБ СО РАН, тел. (3012) 434743, e-mail: tv-kornopol@mail.ru; Петров Евгений Васильевич – к.ф.н., старший научный сотрудник лаборатории, e-mail: petrov.bur@mail.ru.

Information About the Authors:

Kornopol'tseva Tatiana Vladimirovna – PhD (Pharmacy), research associate of the laboratory, 670047, Russia, Ulan-Ude, Sakhyanova str., 6, Institute of Computational Technologies SB RAS, tel. (3012) 434743, e-mail: tv-kornopol@mail.ru; Petrov Evgeny Vasilievich – PhD (Pharmacy), senior research fellow of the laboratory, e-mail: petrov.bur@mail.ru.

СЛУЧАИ ИЗ ПРАКТИКИ

© АГЗАМОВАТ.А., КУРБАНОВА Г.Ш., АБДУРАХИМОВ А.А., НАБИЕВА У.П. – 2017
УДК: 616.36-002.2-022.6-085

КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ ЛЕЙКОЗА В ПРАКТИКЕ ИНФЕКЦИОНИСТА

Турсунной Абдулхаевна Агзамова¹, Гульноза Шукуровна Курбанова²,
Абдулазиз Абдугаффарович Абдурахимов², Умида Пулатджановна Набиева³

(¹Ташкентский педиатрический медицинский институт; ²1-Городская клиническая инфекционная больница;
³Республиканский научный центр иммунологии, Республика Узбекистан)

Резюме. В статье представлено клиническое наблюдение из практики инфекциониста о проведении комплекса клинических и лабораторных мероприятий для дифференциальной диагностики заболевания, протекающего с геморрагическим синдромом и менингеальным симптомокомплексом.

Ключевые слова: дифференциальная диагностика, менингит, острый лейкоз.

CLINICAL CASE OF LEUKEMIS IN INFECTIST PRACTICE

T.A. Agzamova¹, G.Sh. Kurbanova², A.A. Abdurahimov², U.P. Nabieva³

(¹Tashkent Pediatric Medical Institute; ²1-City clinical infectious diseases hospital;
³Republican Scientific Center of Immunology of the Ministry of Health of the Republic of Uzbekistan)

Summary. The article presents a clinical case from an infectiologist practice about conducting a complex of clinical and laboratory measures for the differential diagnosis of a disease that occurs with a hemorrhagic syndrome and a meningeal symptomatic complex.

Key words: differential diagnosis; meningitis; acute leukemia.

Острый лейкоз – опухолевое заболевание, субстратом которого являются опухолевые лимфобласты, накапливающиеся в костном мозге, крови и других органах. При этом малигнизация происходит на уровне стволовой (или полустволовой) клетки, которая сначала нормально развивается, но потом ее дифференциров-

ка останавливается на стадии лимфобластов, которые продолжают бесконтрольно делиться.

В практической работе инфекционистам иногда приходится сталкиваться с различными формами лейкозов и проводить дифференциальную диагностику с различными инфекционными заболеваниями [1,3].

Геморрагический, менингеальный синдромы, симптомы интоксикации могут быть первыми и вначале единственными проявлениями различных тяжелых заболеваний (менингиты, острые и хронические лейкозы, апластическая анемия и др.) [2,3,4,5]. В данных ситуациях очень важна своевременная и правильная диагностика причины возникновения этих синдромов. Хотим привести наблюдение из нашей практики, когда нам пришлось столкнуться с определенными проблемами при постановке диагноза таким больным.

Больной Г.А. 5-ти лет был доставлен в приемный покой нашей клиники 29.12.2016 года в тяжелом состоянии, с жалобами на температуру, головные боли, тошноту, рвоту и мелкие кровоизлияния на коже.

Из анамнеза заболевания выяснено, что ребенок в течение нескольких дней был простужен, жаловался на головные боли, боли в ногах, в пояснице и в животе. Мать дала ребенку анаферон, но эффекта не было. На следующий день мать заметила, что на лице и ушах ребенка появилась мелкая сыпь. Состояние больного ухудшилось, присоединилась рвота, головные боли усилились, пропал аппетит, стал очень вялым, на коже лица и конечностей появилась геморрагическая сыпь. Вызвали машину скорой помощи и доставили в инфекционный стационар с диагнозом: «ОРИ, Менингит?».

Из анамнеза жизни выяснено, что ребенок 2 недели тому назад получил лечение против гельминтов, давно страдает анемией. Отец ребенка перенёс ВГВ, на диспансерном учете не состоит. Ребенок привит против ВГВ.

