

бронхоэктазов в различных сегментах обоих легких, многочисленные мелкие субсегментарные ателектазы в средних и верхних отделах легких. КТ органов грудной полости с внутривенным болюсным контрастированием от 20.12.2021: КТ-картина выраженной деформации бронхиального дерева, множественные прибрежно-васкулярные полиморфные очаги, неравномерная пневматизация легочной паренхимы, лимфаденопатия.

На основании полученных данных лабораторных и инструментальных методов исследования подтвержден установленный ранее муковисцидоз, легочно-кишечная форма, тяжелое течение. Хронический обструктивный бронхит, обострение по пневмоническому типу. Дыхательная недостаточность 2-й степени. Хроническая панкреатическая недостаточность тяжелой степени. Цирроз печени (F4 по шкале METAVIR), умеренный стеатоз (S2). На фоне проведенной терапии у пациента с типичной картиной диагно-

за муковисцидоза легочно-кишечной формы наблюдалась положительная динамика.

Заключение. Многие годы единственным возможным лечением муковисцидоза являлась симптоматическая терапия, направленная главным образом на защиту дыхательной системы от инфекций и облегчение синдрома мальабсорбции. В последние годы с применением многокомпонентной терапии, развитием трансплантологии и различных диагностических методов удалось существенно увеличить продолжительность жизни больных. На сегодняшний момент существует патогенетический вариант лечения, заключающийся в функциональной коррекции гена и стабилизации белка. Однако данный метод имеет серьезные побочные эффекты от пожизненного приема препаратов и при этом ограничен только некоторыми мутациями, т.е. не может охватить всех пациентов с муковисцидозом.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ТРИХОБЕЗОАРА ЖЕЛУДКА У ДЕВОЧКИ 4 ЛЕТ

Малахова Т.И.

Научный руководитель: к.м.н., доцент Русинова Д.С.

Кафедра факультетской педиатрии ПФ ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России
ГБУЗ ДГП 133 ДЗМ

Актуальность. Бесоары — относительно редкая патология в педиатрии, остающаяся часто несвоевременно диагностируемой, что может привести к опасным и жизнеугрожающим осложнениям.

Трихобесоары занимают второе место по распространенности среди всех видов безоаров. Чаще данному заболеванию подвержены девочки, имеющие патологическую склонность жевать и глотать свои волосы вследствие сильных эмоциональных переживаний, задержки психического развития или психического расстройства, называемого трихотилломанией. На данный момент не разработаны клинические рекомендации по диспансерному наблюдению пациентов после оперативного вмешательства.

Клинический случай. Девочка Н., 4 года 11 мес, была госпитализирована в ДГКБ им. Филатова в 2021 г. с диагнозом «инородное тело в желудке — трихобесоар».

Из анамнеза известно, что ребенок ест свои волосы на протяжении одного года. Из симптомов беспокоили периодические боли в животе, изменения стула и в феврале был эпизод рвоты с частицами волос. С 28.01.2021 наблюдается у детского невролога по поводу повышенной тревожности и поедания собственных волос. Поставлен диагноз: «Невротические расстройства, обсессивно-компульсивный синдром». В августе на приеме у невролога выявлены нарушения речи. Дважды назначался курс терапии никотиноил гамма-аминомасляной кислотой — без особой положитель-

ной динамики. Девочка была направлена на консультацию психиатра, но мать отказалась.

За день до госпитализации девочка жаловалась на боли в животе приступообразного характера, беспокойство, отказывалась от еды. В поликлинике по месту жительства по данным УЗИ органов брюшной полости был поставлен диагноз «бесоар желудка».

При обследовании пищеварительного тракта выявлено болезненное ощущение в эпигастрии и гнилостный запах изо рта. На УЗИ имеются признаки плотного инородного тела в просвете желудка. При ЭФГДС выявлено инородное тело больших размеров, заполняющее весь желудок, представленное конгломератом свалывшихся волос и пищевых масс. Таким образом, результаты инструментальных исследований подтверждают диагноз «трихобесоар желудка». Было проведено оперативное удаление трихобесоара размерами 15 × 20 × 4 см, состоявшего из свалывшихся волос, частиц пищи и слизи. Послеоперационный период протекал без особенностей. Спустя 3 мес девочка была отправлена на консультацию в Научно-практический центр психического здоровья детей и подростков.

