

( $N < 200$  Ед/мл), ИФА на аутоантитела: ASCA IgG — 60 Ед/мл ( $N < 10$  Ед/мл), ASCA IgA — 14 Ед/мл ( $N < 10$  Ед/мл), фекальный кальпротектин — 84 мкг/г ( $N 0-80$  мкг/г). На УЗ-картине органов брюшной полости наблюдались признаки воспалительной активности в правой подвздошной области, мезаденит. Выставлен диагноз: «Болезнь Крона минимальной активности». Назначена терапия препаратами 5-аминосалициловой кислоты 2500 мг/сут, топическими глюкокортикостероидами, ингибиторами протонной помпы, элиминационная диета. Скорректирована терапия псориаза.

В настоящее время наблюдается активация воспалительного процесса в кишечнике. По данным лабораторных методов исследования: фекальный кальпротектин — 229,85 мкг/г ( $N < 50$  мкг/г), С-реактивный белок — 8,78 мг/л ( $N < 5$  мг/л). Колоноскопия — выраженный эрозивный илеит, эрозивный баугинит, распространенный колит, анальная трещина до 3–4 мм, наружный геморрой. У ребенка сохраняются жалобы на периодическое нарушение глотания, боли в эпигастральной области живота, а также в правой подвздошной области. Объективно при осмотре: сердечно-легочная деятельность без особенностей. Язык обложен белым налетом. Живот мягкий, пальпаторно умеренно болезненный в области Шоффара и правой подвздошной области. Стул без особенностей, без примесей. Печень и селезенка не увеличены. Кожный патологический процесс носит распространенный симметричный характер, локализуется на коже волосистой части головы, лица, туловища и разгибательной поверхности конечностей. Представлен множественными папулами розового цвета различного размера, местами сливающимися в бляшки с серебристо-

белыми чешуйками на поверхности. На коже спины отмечаются множественные воспалительные элементы, рубцы застойной фиолетового цвета в местах прежних высыпаний. Субъективно — зуд умеренной степени выраженности.

Вывод: таким образом, с учетом сочетания у ребенка трех редких нозологических форм (псориаз, эозинофильное поражение органов ЖКТ и болезнь Крона) со схожим механизмом развития с целью достижения ремиссии основных заболеваний и предотвращения развития серьезных осложнений, требующих хирургической помощи (кишечная перфорация, перитонит и др.), ребенку показано назначение генно-инженерного препарата устекинумаб индукционным курсом. Терапия была начата в дерматологическом отделении НИИ педиатрии и охраны здоровья детей НКЦ №2 ФГБНУ «РНЦХ им. акад. Б.В. Петровского» и будет продолжена во взрослом стационаре после достижения ребенком 18-летнего возраста.

В настоящее время мы не можем полностью исключить ранний дебют псориаза (вне терапии) и поливалентной аллергии, в том числе пищевой (IgE-опосредованной), с развитием эозинофильной инфильтрации тканей ЖКТ как причину возникновения кроноподобной симптоматики с формированием язвенного поражения терминальных отделов подвздошной кишки (типичная локализация при болезни Крона).

**Заключение.** Адекватная терапия псориаза и своевременное купирование развития эозинофильного поражения органов и тканей могут способствовать снижению риска развития сопутствующих аутоиммунных патологий. Требуется дальнейшее изучение клинических случаев и наблюдение за детьми со схожей симптоматикой.

## КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ОСТРОГО ВЯЛОГО ПАРАЛИЧА У РЕБЕНКА ВСЛЕДСТВИЕ РАСПРОСТРАНЕННОГО МИЕЛИТА

Рустамова П.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.** Синдром острого вялого паралича — остро возникающее состояние, характеризующееся развитием двигательных нарушений, а именно снижением объема, силы активных движений, снижением мышечного тонуса и изменением рефлексов в одной или нескольких конечностях. Значительное количество как инфекционных, так и неинфекционных заболеваний нервной системы сопровождается данным синдромом: синдром Гийена – Барре, полиомиелит, острый поперечный миелит, инфекционные полинейропатии, травматические повреждения спинного мозга или периферических нервов, нарушения нервно-мышечной передачи, злокачественные новообразования. Сфера диагностического поиска довольно обширна, с чем часто связаны трудности постановки диагноза. Данный клинический случай демонстрирует развитие острого вялого паралича у ребенка с острым поперечным миелитом, диагностика которого потребовала определенного количества времени и дополнительных исследований.