При объективном осмотре больной в сознании, адекватно отвечает на вопросы. Температура тела нормальная. Очень вялый, слабый, адинамичный. Телосложение правильное, без деформаций. Бледный, на лице, туловище и конечностях мелкая петехиальная геморрагическая сыпь. Тургор и эластичность кожи несколько снижены. Лимфатические узлы слегка увеличены, подвижные. Дыхание через нос, 26 раз в минуту. В легких жесткое дыхание, хрипов нет. При перкуссии легочной звук. Пульс ритмичный, 118 в мин. Тоны сердца приглушены, А/Д - 75/45. Губы сухие, язык суховат, обложен белым налетом. Зев гиперемирован, миндалины увеличены и разрыхлены, налетов нет. Живот мягкий, чувствителен в правом подреберье, печень увеличена по трем линиям на +1,0+1,5+1,5 см, средней плотности. Селезенка не увеличена. Стул без изменений, мочеиспускание регулярное, свободное. Менингеальные симптомы: ригидность затылочных мышц (+), симптом Кернига с двух сторон (+), брюшные рефлексы ослаблены. С диагнозом «ОРИ, Нейротоксикоз, Исключить менингит» он был госпитализирован в ОРИТ. Срочно были проведены лабораторные исследования: гемограмма, уринограмма, копрограмма, мазок из зева, определение биохимических показателей: билирубина и его фракций, АСТ и АЛТ, кровь на маркеры гепатитов А, С. Кроме этого, была проведено УЗИ печени и почек. После проведенной адекватной терапии на следующий день 30.12.16 г. состояние больного несколько улучшилось, температура оставалась нормальной, рвоты и тошноты уже не было, головные боли уменьшились, ребенок начал самостоятельно вставать с постели, просить пить и есть. Менингеальные симптомы несколько стихивались. Результаты лабораторных исследований показали: отрицательный результат мазка из зева, в гемограмме картина гипохромной анемии, лейкопения и нормальное СОЭ, незначительная гиперферментемия (АЛТ-1,35мкмоль), маркеры на ВГ отрицательные, данные УЗИ - картина токсического гепатита. Учитывая выше сказанное, диагноз менингококковый менингит был исключен. Далее необходимо было исключить у больного наличие серозного менингита как осложнения ОРИ. К сопутствующим заболеваниям мы отнесли гипохромную анемию и энтеробиоз. Для уточнения диагноза нам были необходимы показатели люмбальной пункции, но отец больного не дал разрешения на проведение этой процеду-

ры. Наблюдение за больным в течение следующих суток показало, что на фоне улучшения общего самочувствия количество петехиальной сыпи увеличилось, усилились также боли в животе, пояснице и ногах. Мальчик вновь не смог самостоятельно вставать на ноги, при попытке сделать шаг чувствовал сильную боль в ногах и сразу же садился. При осмотре нижних конечностей видимых изменений не было, при пальпации и поколачивании отмечалась болезненность в области бедренной кости обеих ног и по ходу поясницы. При повторной беседе с отцом удалось узнать, что в течение последних недель мальчик неоднократно жаловался на боли в ногах, временами при ходьбе внезапно останавливался и не мог идти дальше или замедлял шаги. Родители думали, что он слаб из-за анемии и никуда не обращались. Наличие резких болей в животе больного 31.12.2016 г. послужило поводом для консультации хирурга, который исключил острые хирургические заболевания. Картина гемограммы за двое суток пребывания в стационаре выглядела следующим образом: количество лейкоцитов 3,8-4,0-2,0x10⁹/л; гемоглобин - 120-113-110 г/л; тромбоциты - 178,2-162,0-56,0x10⁹/л; СОЭ - 11-10-8 мм/ч, Ht - 36%. Другие показатели: ПТИ - 83%; ВРП - 1 мин 10 с - 1 мин 55 с; Т-Т - УИ ст, ф²А²-3/60г/л, ф²В²+; АЛТ-1,35 мкмоль/л. Наличие таких данных как гепатомегалия, лимфоаденопатия, наличие положительных менингеальных симптомов, геморрагические высыпания, симптомы анемии и тромбоцитопатии, признаки остита бедренных костей никак не укладывались в картину вторичного серозного менингита и возникла гипотеза о наличии лейкоза. При беседе с родителями мальчика удалось уточнить, что у них родственный брак и тетя ребенка умерла от лейкоза. Суммируя все данные наших наблюдений и исследований на вторые сутки пребывания больного в нашей клинике ему был выставлен диагноз: «Острый лейкоз?» и после консультации гематолога он был переведен в Институт гематологии.

