

ется надежным способом избежать тяжелой хронической постэмболической легочной гипертензии или минимизировать отдаленные гемодинамические последствия легочной эмболии [6]. В данной клинической ситуации, опираясь на ряд характерных клинических данных, с учетом высокой вероятности ТЭЛА, заболевание диагностировано в подостром периоде. В течение двух недель после предполагаемого эпизода тромбоэмболии, несмотря на отсутствие нестабильности гемодинамики, у пациентки развились симптомы не только правожелудочковой сердечной недостаточности, постэмболической легочной гипертензии, дыхательной недостаточности, но и ТГВ нижних конечностей. В связи с этим необходима не только настороженность в отношении венозных тромбоэмболий у врачей первичного звена, в особенности у пациентов старших возрастных групп,

но и тщательный анализ клинических и инструментальных данных, дополнительная оценка уровня риска ТЭЛА с последующей коррекцией тактики ведения пациента.

Литература

1. Вёрткин А.Л. Тромбоэмболия легочной артерии: эпидемия, о которой все молчат/ Вёрткин А.Л., Грицанчук А.М. // Архив внутренней медицины. - 2014;(1):33-39.
Vertkin A.L. Tromboemboliya legochnoy arterii: epidemiya, o kotoroy vse molchat/ Vertkin A.L., Gritsanichuk A.M. // The Russian Archives of Internal Medicine. - 2014;(1):33-39. DOI: 10.20514/2226-6704-2014-0-1-33-39
2. Клинический случай рецидивирующей тромбоэмболии лёгочной артерии/ Капсултанова Д.А., Ползик Г.Б., Садыкова Ш.С. [и др.] // Вестник Казахского национального медицинского университета. - 2017;(2):41-43.
Clinical case of a recidivous tromboemboliya of a pulmonary artery/ Kapsultanova DA, Polzik GB, Sadykova ShS, [et al.] // Bulletin of the Kazakh National Medical University. - 2017;(2):41-43.

3. Никулина Н.Н. Эпидемиология тромбоэмболии легочной артерии в современном мире: анализ заболеваемости, смертности и проблем их изучения/ Никулина Н.Н., Тереховская Ю.В. // Российский кардиологический журнал. - 2019;(6):103-108.

Nikulina NN, Terekhovskaya YuV. Epidemiology of pulmonary embolism in today's context: analysis of incidence, mortality and problems of their study/ Nikulina NN, Terekhovskaya YuV. // Russian Journal of Cardiology. - 2019;(6):103-108. DOI: 10.15829/1560-4071-2019-6-103-108

4. Essien EO, Rali P, Mathai SC. Pulmonary Embolism. Med Clin North Am. 2019;103(3):549-564. DOI:10.1016/j.mcna.2018.12.013

5. Konstantinides SV, Meyer G, Becattini C, et al. 2019 ESC Guidelines for the diagnosis and management of acute pulmonary embolism developed in collaboration with the European Respiratory Society (ERS). Eur Heart J. 2020;41(4):543-603. DOI:10.1093/eurheartj/ehz405

6. Martinez Licha CR, McCurdy CM, Maldonado SM, Lee LS. Current Management of Acute Pulmonary Embolism. Ann Thorac Cardiovasc Surg. 2020;26(2):65-71. DOI:10.5761/atcs.ra.19-0015

DOI 10.25789/YMJ.2022.79.31

УДК 616.9-053.36

С.В. Маркова, Т.Г. Дмитриева, Д.А. Новоприезжая,
А.А. Мунхалов

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ: ПОСТКОВИДНЫЙ МУЛЬТИСИСТЕМНЫЙ СИНДРОМ У РЕБЕНКА 7 МЕСЯЦЕВ

В статье представлен клинический случай мультисистемного воспалительного синдрома после новой коронавирусной инфекции у ребенка 7 месяцев. Клиническая картина схожа с синдромом Кавасаки.

