

СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ

ПЕЦИЛОМИКОЗНЫЙ АТИПИЧНЫЙ МИОКАРДИТ У РЕБЕНКА

Гаспарян Э. Р. *, Стреляева А. В., Терес И. В.

Первый московский государственный медицинский университет имени И. М. Сеченова, Москва.

Резюме

*С годовалого до четырехлетнего возраста прослежено и разработано лечение пециломикозного атипичного миокардита (ПАМ) у ребенка. Применен гомеопатический препарат аконит С6 и одновременно гомеопатический препарат *Latrodectus mactans* С6, которые значатся в перечне гомеопатических лекарственных средств, разрешенных к применению в соответствии с приказом Минздравмедпрома России от 29.11.1995 г. № 335 (прил. 2). Детские диетологи ввели необходимое питание. В течение недели лихорадка спала, болевой синдром был снят, через месяц нормализовалось количество сферул гриба в крови — 4, 5 тыс в 1 мкл крови ребенка. Из фунгицидов применен дифлюкан. Ребенок растет и развивается нормально.*

Ключевые слова: пециломикозный атипичный миокардит, ребенок, гомеопатические препараты.

В последние 60 лет систематически появляются сообщения о пециломикозном поражении сердца людей, иногда со смертельным исходом. Публикации свидетельствуют об актуальности этой проблемы в кардиологии [1, 2].

Приведем случай нашего наблюдения и лечения ребенка раннего возраста.

Больная М. М. (девочка в возрасте 1 г. 1 мес), поступила в детское отделение клиники с диагнозом: затяжная пневмония, подострый кардит.

Ребенок от первых беременности и родов. Со слов матери — период беременности протекал с угрозой выкидыша в первой половине, по этому поводу специально не обследовалась и лечения не получала. Ребенок родился в срок с массой тела 3100 г., ростом 49 см.

В возрасте 3 мес. ребенок впервые заболел, что мать связывает с простудой. Заболевание развивалось постепенно: повысилась температура до субфебрильных цифр, появился кашель, который становился частым и все более навязчивым. К врачу не обращались до внезапно резкого ухудшения состояния. При этом у ребенка появилось стонущее дыхание, выраженная одышка, мучительный влажный кашель, цианоз кожных покровов, беспокойство, олигурия. До поступления в детское отделение клиники больная получала лечение в 3-х различных стационарах по основному диагнозу: пневмония, в связи с чем проводилась антибиотикотерапия полусинтетическими пенициллинами, цефалоспорины II и III поколения, аминогликозидами. Лечение было практически малоэффективным, отмечалось лишь временное и незначительное улучшение как признаков пневмонии, так и кардита.

При поступлении общее состояние девочки крайне тяжелое, она занимает вынужденное полусидячее положение, очень беспокойная, стонет. Температура тела 38,9–39,4 °С. Кожные покровы серо-землистого цвета с мраморным оттенком, резко выраженный цианоз носогубного треугольника и акроцианоз, на лице румянец с цианотическим оттенком; потливость. Тургор тканей несколько

снижен, подкожно-жировой слой рыхлый, слабо развит на конечностях и на животе, вес — 7,5 кг; лимфаденопатия. Рахитические изменения скелета. Мучительный кашель, выраженная одышка до 75/мин с участием в акте дыхания вспомогательной мускулатуры. В легких — масса влажных средне — и мелкопузырчатых хрипов с обеих сторон. Границы сердца расширены: вправо — на 4 см, влево — до 2 см. *axillaris anterior*, вверх — за счет тимомегалии. Тоны сердца глухие, тахикардия до 170/мин; на верхушке и в точке Боткина — грубый систолический шум. Печень выступает из-под реберной дуги на 3,5 см, селезенка — на 2,5 см. Диурез снижен. Стул неустойчивый.

На ЭКГ: синусовая тахикардия, выраженная электрическая альтернация, отклонение электрической оси вправо, перегрузка обоих предсердий, признаки гипертрофии обоих желудочков. На ЭхоКГ: Дд — 3,5 см, Дс — 1,8 см, ТЗСЛЖ — 07, см, Дпж — 1,9 см, Vc — 13,7 мл, Vд — 22,6 мл; УО — 9,1 мл, ФИ — 0,35. Заключение: выраженная дилатация обоих желудочков, резкое снижение сократительной способности миокарда. На рентгенограмме: усиление сосудисто-бронхиального рисунка, легочные инфильтраты с обеих сторон, кардиомегалия, тимомегалия.

В анализе крови: Нв — 84 г/л, Эр. — $3,1 \times 10^{12}$ /л, лейкоц. — $10,5 \times 10^9$ /л, п/я — 12%, с/я — 39%, эоз. — 1%, лимф. — 29%, мон. — 16%, баз. — 3%, СОЭ — 39 мм/ч. Микологическое исследование: количество сферул гриба рода *Raesciomyces* 27 тыс. в 1 мкл крови, при посеве мазка из зева и крови на среду Сабуро выделены колонии грибов рода *Raesciomyces* вида *viridis*. Серологическое исследование: титр антител 1:87–1:392; иммунологическое исследование: IgA — 1,1 г/л, IgM — 1,2 г/л, IgG — 13 г/л, ЦИК — 217,4%; биохимическое исследование: ЛДГ — 248, 5 ЕД/л, общие фосфолипиды — 3,0 г/л, Са крови — 1,65 ммоль/л.

Клинический диагноз: грибковый сепсис, септицемическая форма, подострое течение, период разгара. Неревматический кардит грибковой этиологии, подострое течение, тяжелая форма, тотальная сердечная недостаточность. Исход: дилатационная кардиомиопатия; оча-

гово-сливная пневмония грибковой этиологии, затяжное течение; полидефицитная анемия II ст.; витамин-Д-дефицитный рахит, кальципенический вариант, подострое течение, средней тяжести, период разгара. Дистрофия по типу гипотрофии II степени.

