

Пациент на стыке специальностей в педиатрии

Крымская О.С., Бухарина К.А., Фалина О.А.

ФГБОУ ВО «Тюменский государственный медицинский университет Минздрава России», Тюмень,
Российская Федерация
ГАУЗ ТО «Городская поликлиника № 5»

Актуальность. Нарушения мозгового кровообращения — актуальная проблема в детском возрасте, большое внимание уделяется тромбозам церебральных синусов. В литературе эта тема освещена скудно. Вместе с тем эти состояния приводят к инвалидизации и летальному исходу.

Цель исследования. Клинический пример тромбоза сагиттального синуса у пациента с хроническим воспалительным заболеванием кишечника на фоне генетической тромбофилии.

Пациенты и методы. Пациент Ж., 12 лет, жалобы на боли в животе, жидкий стул, температура 37,4 °С. В ОАК — нейтрофильный лейкоцитоз, тромбоцитоз. Повышение АСТ — 94 ед/л, АЛТ — 79 ед/л. ЭГДС — эрозивный геморрагический гастрит. Ангиопульмография — картина ТЭЛА мелких ветвей, инфаркт нижней доли правого легкого, двусторонний гидроторакс, гидроперикард. МРТ ОБП с контрастом — тромбоз воротной вены, печеночных вен, асцит. Сужение общего печеночного протока. Расширение воротной вены.

Результаты. Колноскопия — слизистая гипертрофирована, зернистая, отечная, сосудистый рисунок смазан, мутный, участками отсутствует, имеются плоские язвы под фибрином, геморрагические зоны. В связи с судорожным приступом проведена нейровизуализация — тромбоз

верхнего сагиттального синуса, вен конвекситальной поверхности левой теменной области, зона локального венозного инфаркта левой теменной области. В результате проведенных исследований был выставлен диагноз: «ХВЗК: язвенный колит, тотальный, умеренной активности. Индекс PUCAI 50 баллов. Тромбоз портальной и верхнебрыжеечной вены. Тромбоз верхнего сагиттального синуса, вен конвекситальной поверхности левой теменной области. Внекишечные проявления: гепатит, минимальной активности. Панкреатит неуточненный. Асцит. Наследственная тромбофилия. Анемия смешанного генеза средней степени тяжести. Недостаточность питания умеренной степени тяжести. Первичный гипотиреоз. Хронический эрозивный гастрит, дуоденит, ассоциированный с *H. pylori*. Белково-энергетическая недостаточность 1-й степени». На фоне проведенной патогенетической терапии, состояние удовлетворительное.

Закключение. Описанный клинический случай показывает симбиоз редких заболеваний, являющихся сложными для диагностики. Несвоевременная постановка диагнозов может привести к летальному исходу. Своевременное назначение терапии значительно улучшает прогноз заболевания, улучшает качество жизни пациента и его семьи в целом.