Ключевые слова: постковидный мультисистемный синдром, COVID-19, SARS-Cov-2, Кавасаки-подобный синдром.

The article presents a clinical case of multisystem inflammatory syndrome after the new coronavirus infection in a child of 7 months. The clinical picture is similar to Kawasaki syndrome.

Keywords: postcovid multisystem syndrome, COVID-19, SARS-Cov-2, Kawasaki-like syndrome.

Всемирная организация здравоохранения объявила о пандемии новой коронавирусной инфекции 11 марта 2020 г. Заболевание, вызванное новой модификацией коронавируса, получившей название SARS-Cov-2, протекало тяжело с поражением респираторного тракта [1, 3, 5, 6]. По имеющимся данным, заболевание у детей протекает значительно легче, чем у взрослых, часто в бессим-

птомной, легкой или среднетяжелой форме [2], в связи с чем госпитализируется небольшое число заболевших. В США, по данным официальной статистики, дети нуждались в стационарной помощи практически в 2 раза реже, чем взрослые. Также меньшее число пациентов детского возраста нуждались в интенсивной терапии [4]. На фоне пандемии заболевания, получившего название COVID-19, стали появляться сообщения о вспышках заболевания у детей, протекавшего клинически сходно с болезнью Кавасаки. Ведущим патогенетическим механизмом было развитие выраженного гипервоспалительного ответа. Как правило, все эти случаи были связаны с инфицированием SARS-Cov-2. В различных публикациях данное заболевание определялось как «Кавашок (Kawashoku)», «Коронасаки

(Koronasaki)», «гипервоспалительный шок у детей с COVID-19», кавасаки-подобное заболевание», «педиатрический мультисистемный воспалительный синдром (PMIS)», «мультисистемный воспалительный синдром у детей (MIS-C)» [1].

Мультисистемный воспалительный синдром у детей (MIS-C), также известный как детский воспалительный мультисистемный синдром, представляет собой новое опасное детское заболевание, которое временно связано с новой коронавирусной болезнью (COVID-19). В данной публикации представлен клинический случай у ребенка 7 месяцев.

Клинический случай. Ребенок 7 месяцев, по национальности саха, поступил в ГБУ РС(Я) "Детская инфекционная клиническая больница" (г. Якутск) с жалобами на высыпания по

СВФУ им. М.К. Аммосова: **МАРКОВА Сардана Валерьевна** – к.м.н., доцент, зав. кафедрой Медицинского института, saramark@mail.ru, **ДМИТРИЕВА Татьяна Геннадьевна** – д.м.н., проф. Медицинского института, dtg63@mail.ru, **НОВОПРИЕЗЖАЯ Дарья Андреевна** – ординатор 2 года обучения Медицинского института, **МУНХАЛОВ Алексей Алексеевич** – студент ИЗФИР.

телу, сливающиеся между собой, насморк, повышение температуры тела выше 39°C, рвоту 1 раз.

Из анамнеза заболевания известно, что, со слов матери, заболел остро 8 ноября 2020 г. Отмечалось повышение температуры тела до 38,7°C, которую снижали нурофеном. Также в связи с прорезыванием зубов принимали дантинорм. Появилась сыпь на спине. Проконсультировались с врачом-родственником по телефону. Рекомендовано дать ацикловир по 1/2 табл. 4 раза в день внутрь. На следующий день улучшения не было. Высыпания распространились по всему телу: на голове, волосистой части головы, сливаясь между собой. Температура тела повышалась с 39,1 до 39,7°C, снижали нурофеном. Рвота была 1 раз после еды. Вызвали врача - направлен в Детскую инфекционную клиническую больницу.

Эпидемиологический анамнез: Контакта с больными COVID-19 в течение 14 дней не было. Отец и мать переболели COVID-19 в октябре (контрольные анализы ПЦР от 20 октября отрицательные).

