

"ПЕДИАТРИЯ" е научно-информационно списание за съвременните постижения на педиатричната наука и практика у нас и в чужбина, както и за обмяна на опит. Основната цел на списанието е поддържането и осъвременяването на квалификацията на лекарите - педиатри.

Педиатрия

ISSN 0479-7876

том XXXIV, 3/1995 г.

РЕДАКЦИОННА КОЛЕГИЯ

ДР. БОБЕВ
главен редактор
З. СТАНЧЕВ
зам. главен редактор
М. КАЗАКОВА
секретар

ЧЛЕНОВЕ:

Е. ГЕНЕВ
В. ПАЛОВ
И. МИТЕВ
Н. МУМДЖИЕВ
А. РАДИВЕНСКА
Е. СИМЕОНОВ
Т. СИМЕОНОВА
В. СПАСОВ
С. СТОМОНЯКОВА
Е. ХРИСТОВА

РЕДАКЦИОНЕН СЪВЕТ:

А. АНАДОЛИЙСКА
А. БОЯНОВ
Б. БОЙКИНОВ
В. ГАТЕВ
М. ДАМЯНОВА
А. КАРАКАШОВ
С. КЕРТИКОВА
Х. МИХОВ
Ш. НИНЬО
Л. ПЕНЕВА
В. ПИЛОСОФ
М. УЗУНОВА

Технически редактор
А. Долгошеева

Графично оформление:
ЕТ "ВАЛДИ", тел. 22 42 61

Адрес на редакцията:
София 1606
ул. "Димитър Несторов" № 11

Публикуваните в списанието
фигури са авторски оригинали.

СЪДЪРЖАНИЕ

НАУЧЕН СИМПОЗИУМ ПО ДЕТСКО ХРАНЕНЕ

Проф. Р. Guesry
Модерни тенденции в детското хранене 5

ОБЗОРИ И ЛЕКЦИИ

Куманова, Р., Л. Боянова
Helicobacter pylori /Hr/ причина за заболявания на горните отдели на храносмилателната система в детска възраст 10

Иванов, И.
Възможности на ултразвукова диагностика при енцефалопатии в неонаталната и кърмаческа възраст 13

Колев, Д.
Новости в лечението на перзистираеща пулмонална хипертония на новороденото 17

КЛИНИЧНИ И ПРОФИЛАКТИЧНИ НАБЛЮДЕНИЯ

Калайков, Д., Е. Димова
Здравно състояние на детското население в България за периода 1988-1993 г. 20

Рахнева, Р., Е. Бърлиева, М. Божидарова, Л. Коцева
Проучване върху ревматичните клапни пороци у български деца за периода 1984-1993 г. 24

Желева, М.
Критерии за диагноза на туберкулозата в детската възраст 27

ТЕРАПЕВТИЧНИ ПРОБЛЕМИ

Минчев, П.
Принципи на туберкулостатичната терапия при деца с туберкулозно заболяване 30

СЛУЧАИ ОТ КЛИНИЧНАТА ПРАКТИКА

Рахнева, Р., Л. Спасов, К. Тодоров, Ив. Ботев
Случай на неврофиброматоза I-ви тип /M. Recklinghausen/ в съчетание с реновазална хипертония в детска възраст 32

Рахнева, Р., Н. Евтимова, А. Цончева, Ив. Миндизов
Феохромоцитом в детска възраст с принос на един случай 35

Чакова, Л., И. Иванов, В. Зефов, Хр. Манолов
Върху един случай на менингоенцефалит при вродена токсоплазмоза 38

Белчева, М., Ст. Кертикова
Случай на ювенилна хронична миелогенна левкемия при дете с неврофиброматоза I тип 41

Мондал, Д., Б. Василева, Ст. Ташкова, Е. Христова, Св. Христова
Изолирана вродена аплазия на хипофизата у момиче 44