Питание ребенка в первые дни заболевания проводилось смесью NAN-2 и биолактом. После выписки были даны рекомендации по постепенному переходу на питание детей после года. Лечение пециломикозного сепсиса проводилось ступенчато: дифлюкан из расчета 6 мг/кг в/в капельно 1 раз в сутки в течение 5 дней до стабильного снижения температуры, затем переход на пероральный прием дифлюкана по 1 капсуле (50 мг) в день в течение 10 дней, Хилак-форте по 25 кап 3 раза в день до еды в течение 1 мес.

Общепринятое лечение кардита включало назначение преднизолона (10 мг) в таблетках по схеме, причем общий курс лечения составил 2 мес. Назначалась также кардиотропная терапия: рибоксин (1,5 мл в/в), кокарбоксилаза (0,025 г в/в), неотон, панангин в первые 3 суток в составе поляризующей смеси по 30 мл в/в, капельно 2 раза в день, затем по табл. 2 раза в день в течение 2 мес.

Лечение сердечной недостаточности проводилось дигоксином по 0,05 мг 2 раза в день длительно до нормализации сократимости, капотеном по 5 мг 3 раза в день в течение 2 недель с последующей постепенной отменой, конкором по 0,5 мг 2 раза в день до стабилизации пульса, фуросемидом по 0,4 мл в/в до восстановления диуреза (3–4 дня), затем верошпироном длительно (20 дней) по 1/5 таблетки 1 раз в день.

Назначалась витаминотерапия: в стационаре – С, В1, В2, В6, Е, дома – поливитаминный препарат алвитил сроком на 2 мес по 1 драже в день.

Иммуномодулирующая терапия проводилась полиоксидонием по 0,8 мг в/м через день – 5 инъекций, затем в течение 3 мес в той же дозе 2 раза в неделю. Состояние

больной значительно улучшилось: температура снизилась до нормы, значительно уменьшился цианоз, стабилизировались одышка и тахикардия, сократимость улучшилась до 0,69; на рентгенограмме грудной клетки: постепенное рассасывание легочных инфильтратов, количество грибов рода *Paecilomyces* снизилось до 12 тыс. в 1 мкл, через 2 мес – до 4,5 тыс в 1 мкл, IgA – 1,3 г/л, IgM – 2,1 г/л, IgG – 13,4 г/л, ЦИК – 175,5%; ЛДГ – 189,3 ЕД/л, фосфолипиды – 1,75 г/л. Больная выписана через 17 дней под наблюдение участкового педиатра и кардиолога.

С 3-летнего возраста ребенок начал нормально расти и развиваться, но с четырех лет интенсивно начал употреблять сладкое: шоколад, печенье, торты, мороженое, сладкие фрукты, даже к борщу и супу требует сладкое. Капризно требует сладкое молоко, сладкий кефир и чай. В возрасте четырех лет у девочки появляется пециломикозный атипичный миокардит (ПАМ), который сопровождается болевым синдромом: приступы боли начинаются в руках, затем переходят на грудь, затем сильная боль в животе и позвоночнике. Характерен общий анализ крови: гемоглобин 45 г/л, Эр.- $2,3 \times 10^{12}$ /л, лейкоц. – $14,5 \times 10^9$ /л, эозинофилы – 19, СОЭ 35 мм/час., количество сферул гриба в крови – 22,5 тыс в 1 мкл крови, температура тела выше $38,5^{\circ}\text{C}$.

Применен гомеопатический препарат аконит С6 и одновременно – гомеопатический препарат *Latrodectus mactans* С6. Детские диетологи ввели необходимое питание. В течение недели лихорадка спала, болевой синдром был снят, через месяц нормализовалось количество сферул гриба в крови – 4, 5 тыс в 1 мкл крови ребенка. Из фунгицидов применен дифлюкан. Ребенок растет и развивается нормально.

При проведении статистического анализа использованы методы стандартной вариационной статистики. Достоверность результатов оценивали по критерию Стьюдента в пределах 95–99% надежности.

Литература

1. Абдухалик-заде Г.А., Закирова Н.И., Ким О.В. и др. Прогностическая оценка состояния новорожденных при внутриутробном инфицировании грибами рода *Paecilomyces* в зависимости от степени перинатальной отягощенности//Проблемы экологии, здоровья, фармации и паразитологии. М., 2008. – С. 88–90.
2. Стреляева А.В., Шадыева Х.Н., Лазарева Н.Б. и др. Токсическая кардиопатия и миокардиты пециломикозной и иной этиологии у детей//Российский кардиологический журнал, 2010, 3: 46–52.

Abstract

The treatment strategy was developed and monitored in a child with paecilomycotic atypical myocarditis (PAM), who was observed from the age of one to four years. The treatment included a combination of two homeopathic medications, Aconite C6 and Latrodectus mactans C6, which are permitted to use in clinical practice by the Russian Ministry of Health and Medical Industry Decree No. 335 (Supplement 2, November 29th 2005). The diet was corrected by pediatric dietologists. In one week, fever and pain syndrome disappeared; in one month, the blood levels of mycotic spherules normalized ($4,500 \text{ per } 1 \mu\text{l}$). Diflucan was used as a fungicide medication. At the moment, the child's growth and development are normal.

Key words: Paecilomycotic atypical myocarditis, child, homeopathic medications.

Поступила 25/05 – 2011

© Коллектив авторов, 2011
E-mail: docstrelaeva@mail.ru

[Гаспарян Э.Р. – аспирант, леч. врач, Стреляева А.В. (*контактное лицо) – доктор фарм. наук, профессор кафедры фармакогнозии, Терес И.В. – аспирант].