Из анамнеза жизни известно, что ребенок от 1-й беременности, протекавшей гладко. От 1-х естественных родов. Масса при рождении 3570 г, длина 54 см. Закричал сразу, крик громкий. К груди приложен на 1-е сут, сосал активно. Грудное вскармливание до сих пор, докорм молочной смесью «Нутрилон» 180 мл каждые 4 ч. Выписан из роддома на 5-е сут. Патологии в период новорожденности нет. БЦЖ в роддоме. Психомоторное развитие ребенка по возрасту. Профилактические прививки по индивидуальному плану. Аллергологический анамнез: пищевая аллергия, причина неизвестна, лекарственная – отсутствует. Перенесенных заболеваний нет. Матери 27 лет, здорова. Отцу 26 лет, здоров, курит. Условия проживания: благоустроенная двухкомнатная квартира.

Объективный статус: температура тела 37,0°C, ЧДД 34 в мин, ЧСС 132 в мин.

Общее состояние средней степени тяжести. Самочувствие снижено. Мальчик правильного телосложения, удовлетворительного питания. Костная система без патологий, череп правильной формы. Большой родничок 2,0х2,0 см. Кожные покровы бледно-розовой окраски. По всему телу высыпания пятнисто-папулезного характера, местами сливающиеся между собой, ярко-розовой окраски: на лице, волосистой части головы, животе, спи-

не, ладонях, стопах. Более выражены на лице и спине. Подкожно-жировая клетчатка умеренно развита. Периферические лимфоузлы пальпируются, эластичные, не увеличены. Тургор мягких тканей сохранен. Костно-мышечная система без видимой патологии. Видимые слизистые полости рта чистые, влажные. Губы суховатые. Конъюнктивы чистые. Зев: мягкое небо умеренно гиперемировано. Язык влажный, чистый. Десны без особенностей. Дыхание через нос свободное. Из носа отделяемого нет. Одышки нет. Перкуторно над легкими - ясный легочный звук. Дыхание в легких пуэрильное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные. Живот при пальпации мягкий, не вздут. Печень не увеличена, край ровный, эластичный. Селезенка не пальпируется. Мочеиспускание свободное. Моча светло-желтая. Стул регулярный, светло-зеленого цвета, 1 раз кашицеобразный.

В приемном отделении выставлен предварительный диагноз: J06.9 - Острая инфекция верхних дыхательных путей неуточненная. Крапивница. Острая аллергическая инфекционная экзантема?

С целью десенсибилизации назначены внутривенно капельно преднизолон 20 мг на физиологическом растворе 100 мл, «Гриппферон» в нос по 1 капле 4 раза в день, «Зодак» 5 капель 1 раз в день, оральная регидратация в объеме 400 мл.

К вечеру сыпь побледнела, температура субфебрильная (37,2°C). На следующий день температура поднялась до 39°C, сыпь сохраняется, отмечаются слабость, вялость, осиплость голоса, покашливание. Антропометрические данные: рост 73 см, вес 9 кг.

Учитывая лихорадку в течение трех дней выше 38,5°C и лейкоцитоз, назначены: антибактериальная терапия - «Цефотаксим» из расчета 100 мг/кг/сут по 300 мг 3 раза в день внутримышечно, инфузионная терапия с целью десенсибилизации и дезинтоксикации, «Энтеросгель» по 2,5 мл 3 раза в день внутрь перед кормлением.

На следующий день отмечаются повышение температуры тела - 39,2°C, слабость, беспокойство, сухой кашель, сниженный аппетит. Общее состояние расценено как средней степени тяжести. Сознание ясное. Ребенок вялый, капризный. Сон беспокойный, аппетит снижен. Кожные покровы бледно-розовой окраски, новых элементов сыпи нет, корочки на руках и ногах. Видимые слизистые чистые, влажные. Зев незначительно гиперемирован, налетов

нет, миндалины отечные рыхлые. Язык чистый влажный. Голос осиплый. В легких дыхание жесткое, проводится по всем полям, хрипы единичные спереди справа. Тоны сердца ритмичные, ясные. Живот мягкий, обычной формы, безболезненный. Печень, селезенка не увеличены. Со слов матери, физиологические отправления в норме.