Върху един случай на менингоенцефалит при вродена токсоплазмоза

Чакова Л., И. Иванов, В. Зефов*, Хр. Манолов
Катедра по педиатрия. Катедра по детска хирургия
Медицински университет - Пловдив;
Рентгенологично отделение*, Окръжна болница - Пловдив

Честотата на вродената токсоплазмоза варира от 1 до 6% живородени деца /3/. При това колкото по късно е настъпила инфекцията у майката, по често се заразява плода /3/. Най често инфекцията се проявява като генерализирана със засягане на различни органи от които мозъкът е с най-голяма честота на увреждане. Единични са съобщенията в литературата за засягане на миелона и то предимно при болни с AIDS /3, 4, 6, 7/. При нито едно проучване в Българската литература не се намери случай със засягане на гръбначния мозък при вродената токсоплазмоза.

В клиниката по детска гастроентерология, неврология и генетични заболявания имаме възможност да наблюдаваме дете с вроден токсоплазмен менингоенцефалит и трансверзален миеелит.

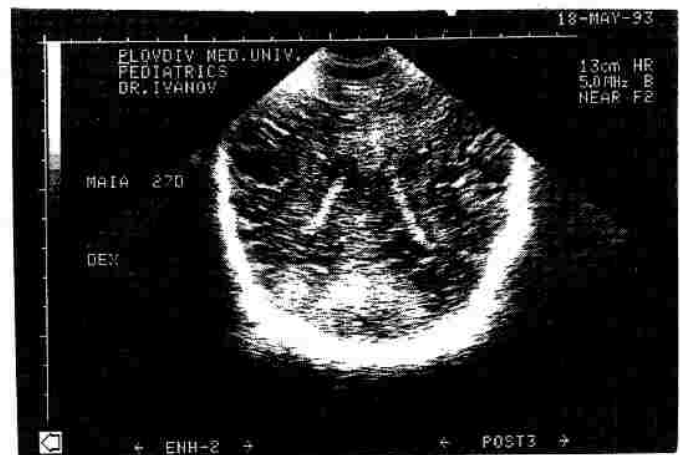
Касае се за новородено дете от женски пол /ИЗ 1015/93 г./ от втора желана бременност на 37 г. майка, протекла с кървене, фебрилитет и повръщане в трети лунарен месец. При ехографски контрол през последното тримесечие е видяна малка плацентата с оформяне на калцификати по късно. Детето се ражда доносно с данни за интраутеринна дистрофия. Перинаталният период е протекъл без отклонения, но била забелязана хипотония на долните крайници. На 16 дневна възраст с прояви на паралитичен илеус постъпва по спешност в детска хирургична клиника. Състоянието е преодоляно със солени клизми. Със съмнение за вродена инфекция на 20 дневна възраст се превежда при нас за уточняване.

Обективното изследване установява симптоми на интракраниална хипертензия /напрегната и голяма предна фонтанела, раздалечени черепни кости, отворена задна фонтанела/. Хипотонични долни крайници с хиперестезия и липсващи спонтанни движения. Коленичните рефлексии не се получават. При изследване на ахилевите рефлексии клонуси на стъпалата. Горни крайници с добър мускулен тонус и сила и живи сухожилни рефлексии. Хоризонтален ротаторен нистагъм, микрофтальмия в дясно. Корем балониран, с вяла перисталтика. Черен дроб и слезка съответно на 3 и 1,5 см. Атоничен пикочен мехур - уринира след механичен натиск. Зеещ анус, липсва спонтанна дефекация изхожда се след солени клизми.

Лабораторните изследвания установяват левкоцитоза /28 г/л/ с неутрофилия /57%/, еозинофилия /19%/, умерено ускорена СУЕ /42 мм/. Увеличени серумни Иг М - 1,5 г/л /норма до 0,4 г/л/.

Очни дъна - данни за хореоретинит. Изследването на гръбначно-мозъчната течност установява екстремна протеиноракия /белтък 9,1 г/л/, в лимононуклеарна плеоцитоза /клетки 200/ и задържаща се хипогликорахия /1,4 mmol/l/. Увеличено количество остатъчна урина /100-150 мл/.