**Клинический случай.** У девочки в возрасте 10 лет к вечеру первого дня ОРВИ появились сильные боли в пояснице, на следующий день присоединилась слабость в левой нижней конечности, а затем и в правой, чувствительные нарушения. Ребенок был госпитализирован в отделение реанимации и интенсивной терапии Областной детской клинической больницы г. Иванова, где девочка была обследо-

вана и выписана с отсутствием движения в нижних конечностях и нарушением тазовых функций по просьбе матери.

МРТ грудного и поясничного отдела позвоночника с контрастированием 09.11.2021: патологические изменения спинного мозга на грудном и поясничном уровнях, что характерно для протяженного миелита.

24.11.2021 обратились в приемное отделение Морозовской ДГКБ, пациентка была осмотрена неврологом и госпитализирована в 1-ю инфекционную клиническую больницу с диагнозом: «Острый миелит, острый вялый паралич. Нарушение тазовых функций».

С незначительным положительным эффектом в виде нарастания силы в левой ноге, улучшения со стороны тазовых функций, уменьшения зоны чувствительных нарушений проводилась терапия метилпреднизолоном. Также получала цефоперазон + сульбактам с 24.11 по 03.12.2021, дротаверин, левокарнитин, этамзилат, смектит, никотиновую кислоту, тиамин, пиридоксин, омега-3, флуконазол.

16.12.2021 переведена в Морозовскую ДГКБ бригадой скорой медицинской помощи. При поступлении отмечаются снижение объема активных движений в ногах, мышечной силы, снижение ахилловых рефлексов, патологические рефлексы Бабинского, Оппенгейма с двух сторон, снижение брюшных рефлексов с обеих сторон, снижение чувствительности справа от верхней трети бедра, слева от верхней

трети голени. Общее состояние средней тяжести, сознание ясное, стул без позывов на дефекацию, мочеиспускание через мочевого катетер.

Магнитно-резонансная томография спинного мозга с контрастированием 21.12.2021: в спинном мозге на уровне Th9–Th12 позвонков определяется участок миелопатии, что, вероятно, соответствует проявлениям поперечного миелита.

Кроме того, при обследовании выявлены сопутствующие заболевания: острый вульвит; язвенный проктит; инфекция мочевыводящих путей, мочекаменная болезнь; тромбоз глубоких вен средней трети левой голени средней степени тяжести. Совокупность анамнестических, клинических и лабораторных признаков позволила остановиться на диагнозе «распространенный миелит грудного отдела».

Известно, что девочка страдает аутоиммунной гемолитической анемией. Кроме того, в крови выявлен волчаночный антикоагулянт, что также может быть симптомом аутоиммунных патологий. Вероятно, перенесенная ОРВИ стала провоцирующим фактором для развития постинфекционного поперечного миелита.

Проведенное лечение: преднизолон, церебролизин, далтепарин натрия, омепразол, алгедрат + магния гидроксид, фуразидин, азитромицин.

За время лечения в стационаре состояние с положительной динамикой в виде регресса признаков тромбоза вен нижних конечностей, улучшения общего самочувствия, некоторого регресса неврологического дефицита. Ребенок в удовлетворительном состоянии выписан из стационара под наблюдение специалистов по месту жительства.

**Заключение.** Синдром острого вялого паралича требует проведения дифференциальной диагностики и поиска вызвавших его причин, так как от этого зависит тактика лечения. А от своевременности постановки диагноза и начала терапии зависят исход заболевания и качество дальнейшей жизни пациента. В данном случае диагноз был поставлен верно, у девочки наблюдается положительная динамика. Тем не менее, ей потребуются реабилитационные мероприятия для возвращения к прежнему образу жизни.