На 7-й день нахождения в стационаре состояние ребенка средней степени тяжести. Температура тела 36,8°C. Сознание ясное. Самочувствие хорошее. Аппетит восстанавливается. Кожный покров и слизистые оболочки чистые, обычной окраски. В зеве умеренная гиперемия. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Дыхание через нос свободное. Одышки нет. Перкуторно над легкими определяется легочный звук. При аускультации выслушивается жесткое дыхание, единичные влажные хрипы справа. ЧДД 36 в мин. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС 135 в мин. SpO2 97%. Живот обычной формы, мягкий, безболезненный при пальпации. Печень, селезенка не увеличены. Мочеиспускание свободное, стула не было.

На 9-й день в стационаре вновь поднялась температура до 37,5°C, появились мелкоточечная сыпь, слабость, снижение аппетита. Назначен «Зодак» 5 капель x 1 раз в день внутрь. В последующие дни температура держалась на уровне 38,0°-38,6°C, отмечались сухой малопродуктивный кашель, слабость, беспокойство.

На 10-й день наблюдалось пластинчатое шелушение кожи кончиков пальцев обеих рук, видимые слизистые чистые. Гиперемия склер обоих глаз.

В общем анализе крови отмечают лейкоцитоз (19,2 x10⁹/л), тромбоцитоз (825 x10⁹/л), ускорение СОЭ до 70 мм/ч (табл.1).

В биохимическом анализе крови наблюдалось повышение АЛТ – 227 ед/л (при норме 40ед/л), АСТ – 197 ед/л (при норме 40 ед/л), билирубина 39,17 мкмоль/л (при норме 20,0 мкмоль/л), СРБ – 3,16 (норма до 1,0) (табл.2).

В общем анализе мочи отмечена протеинурия (1,0 г/л).

МФА на респираторные вирусы от 10.11.2020: парагрипп 3 – положительно.

ИФА рубелла от 12.11.2020 IgG - положительно.

ИФА корь от 12.11.2020 – отрицательно.

ИФА гепатит от 12.11.2020 HAV – отрицательно, гепатит HAV Ig M / IgM – отрицательно, HBsAg HCV – отрицательно.

Таблица 1

Общий анализ крови

	09.11.2020	13.11.2020	16.11.2020	19.11.2020
Эритроциты, $\times 10^{12}/л$	4,20	3,42	3,31	3,41
Гемоглобин, г/л	106	88	83	88
Гематокрит	32,1	26,2	25,3	25,9
Лейкоциты, $\times 10^9/л$	11,0	13,9	14,2	19,2
Сегментоядерные, %	69,0	51,0	45,0	74,0
Палочкоядерные, %	5,0	9,0	4,0	4,5
Эозинофилы, %	2	8,0	5,0	0,5
Базофилы, %	-	-	-	1,0
Лимфоциты, %	19,0	21,0	36,0	10,5
Моноциты, %	5	10,0	9,0	9,5
Плазматические клетки, %		1,0	-	-
Миелоциты	-	-	1	-
Тромбоциты, $\times 10^9/л$	474	407	587	825
Скорость оседания эритроцитов, мм/ч	57	47	59	70

Таблица 2

Биохимические исследования крови

	09.11.2020	13.11.2020	16.11.2020	19.11.2020
Белок общий, г/л	59,95	47,22	54,21	58,79
Альбумин, г/л	40,57	30,95	33,26	33,78
Билирубин общий, мкмоль/л	39,17	9,61	7,59	9,06
Билирубин прямой, мкмоль/л	17,4	2,95	2,88	3,65
Алат, ед/л	227,1	30,2	17,8	16,1
Асат, ед/л	197,2	15,8	15,7	16,9
Мочевина, ммоль/л	3	1,8	1,5	1,6
Креатинин, мкмоль/л	33,7	25,07	28,61	26,69
АСЛО, МЕ/л	29	13	11	22
С-реактивный белок, мг/л	3,16	2,81	2,21	5,7
Глюкоза, ммоль/л	4,7	3,9;	5	5,4

ПЦР на COVID-19 от 10.11.2020 – отрицательно.