Трансфонтанелната ехография на ЦНС на 22-27 дни установява нарушение на мозъчната структура с дифузно пръснати хипо и хиперехогенни участъци предимно в централните структури - базалните ганглии, перивентрикулярно и около тенториум церебелни /фиг. 1/. Открива се голяма хиперехогенна зона с централна хипоехогенност обтурираща фронталния рог на леви латерален вентрикул /фиг. 2/. Контролното изследване след



Фигура 1

Възраст 27 дни. US коронарен срез през телата на латералните вентрикули. Дезорганизирана мозъчна структура. Хипо и хиперехогенни зони, най-добре представени в лева фронтална и десна супратенториални зони.



Фигура 2

Възраст 22 дни. US коронарен срез през таламусите, обективизиращ най-добре хиперехогенната структура в левия таламус и главата на п. caudatus, която обтурира лумена на левия фронтален рог. Хиперехогенност в перикалозната част на интерхемисферната фисура. Калцификат в левия таламус.



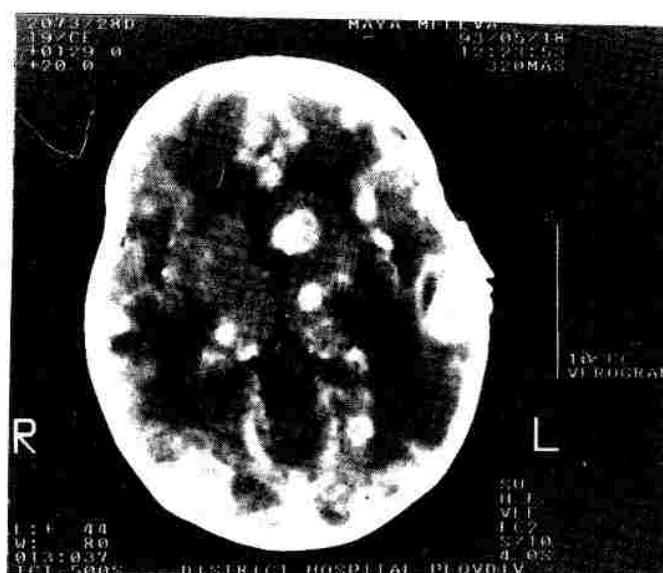
Фигура 3

Възраст 41 дни. US ляв парасагитален срез през левия фронтален рог и левия таламус. Хиперехогенна структура с размери 2,30 x 2,05 см над тялото на левия вентрикул. Калцификат в левия таламус /същите от фиг.2/.

20 дни показва намаляване на хиперехогенната зона в и около левия таламус и поява на нови хиперехогенни зони суправентрикулярно във фронталните и париетални гируси. Визуализира се добре оформен калцификат с рамери 0,5 x 0,35 см в левия таламус /фиг.2 и 3/.

Компютър-томографското изследване на главния мозък на възраст 27 дни установява наличие на обширни зони с хиподензитет сред бялото мозъчно вещество което е дезорганизирано и редукция на сивото мозъчно вещество. Забелязват се калцификати в областта на базалните ядра /фиг.4/ След въвеждане на контрастната материя се оформят множество овални участъци в двете хемисфери, които поглъщат интензивно контрастната материя /предимно по периферията на лезиите, наподобяващи псевдоабцеси /фиг.5/.

Компютър-томографското изследване на лумбалната част на гръбначния мозък /L4-5-S1/ отхвърля обемен процес и вродени аномалии.