По данным литературы, лейкозы у детей составляют значительную часть злокачественных новообразований. Чаще наблюдаются острые формы лейкозов. Самая частая цитохимическая форма острого лейкоза в детском возрасте это лимфобластная форма, реже встречаются миелобластная, промиелобластная, монобластная и другие формы. Лимфобластная форма имеет подварианты течения (Т-клеточный - 132,9%; В-клеточный - 3,4%; 0-клеточный - 82,7%). Острая стадия у детей всегда имеет внезапное начало. Наиболее ранний симптом лейкоза - это боли в костях. Чаще поражаются трубчатые кости, особенно бедренная и большеберцовая, могут поражаться также кости позвоночника. Ведущими симптомами острого лейкоза у детей являются также лимфоаденопатия и гепатоспленомегалия. Синдром нейтропении характеризуется поражением оболочек головного мозга (лейкозный менингит), оболочек и вещества головного мозга (лейкозный менингоэнцефалит), спинного мозга с его оболочками и корешками периферических нервов (лейкозный энцефаломиелит). В церебральной жидкости обнаруживаются лейкозные клетки. В крови обнаруживаются лейкозные бластные клетки (от 70 до 100% всех клеточных форм). Количество лейкоцитов в крови варьирует от низких значений (лейкопения) до высоких (20.000-100.000 в 1 мкл) (лейкоцитоз). Также отмечаются различной степени анемии и тромбоцитопения, с которыми связаны проявления анемического и геморрагического синдромов.

Таким образом, анализируя конкретный случай с нашим больным, мы с самого начала имели полный набор симптомов и синдромов острого лейкоза. Характерный анамнез больного (тетя больного умерла от лейкоза, близкородственный брак у родителей). Заболевание началось с характерных болей в бедренной кости (остит) и болей в пояснице (бревиспондилия). Наличие менингеальных симптомов было связано не с менингококковым или же вторичным серозным менингитом, а с лейкозным менингитом. Проявления же геморрагического

синдрома было схоже с менингококковой инфекцией. А вот анемический синдром и симптом гепатомегалии с незначительной гиперферментемией, который мы расценили как сопутствующий токсический гепатит и связали их с гельминтозом и полученным противогельминтным лечением, был все таки проявлением основного заболевания. Если посмотреть со стороны, ход наших действий и мыслей был правильным и в общем то, мы справились с диагностикой. Мы уточнили диагноз острого лейкоза в течение двух суток пребывания больного в нашем стационаре методом поэтапного исключения схожих инфекционных заболеваний. Единственной нашей ошибкой было то, что мы не смогли с самого начала собрать полный анамнез заболевания и жизни ребенка. Возможно, это объясняется тем что по уходу за больным был оставлен отец ребенка (у матери на руках 7 месячный ребенок), который полностью не вла-

дел всей информацией о заболевании. Мы будем очень рады, если наши рассуждения и упущения в ведении данного больного помогут нашим коллегам в дальнейшей их практической деятельности.

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Прозрачность исследования. Исследование не имело спонсорской поддержки. Исследователи несут полную ответственность за предоставление окончательной версии рукописи в печать.

Декларация о финансовых и иных взаимодействиях. Все авторы принимали участие в разработке концепции и дизайна исследования и в написании рукописи. Окончательная версия рукописи была одобрена всеми авторами. Авторы не получали гонорар за исследование.

Работа поступила в редакцию: 14.01.2017 г.

ЛИТЕРАТУРА

1. Абдулкадыров К.М., Бессмельцев С.С., Рукавицин О.А. и др. Гематологические синдромы в общей клинической практике. – СПб., 1999. – 128 с.
2. Ермолин А.Э. Дифференциальная диагностика и лечение острых и хронических лейкозов. – М.: Медицина. 2008. – 200 с.
3. Цыркунов В.М., Лиопо Т.В. Менингеальный симптомокомплекс: вопросы клинической дифференциации // Журнал Гродненского государственного медицинского университета.

– 2005. – №1. – С.81-85.

4. Швецова Е.А. и др. Деструктивная пневмония как клинический дебют хронического лимфолейкоза // Сибирский медицинский журнал (Иркутск). – 2016. – Т. 146. №7. – С.32-36.