ИФА на SARS-CoV-2 12.11. IgM – отрицательно, IgG – положительно (23,7).

Кал на энтеровирусную инфекцию от 13.11.2020 – отрицательно.

На рентгенограмме органов грудной клетки от 11.11.2020: признаки острого бронхита.

ЭКГ от 9.11.2020: ритм синусовый, ЧСС-200 уд в мин, резкая тахикардия, ЭОС отклонена вправо.

Лечение: замена антибиотика на «Амоксиклав» из расчета 30 мг/кг внутривенно 250 мг 3 раза в день, добавлено «Амробене» 18.11.2020 -19.11.2020. Проведена инфузионная терапия с целью дезинтоксикации.

Ребенок переведен в кардиоревматологическое отделение Педиатрического центра ГАУ РС (Я) «Республиканская больница №1 – Национальный центр медицины» с диагнозом: Основное заболевание: U07.2 – Коронавирусная инфекция, вызванная вирусом COVID-19, вирус не идентифицирован (COVID-19 диагностируется клинически или эпидемиологически, но лабораторные исследования неубедительны или недоступны). Осложнение: M30.3 – Слизисто-кожный лимфопролиферативный синдром (Кавасаки): Мультивоспалительный синдром: Кавасаки-подобный синдром? Сопутствующие заболевания: J20.9 – Острый бронхит неуточненный: Острый бронхит, ДН0. Парагрипп 3.

Аллергическая реакция по типу крапивницы?

При поступлении в кардиоревматологическое отделение состояние оценено как тяжелое. Сознание ясное. Температура тела 38,0°C. Самочувствие снижено. Лимфатические узлы не увеличены. Кожа: мелкая пятнисто-папулезная сыпь по телу, на кистях крупнопластинчатое шелушение пальцев. На стопах чисто. Губы сухие, потрескавшиеся с подчеркнутой красной каймой. Язык влажный чистый. Конъюнктивы гиперемированы. Голос осиплый. В легких дыхание жесткое, проводится по всем полям, хрипов нет. Сердечные тоны приглушены, ритмичные. Живот мягкий, безболезненный, доступен глубокой пальпации. Печень и селезенка не увеличены. Стул после клизмы, оформленный.

В анализе крови гипертромбоцитоз ($911,9 \times 10^9/л$, с нарастанием в динамике до $1200 \times 10^9/л$), лейкоцитоз ($18 \times 10^9/л$), фибриноген - 7,78 г/л.

На эхокардиографии – расширение и уплотнение коронарных артерий.

Выставлен диагноз: Кавасаки-подобный COVID-ассоциированный синдром. Проведена инфузия ВВИГ («Привиджен») 2 г/кг. Проведена РКТ ОГК – участки уплотнения легочной ткани в дорсальных отделах нижних долей обоих легких. КТ-1. Объем поражения 3%.

Температура тела поднималась через день до 38,8°C.

Консультирован заочно в СПбГМПУ, состояние расценено как детский системный COVID-ассоциированный мультивоспалительный синдром, рекомендовано назначение «Дексаметазона» 10 мг/м², гепарина. Подключены дексаметазон, гепарин, смена антибактериальной терапии на «Цефепим».

Лихорадки не отмечалось, ребенок был беспокойный, отмечалось резкое беспокойство (крик по ночам по 3-4 ч). Были назначены «Парацетам» и «Циннаризин».

На 20-й день в стационаре появились кашель, одышка до 60 в мин, крепитирующие хрипы с двух сторон, отмечено снижение SpO₂ до 93%.