Заключение. Важно разработать клинические рекомендации по ведению пациентов с трихобесоаром. Необходим мультидисциплинарный подход к диагностике и реабилитации детей с подобной патологией с обязательным участием врача-психиатра.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ СПИНАЛЬНОГО ИНСУЛЬТА

Мамедова Т.М. кызы, Михайловская А.С.

Научный руководитель: к.м.н., доцент Ларина Л.Е.

Кафедра пропедевтики детских болезней ПФ ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России
ГБУЗ Морозовская детская городская клиническая больница ДЗМ

Актуальность. Особенностью травм спинного мозга у детей является синдром SCIWORA — повреждение спинного мозга без рентгенологически видимых патологических изменений позвоночника. Неврологическая симптоматика зависит от уровня поражения спинного мозга, при этом

отмечается преобладание двигательных нарушений над чувствительными.

Клинический случай. Пациент А, 8 лет, поступил в Морозовскую ДГКБ 23.11.2021 с жалобами на слабость в ногах, нарушения мочеиспускания. Со слов мамы, за день до

госпитализации упал при попытке встать на руки с последующей болью в спине, отмечалось постепенное снижение силы в правой ноге. На следующее утро отметили слабость в левой ноге, нарастание слабости в правой ноге. На МРТ от 24.11.2021: ишемия и протяженный отек спинного мозга от уровня Th6 до конуса, формирующаяся миеломалиция. Поставлен диагноз: «Острое нарушение спинномозгового кровообращения по ишемическому типу». В крови IgG к SARS-CoV-2 — 102 ЕД/мл. В клиническом анализе мочи от 02.12.2021 дрожжевые клетки, бактериурия, микрогематурия, лейкоцитурия, клетки переходного эпителия, нитриты. При посеве мочи обнаружены *Citrobacter koseri* 1 млн в 1 мл. На фоне нейрогенной дисфункции мочевого пузыря развилась инфекция мочевыводящих путей. В коагулограмме наблюдалось снижение активности антитромбина III. В связи с ишемией была проведена гепаринотерапия, на фоне которой наблюдалась положительная динамика в виде уменьшения выраженности неврологического дефицита: увеличилась мышечная сила в нижних конечностях, регрессировали тазовые расстройства.

16.02.2022 пациент был повторно госпитализирован в Морозовскую ДГКБ с жалобами на сохраняющуюся слабость в ногах. При объективном осмотре: парез нижних конечностей до 3,5–4 баллов с обеих сторон, мышечный гипертонус, высокие коленные рефлексы. Походка паретическая с поддержкой, исходная варусная установка стоп, клонусы стоп, в позе Ромберга пошатывается. При проведении МРТ с контрастированием 22.02.2022 — признаки невыраженной миелопатии Th9-Th10 сегментов спинного мозга. Пациент продолжал получать антикоагулянтную терапию далтепарином натрия. Было принято решение о смене антикоагулянтной терапии на дезагрегантную терапию ацетилсалициловой кислотой в течение двух лет от момента инсульта.

Заключение. В данном клиническом случае ведущим фактором ишемии спинного мозга является травма, однако стоит также отметить важность сосудистого фактора и возможную взаимосвязь гиперкоагуляции с перенесенным COVID-19.

ТРУДНОСТЬ ДИАГНОСТИКИ ИММУНОДЕФИЦИТНЫХ СОСТОЯНИЙ

Машкина А.С., Бойченко Я.В.

Научный руководитель: к.м.н., доцент Ларина Л.Е.