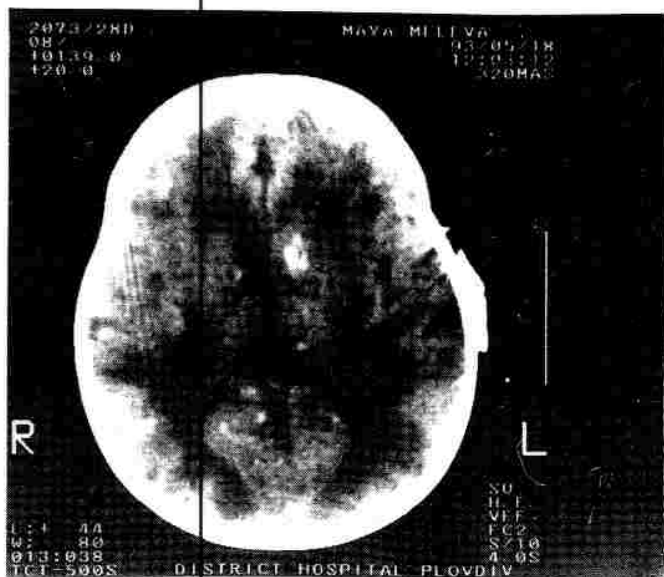


Фигура 5

Възраст 27 дни. СТ след въвеждане на контрастна материя. Множествени „ring enhancing“ лезии, наподобяващи псевдо абцеси в двете хемисфери.

Данните за интраутеринна хипотрофия, доминиращата церебрална патология - интракраниална хипертензия съчетана с долна вяла парализа и тазоворезервоарни смущения, наличието на микрофталмия и хореоретинит, както и ликворните, ехографски и СТ данни дадоха основание да се постави диагнозата вродена токсоплазмоза със засягане на главен и гръбначен мозък. Тя беше потвърдена от серологичното изследване на детето, което установи висок титър на антитоксоплазмени антитела чрез имунофлуоресценция /1:640/ и на майката /1:40/. Серологичните тестове за останалите по-чести вродени инфекции /CMV, HSV, луес и рубеола/ се оказаха отрицателни.

Започна се специфично лечение с Pentamidine /1 мг/кг/ и Sulfamethoxazol /30 мг/кг/ в три курса по 10 дни с интервал от 20 дни между тях. Отчето се известен ефект от проведеното лече-



Фигура 4

Възраст 27 дни. СТ на глава. Дезорганизация на бялото мозъчно вещество. Наличие на обширни зони с хиподензитет сред бялото мозъчно вещество. Редукция на сивото вещество. Калцификати в базалните ганглии.



Фигура 6

Възраст 1 г. 8 м. СТ на глава. Значителен хипердензитет в областта на базалните ганглии. Множествени, пръснати калцификати с по-големи размери.

ние - изчезнаха смущенията в дефекацията и микцията, подобри се мускулният тонус и моториката в долните краища, появи се коленните рефлексии, изчезна хипертензионния синдром.

Протеинорахията намаля до 1,1 г/л, клетките се нормализираха, ликворната захар се повиши до 1,7 ммол/л. Контролната РИФ установи намаляване на титрите до 1:160. Клиничното наблюдение в края на 2-ия месец установи микроцефалия и изоставане в ПМР.

На възраст 2 1/2 мес. детето се приведе в отделение за церебрално увредени деца.

Контролното изследване на възраст 1г. 8м. намира тежко умствено изоставане, микроцефалия и спастична квадрипареза, но с хипотонична поза на долните краища. Контролната СТ на тази възраст установява намаление на дезорганизацията на бялото мозъчно вещество с подчертана хипердензност в зоната на базалните ганглии и множествени калцификати някои от които с по-големи размери /фиг.6/.