На РКТ ОГК 09.12. участки уплотнения по типу матового стекла с двух сторон, КТ-1 (объем поражения легких 8%). Вновь назначена антибиотикотерапия. В динамике от 21.11.2020 отмечается улучшение - участки уплотнения легочной ткани в дорсальных отделах нижней доли обоих легких, средний риск вирусной пневмонии, в том числе COVID-19, КТ-1 (объем поражения легких 3%). ИФА от 10.12.2020 COVID-19

IgM 0,3, IgG 17,88, что свидетельствует о перенесенной новой коронавирусной инфекции.

На эхокардиографии: диаметр левой коронарной артерии 0,40-0,41 см; диаметр правой коронарной артерии 0,38 см; уплотнение створок МК с минимальной регургитацией; эктопическое крепление хорд ПСМК; расширение коронарных артерий; на ТК регургитация I-II степени; незначительное расширение ПП (2,48 см); ФВ 73,5%.

В динамике от 25.11.2020 - дополнительные особенности: левая коронарная артерия 0,38 см, правая коронарная артерия 0,41 см; уплотнение створок МК с минимальной регургитацией; эктопическое крепление хорд ПСМК; диаметр левой коронарной артерии 0,38 см, правой коронарной артерии 0,41 см; регургитация на ТК I-II степени; незначительное расширение ПП (2,4 см); ФВ 74,3%;

С целью антиагрегации был назначен «Курантил» по 12,5 мг 3 раза; с противовоспалительной целью – «Дексаметазон» по 2 мг 2 раза внутривенно по 29.11.2020, 0,5 мг 3 раза, «Метилпреднизолон» СД 8 мг; Аспирин 0,1 х 3 раза (100 мг х 3), на период лихорадки по 25 мг х 2 раза в день; антибактериальная терапия проводилась препаратами «Цефотаксим» по 500 мг 2 раза внутривенно; Цефепим по 500 мг 2 раза внутривенно (два курса); Амикацин по 75 мг 2 раза внутривенно.

На фоне лечения отмечалась по-

ложительная динамика. Выписан на 21-й день с улучшением, рекомендациями и диагнозом: Слизисто-кожный лимфонулярный синдром (Кавасаки-подобный COVID-ассоциированный синдром). Осложнение: Синдром системного воспалительного ответа инфекционного происхождения с органическим нарушением; Энцефало-астенический синдром на фоне перенесенной вирусной инфекции. Расстройство сна; Железодефицитная анемия 1-2 степени на фоне инфекционного процесса. Сопутствующие заболевания: U07.1 - COVID-19, вирус идентифицирован (этот код используется, когда COVID-19 был подтвержден лабораторным тестированием независимо от тяжести клинических признаков или симптомов); Состояние после перенесенной коронавирусной инфекции; двусторонняя полисегментарная пневмония средней степени тяжести, период разрешения.

Таким образом, при новой коронавирусной инфекции у детей раннего возраста возможно развитие Кавасаки-подобного COVID-ассоциированного синдрома. Педиатрам необходимо быть внимательными, тщательно проводить диагностику после перенесенной COVID-19 инфекции.

Литература

1. Детский мультисистемный воспалительный синдром, ассоциированный с новой

коронавирусной инфекцией (COVID-19): актуальная информация и клиническое наблюдение / М.Г. Кантимирова, Ю.Ю. Новикова, Д.Ю. Овсянников [и др.] // Педиатрическая фармакология. - 2020. - 17 (3). - С. 219-229. DOI: 10.15690/pf.v17i3.2126

Children's multisystem inflammatory syndrome associated with the new coronavirus infection (COVID-19): current information and clinical observation / M.G. Kantimirova, Yu.Y. Novikova, D.Y. Ovsyannikov [et al.] // Pediatric pharmacology. - 2020. - 17 (3). - P. 219-229. DOI: 10.15690/pf.v17i3.2126

2. Намазова-Баранова Л.С. Коронавирусная инфекция (COVID-19) у детей (состояние на апрель 2020) / Л.С. Намазова-Баранова // Педиатрическая фармакология. - 2020; 17 (2). - С. 85-94. DOI: 10.15690/pf.v17i2.2094.