Кафедра пропедевтики детских болезней ПФ ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России
ГБУЗ Морозовская детская городская клиническая больница ДЗМ

Актуальность. Первичные иммунодефициты (ПИД) — актуальная проблема современной медицины. ПИД — это гетерогенная группа врожденных дефектов системы иммунитета с различными рецидивирующими инфекционными и аутоиммунными заболеваниями, а также злокачественными новообразованиями. Дети с данной проблемой нуждаются в правильной и своевременной пренатальной диагностике, так как существует высокий риск смерти в раннем возрасте. Методы лабораторной диагностики иммунодефицитных состояний у детей являются сложными, дорогостоящими, трудоемкими и требующими подготовленного персонала лабораторий.

Клинический случай. Пациент А., госпитализирован на первом году жизни в реанимационное отделение в связи с жалобами на одышку, после стабилизации состояния переведен в инфекционное отделение. Диагноз при поступлении: «Первичный комбинированный иммунодефицит».

Из анамнеза известно: длина тела — 74 см, масса — 8,3 кг, не лихорадит. Масса при рождении — 2900 г. Ребенок от 3-й беременности, протекавшей на фоне угрозы прерывания, преждевременных родов с частичной отслойкой плаценты со II триместра. Оценка по шкале APGAR — 8/9 баллов. С 2 мес отказывался от груди матери. С 3 мес переведен на искусственное вскармливание, с этого возраста ринорея с развитием дерматита в области носогубного треугольника. В 5 мес был экстренно госпитализирован в пульмонологическое отделение с диагнозом: «Острая внебольничная двухсторонняя полисегментарная пневмония. Дыхательная недостаточность 0 степени. Анемия средней степени тяжести». В январе 2021 г. госпитализирован с подтвержденной новой коронавирусной инфекцией средней степени тяжести. Анемия средней степени тяжести, компенсированная, неутонченная. Гипертензионно-гидроцефальный синдром. Задержка внутриутробного развития. Тимомегалия. Клебсиеллез. По данным нейросонографии от 17.03.2021: диффузные изменения в паренхиме мозга. По УЗИ органов брюшной полости от 17.03.2021: диффузные изменения паренхимы печени; гепатоспленомегалия. В мае появились дистанционные хрипы, симптомы купировали, но позже

состояние ухудшилось — появилось выраженное беспокойство с выгибанием тела ребенка, было отмечено выбухание родничка.

При осмотре в Морозовской ДГКБ в возрасте 1 года отмечалась мраморность кожных покровов, лимфаденопатия основных групп лимфатических узлов. Сниженная мышечная сила левой руки. Отмечались уплощенная грудная клетка, жесткое дыхание. Живот был увеличен в размере, отмечались слабость мышц передней брюшной стенки и выбухание правой половины. Гепатоспленомегалия, положительные пузырьные симптомы.

По результатам инструментальных исследований при спиральной компьютерной томографии легких были выявлены участки инфильтрации в верхней доле правого легкого в стадии разрешения. По результатам магнитно-резонансной томографии головного мозга с контрастированием виднелись зоны кистозно-глиозной трансформации корковых и субкортикальных отделов теменной и затылочных долей слева. Асимметрия больших полушарий, снижение сигналов сагиттального синуса в передних отделах. По данным бронхоскопии был выявлен диффузный двусторонний трахеобронхит 1-й степени интенсивности воспаления. По результатам рентгеноскопии и рентгенографии желудка и двенадцатиперстной кишки с контрастированием выявили гастроэзофагеальный рефлюкс 2-й степени. Недостаточность кардии. Дуоденит. По данным лабораторного исследования наблюдались тромбоцитоз, гипофибриногенемия. Была обнаружена ДНК цитомегаловируса. По результатам проведенного обследования были выставлены диагнозы: «Пневмококковый менингит. Генерализованная цитомегаловирусная инфекция: энцефалит, пневмонит. Синус-тромбоз. Ситуационно обусловленные судороги на фоне течения нейроинфекции. Правосторонний гемипарез».

Проводилась необходимая комбинированная терапия такими препаратами, как противовирусные (валганцикло-вир), антикоагулянты (далтепарин натрия), антибиотики (азитромицин).

В соматическом педиатрическом отделении провели иммунологическое исследование, определив выраженное