## ТЕЧЕНИЕ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНИ У РЕБЕНКА ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ С ВИТАМИН-В<sub>12</sub>-ДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИЕЙ

Тихонова 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.** Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь является многофакторным заболеванием, а его основная причина — гастроэзофагеальный рефлюкс, сопровождающийся поступлением в пищевод содержимого желудка, которое, в свою очередь, способно вызывать повреждение слизистой оболочки пищевода. Ранняя манифестация у детей может быть связана с аномалиями развития желудочно-кишечного тракта, а возможное сочетание с приобретенным заболеванием усугубляет проявления врожденного. Фуникулярный миелоз, развивающийся как осложнение витамин-В<sub>12</sub>-дефицитной анемии, клинически проявляется в виде учащения срыгиваний, снижения аппетита, а также потери двигательных навыков.

**Клинический случай.** Девочка, 9 мес, 19.06.2021 экстренно госпитализирована в Морозовскую ДГКБ с жалобами на однократную рвоту с прожилками крови, вялость, снижение аппетита.

Из анамнеза жизни известно, что ребенок от 2-й беременности, протекавшей на фоне железодефицитной анемии у матери, 2-х самопроизвольных срочных родов, при рождении масса тела — 3880 г, длина тела — 53 см, APGAR — 9/9 баллов. Выписана из роддома на 3-и сут. До 5 мес жизни девочка росла и развивалась физиологично, находилась на грудном вскармливании, с 4 мес жизни введен прикорм. С 5 мес мать заметила у ребенка появление вялости, сонливости, отказ от прикорма. В мае 2021 г. в гемограмме макроцитарная анемия (гемоглобин — 96 г/л, эритроциты — 2,8 млн/мкл, гематокрит — 28%, средний объем эритроцита — 114). Педиатром назначена ферротерапия — без эффекта, в динамике гемоглобин снизился до 86 г/л, астенический синдром нарастал. В начале июня 2021 г. мать заметила появление алой крови на пеленке около рта ребенка, с тех пор всего таких эпизодов было три. В связи с жалобами на вялость ребенка участковый педиатр реко-

мендовал госпитализацию в стационар в неврологическое отделение. С 14.06 по 18.06.2021 ребенок находился в отделении неврологии ДГКБ им. Г.Н. Сперанского с диагнозом: «Последствия перинатального поражения ЦНС. Синдром двигательных нарушений. Задержка моторного развития». После выписки 19.06.2021 дома у ребенка впервые отмечалась рвота с алой кровью, в связи с чем бригадой скорой медицинской помощи пациентка доставлена в приемное отделение Морозовской ДГКБ.

При поступлении длина тела — 71 см, масса тела — 8,16 кг, ИМТ — 16,1 кг/м<sup>2</sup>. Состояние средней тяжести. При осмотре: ЧДД — 25/мин, ЧСС — 112 уд./мин, кожа бледная, чистая от высыпаний. Имеется склонность к запорам, последний раз 17.06.2021, дисурии нет. Со слов матери, ребенок переворачивается со спины на живот, голову удерживает. Лежа на животе, упирается на вытянутые руки, на четвереньки не встает, не ползает, посаженная не сидит. В гемограмме гиперхромная макроцитарная анемия легкой степени тяжести (гемоглобин — 94 г/л, эритроциты —  $2,48 \times 10^{12}/л$ ), анизоцитоз.

По данным ультразвукового исследования органов брюшной полости от 19.06.2021: увеличение линейных размеров печени и селезенки, диффузные изменения стенки желчного пузыря, выраженные динамические нарушения кишечника. По результатам нейросонографии: умеренные расширения боковых желудочков и подболоочечных пространств.

20.06.2021 была проведена эзофагогастродуоденоскопия, по результатам которой выявлены дуоденит и дистальный рефлюкс-эзофагит, источников и признаков состоявшегося кровотечения не обнаружено. В гемограмме снижение гемоглобина до 81 г/л, эритроцитов — до  $2,11 \times 10^{12}/л$ ; витамин В<sub>12</sub> — 36 пг/мл. Также проведен анализ кала на скрытую кровь, результат отрицательный.