Namazova-Baranova L.S. Coronavirus infection (COVID-19) in children (status as of April 2020) / L.S. Namazova-Baranova // Pediatric pharmacology. - 2020; 17 (2). - P. 85-94. DOI: 10.15690/pf.v17i2.2094.

3. Анализ эпидемиологической ситуации по COVID-19 / Т.Е. Попова, О.Г. Тихонова, А.Н. Романова [и др.] // Якутский медицинский журнал. - 2020. - №3 (71). - С. 63-37. DOI 10.25789/YMJ.2020.71.17

The analysis of COVID-19 epidemiological situation / I.E. Popova, O.G. Tikhonova, A.N. Romanova [et al.] // Yakut Medical Journal. - 2020. - 3 (71). - P. 63-37. DOI 10.25789/YMJ.2020.71.17

4. CDC COVID-19 Response Team. Coronavirus disease 2019 in children. United States, February 12 – April 2, 2020. MMWR Morb. Mortal Wkly Rep. 2020 Apr 6. DOI:10.15585/mmwr.mm6914e4.

5. Epidemiological characteristics of 2143 pediatric patients with 2019 coronavirus disease in China / Dong Y, Mo X, Hu Y, [et al.]. Pediatrics. - 2020. DOI: 10.1542/peds.2020-0702.

6. Novel coronavirus from patients with pneumonia in China, 2019 / Zhu N, Zhang D, Wang W, [et al.] // N Engl J Med. - 2020;382(8): 727–733. DOI: 10.1056/NEJMoa2001017.

О.Н. Иванова, С.А. Евсеева, М.Е. Никифорова,
И.С. Иванова, Т.Е. Бурцева

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ДИФФУЗНОГО ТОКСИЧЕСКОГО ЗОБА У РЕБЕНКА 12 ЛЕТ

DOI 10.25789/YMJ.2022.79.32

УДК 616.401-006.5

В статье описан редкий клинический случай тяжелого тиреотоксикоза на фоне диффузного токсического зоба у ребенка 12 лет. Несистематический прием тиреостатических препаратов привел к развитию тяжелого тиреотоксикоза.

Ключевые слова: тиреотоксикоз, щитовидная железа, гипертиреоз, трийодтиронин, тиреотропный гормон, некомплаентность.

This article describes a rare clinical case of severe thyrotoxicosis on the background of diffuse toxic goiter in a 12-year-old child. The irregular reception of thyrostatic drugs led to the development of severe thyrotoxicosis.

Keywords: thyrotoxicosis, thyroid gland, hyperthyroidism, triiodothyronine, thyroid-stimulating hormone, incompetence.

МИ СВФУ им. М.К. Аммосова, г. Якутск:
ИВАНОВА Ольга Николаевна – д.м.н., проф., olgadoctor@list.ru; **ИВАНОВА Ирина Семеновна** – студентка 2 курса ЛД; **БУРЦЕВА Татьяна Егоровна** – д.м.н., проф. **ЕВСЕЕВА Сардана Анатольевна** – с.н.с. Якутского науч. центра комплексных мед. проблем, sarda79@mail.ru; **НИКИФОРОВА Маргарита Егоровна** – зав. отд. Педиатрич. центра Респ. больницы №1-Нац. центра медицины, г. Якутск.

Введение. Республика Саха (Якутия) является эндемичным регионом по содержанию йода в окружающей среде [2]. В эндемичных регионах частота эндемического зоба и заболевания щитовидной железы в целом име-

ет высокую распространенность [4].

Диффузный токсический зоб - это системное аутоиммунное заболевание, развивающееся вследствие выработки антител к рецептору тиреотропного гормона, клинически