5. Brouwer M.C., Thwaites G.E., Tunkel A.R., van de Beek D. Dilemmas in the diagnosis of acute community-acquired bacterial meningitis // Lancet. – 2012. – Vol. 380 (9854). – P.1684-1692. – DOI: 10.1016/S0140-6736(12)61185-4.

REFERENCES

1. Abdulkadyrov K.M., Bessmeltsev S.S., Rukavitsin O.A., et al. Hematological syndromes in general clinical practice. – St. Petersburg, 1999. – 128 p. (in Russian)
2. Ermolin A.E. Differential diagnosis and treatment of acute and chronic leukemia. – Moscow: Medicine, 2008. – 200 p. (in Russian)
3. Tsyrcunov V.M., Liopo T.V. Meningeal symptom complex: issues of clinical differentiation // Zhurnal Grodnenskogo Gosudarstvennogo Meditsinskogo Universiteta. – 2005. – №1. –

P.81-85. (in Russian)

4. Shvetsova E.A., et al. Destructive pneumonia as the debut of chronic lymphocyte leukemia // Sibirskij Medicinskij Zurnal (Irkutsk). – 2016. – Vol. 146. №7. – P.32-36. (in Russian)

5. Brouwer M.C., Thwaites G.E., Tunkel A.R., van de Beek D. Dilemmas in the diagnosis of acute community-acquired bacterial meningitis // Lancet. – 2012. – Vol. 380 (9854). – P.1684-1692. – DOI: 10.1016/S0140-6736(12)61185-4.

Информация об авторах:

Агзамова Турсуню Абдулхаевна – к.м.н., доцент кафедры детских инфекций Ташкентского педиатрического медицинского института; Курбанова Гульноза Шукуровна – главный врач 1-городской клинической инфекционной больницы; Абдурахимов Абдулазиз Абдугаффарович – заведующий отделением менингитных больных; Набиева Умида Пулатджановна. – д.м.н., старший научный сотрудник лаборатории иммунопатологии и иммунофармакологии Республиканского научного центра иммунологии Министерства здравоохранения Республики Узбекистан, 100060, Узбекистан, г. Ташкент, ул. акад. Я.Гулямова, 74, e-mail: inf-ledi@mail.ru.

Information About the Authors:

Agzamova T.A. – MD, PhD (Medicine), Associate Professor of the Department of Pediatric Infections of the Tashkent Pediatric Medical Institute; Kurbanova G.Sh. – Chief doctor of the 1-city clinical infectious hospital; Abdurakhimov Abdulaziz Abdugaffarovich – head of the department of meningitis patients. Nabieva Umida Pulatjanovna – MD, PhD, DSc (Medicine), senior research fellow of the Immunopathology and Immunopharmacology Laboratory of the Republican Scientific Center of Immunology of the Ministry of Health of the Republic of Uzbekistan, 100060, Uzbekistan, Tashkent, ul.akad. Ya. Gulyamova, 74, e-mail: inf-ledi@mail.ru.

© ЗОБНИН Ю.В., СЕДОВ С.К., ШЛЯХЕЦКАЯ Н.А., ПИСКАРЕВА Т.В. ЛЕЛЮХ Т.Д., МИЛЛЕР В.В. – 2017.
УДК: 616.057.036.886

ОПЫТ ПРОВЕДЕНИЯ СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКИХ ЭКСПЕРТИЗ ОСТРЫХ ПРОИЗВОДСТВЕННЫХ ОТРАВЛЕНИЙ (СООБЩЕНИЕ 2)

Юрий Васильевич Зобнин¹, Сергей Константинович Седов¹, Наталья Александровна Шляхецкая², Татьяна Валерьевна Пискарева², Татьяна Дмитриевна Лелюх², Владимир Владимирович Миллер²

(¹Иркутский государственный медицинский университет, ректор – д.м.н., проф. И.В. Малов, кафедра внутренних болезней с курсом профессиональной патологии и военно-полевой терапии, зав. – к.м.н., доц. С.К. Седов; ²Иркутское областное бюро судебно-медицинской экспертизы, начальник – Д.В. Перфильев, отдел комиссионных и комплексных экспертиз, зав. – Н.А. Шляхецкая, Иркутск)

Резюме. Представлены результаты комиссионных и комплексных судебно-медицинских экспертиз по установлению связи с трудовой деятельностью острых заболеваний (отравлений) метиловым спиртом на буровой установ-