Дискусия

Токсоплазмозата е обикновено асимптоматично заболяване, но при фетуси и имунокомпромитирани болни протича тежко. Плода се заразява трансплацентарно по време на остра инфекция у бременната /2/. Тежко засегнатите фетуси се раждат мъртви /10/. При живородените деца заболяването може да се изяви още при раждането - в 10-15 % от случаите /5/. Класическа е триадата хидроцефалия, хореоретинит, интракраниални калцификати. От патологичното изследване на ЦНС характерни за вродената токсоплазмоза са перидукталните и перивентрикуларни васкулити и зони на некроза /8/. При нашия случай са налице клинични и лабораторни данни за засягане на ЦНС под формата на менингоенцефалит с преходен трансверзален миелит. Прави впечатление богатата информация и сходството в образите на мозъка от ехографското и компютъртомографското изследване. Нашата интерпретация на Ехо и СТ находки е гранулозамотазен енцефалит с тумороподобни лезии с централна некроза и перифокален оток и последваща поява на масивни калцификати в тези зони. Подобни окръглени, масивни „ring-enhancing“ лезии са наблюдавани при болни с AIDS, където токсоплазмозата е най-честата опортюнистична инфекция в ЦНС 1, 9, 10/.

Прогнозата на децата с вродена токсоплазмоза е тежка. Преживелите деца в 80-90 % остават с тежки неврологични после-

дици - умствено изоставане, спастична детска парализа, епилепсия, зрителни смущения /8/. Лекарство на избор е триметоприм-сулфаметоксазол и пентамидин /8, 10/. Обикновено специфичното лечение възпрепятства по-нататъшното разширение на настъпилите възпалителни промени /3/.

Слечаят се представя поради специфичността и информативността на трансфонтанелната ехография при вродения токсоплазмен енцефалит разкриваща окръглени масивни хиперехогенни лезии съчетани с дезорганизация на мозъчните структури и пръснати хипоехогенни участъци. Откриването на подобитумороподобни лезии у новородено и кърмаче налага обсъждането и на вродена токсоплазмоза.

Литература

1. Campos P, Herrera G, Valencia F. Non tumor intracranial expansive processes: clinico-topographical correlation. Arq. Neurol. 49: [1991], 3, 292-298.
2. Desmonts G. Biological diagnosis of congenital toxoplasma infection. In: K. Betke, K. Riegel, B.H. Belohradsky /eds/. Diagnostics in Perinatal Infections. Die Medizinische Verlagsgesellschaft Marburg Lahn. [1984], 99-104.
3. Fischer R, Ch. Ehrenheim, R. Neyer, M. Rittlerodt, J. Ehrlich. Bei spinaler symptomatik an toxoplasmose denken. Monatsschr. Kinderheilkd 143:[1993] 10, 789-791.
4. S. Herskovitz, Siegel S, Schneider A, Nelson S, Goodrich J, Lantos G. Spinal cord toxoplasmosis in AIDS. Neurol., 39: [1989], 1552-1553.
5. Koskiniemi M, Lappalainen M, Nedman K. Toxoplasmosis Needs Evaluation. An Overview and Proposal. AJDC 143: [1989], 6, 724-728.
6. Kure, K., Harris C, Morin LS, Dickson DW. Solitary midbrain toxoplasmosis and olivary hypertrophy in a patient with AIDS. Clin. Neuropathol. 8: [1989], 35-40.
7. Mehren, M., Burns P, Monami F, Levy C, Laureny R. Toxoplasmosis myelitis mimicking spinal cord tumor. Neurol. 88: [1988], 10, 1648-1650.
8. Meloff K. Fungal, Rickettsial and Parasitic Diseases of the Nervous System. In: K.F. Swaimann/ed/ Pediatric Neurology Mosby Co., St. Louis., [1989], 517-540.
9. Orefic G, Carrieri PB, Chiriani A, T. Cataldo, F. Wendule, Troiso E, Striano S. Cerebral toxoplasmosis in subjects with AIDS. Rev. Neurol 59: [1989], 3, 89-93.
10. Prince A. Infection disease. In: Behrman R, R. Kliegman/eds/ Nelson essentials of Pediatrics, WB Saunders Company, [1994], 297-314.
11. Snyder HS. CNS toxoplasmosis as the initial presentation of the AIDS. Am. J. Emerg. Med. 7: [1989], 6, 588-592.