

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

проявляется поражением щитовидной железы с развитием синдрома тиреотоксикоза. Это достаточно редкое заболевание [1,3,5]. По данным НМИЦ эндокринологии, заболеваемость в РФ за 2018–2020 гг. составляет 1,94:100 000 детского населения, ежегодно диагностируется около 800 новых случаев [5]. Своевременная постановка диагноза, адекватная терапия и неукоснительное выполнение рекомендаций врачей позволяют улучшить качество жизни и здоровья пациентов, а также определяют прогноз заболевания и тактику ведения пациента [1,3,4].

Цель исследования: описание клинического примера тяжелого диффузного токсического зоба с тиреотоксикозом 4 степени у ребенка 12 лет.

Клинический случай. Девочка И., 12 лет, саха, поступила в Педиатрический центр ГАУ РС (Я) «Республиканская больница №1 - Национальный центр медицины» (ПЦ РБ№1-НЦМ) с жалобами на тахикардию, нервозность, возбужденность, головные боли, тошноту, боли в суставах рук и ног.

Из анамнеза жизни: ребенок от 1-й беременности, протекавшей гладко. Роды 1-е, в срок, естественные. Вес при рождении 3300 г., рост 51 см. К груди приложена на 1-е сут. БЦЖ и вакцинация против гепатита В в роддоме. На искусственном вскармливании с 1 мес. Профилактические прививки по возрасту.

Перенесенные заболевания: ОРВИ, ОРЗ. Травм и операций не было. Наследственность по линии матери не отягощена. Наследственность по стороне отца неизвестна. Аллергических заболеваний нет.

Из анамнеза заболевания: головные боли, головокружения беспокоят с осени 2021 г. Девочка резко похудела, периодически отмечались тошнота и рвота. Была осмотрена участковым педиатром по месту жительства и направлена в приемно-диагностическое отделение ПЦ РБ№1-НЦМ. Осмотрена дежурным врачом приемно-диагностического отделения.

При поступлении: рост 151 см, вес 36 кг. Состояние тяжелое, обусловлено признаками тиреотоксикоза, эмоциональный тонус лабильный. Пропорционального телосложения, пониженного питания. Кожные покровы чистые, смуглые, периоральная гиперпигментация, стрий нет. Видимые слизистые чистые. Носовое дыхание не затруднено. Щитовидная железа увеличена до 2-й степени, клинические признаки гипертиреоза. Тремор кистей. Дыхание

Уровень тиреоидных гормонов у пациентки при госпитализации в январе 2022 г.

Тиреоидные гормоны	13.01.2022	22.01.2022
Тиреотропный гормон	0 мМЕ/л (0,4-4,0),	0 мМЕ/л (0,4-4,0),
Свободный тироксин (Т4)	59,15 пмоль/л (9-21)	14,8 пмоль/л (9-21)
Трийодтиронин (Т3)	12,4 пмоль/л (2,6-5,7)	6,08 пмоль/л (2,6-5,7)
Антитела к тиреопероксидазе (ТПК)	493, 87 ед/мл (0-30)	
Антитела к рецепторам тиреотропного гормона (АТрТТГ)	27,4 ед/л (0-1)	

в легких везикулярное, проводится по всем полям, хрипов нет. Тоны сердца ритмичные, выраженная тахикардия, ЧСС 125 ударов в мин, ясные. АД 130/80 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень, селезенка не пальпируются. Физиологические отправления в норме. НПО по женскому типу, половая формула по Таннеру -1 (препубертат).

Общий анализ крови от 13.01.2022: гемоглобин (HGB) –94 г/л (РИ: 120-160 г/л); эритроциты (RBC) - $4,1 \times 10^{12}/л$ (РИ: 4,1-5,2 $\times 10^{12}/л$); тромбоциты (PLT) - $428 \times 10^9/л$ (РИ: 150 – $450 \times 10^9/л$); лейкоциты (WBC) - $7,0 \times 10^9/л$ (РИ: 4,5 – $13 \times 10^9/л$); лимфоциты (LYMF) – 41% (РИ 8-10%); моноциты – $6,0 \times 10^9/л$ (РИ: 0,05 – $0,4 \times 10^9/л$); палочкоядерные нейтрофилы – 1% (РИ: 1-5%); сегментоядерные нейтрофилы – 62% (РИ: 43 – 60 %); эозинофилы – 0% (РИ: 0-5%); определение СОЭ по Панченкову – 25 мм/ч (РИ: 1-15 мм/ч). По данным общего анализа крови отмечаются гипохромная анемия, повышенная скорость оседания эритроцитов, лимфоцитоз.

Как показано в табл. 1, у ребенка в анализах от 13.01.2022 отмечается высокий уровень Т3 и Т4, антител к ТПК и антител к рецепторам ТТГ, через неделю на фоне терапии - снижение Т4 и Т3.

Паратгормон от 13.01.2022 44.8 пг/мл (12-95). Соответствует норме.

ЭКГ от 13.01.2022: ритм синусовый, тахикардия, частота сердечных сокращений 120 в мин, нарушение процессов реполяризации.

Эхокг от 21.01.2022: эктопическое крепление хорд МК с минимальной регургитацией, пролапс ТК с регургитацией 1-й степени, дополнительная трабекула ЛЖ, полости не расширены, ФВ 66%.

Электроэнцефалограмма от 19.01.2022: биоэлектрическая активность головного мозга по возрасту, умеренная заинтересованность ствола, очаговой и эпилептической нет.

Консультации специалистов. Невролог от 24.01.2022: Сознание ясное. Зрачки округлой формы равные. Нистагма нет. Диплопия. Парезов нет. Мышечный тонус конечностей умеренно снижен. Сухожильные рефлексы с рук и ног равные. Заключение: Резидуальная энцефалопатия.

Медицинский психолог от 25.01.2022: невротоподобное нарушение на фоне основного заболевания.

Психиатр 24.01.2022: Сознание не нарушено, контактная. Сведения о себе дает, поведение упорядоченное. Внимание не нарушено. Память в норме. Мышление обычного типа. Интеллект сохранный. Заключение: психических отклонений не выявлено.

Клинический диагноз: Диффузный токсический зоб. Тиреотоксикоз III-IV степени (E05.0).

Проведено лечение: режим палатный, стол №15, тиреостатическая терапия - тиамазол (тирозол) 15 мг в сут по 1 табл. 3 раза в день, анаприлин 40 мг 2 раза в день, преднизолон 60 мг на глюкозе 250 мл внутривенно капельно №5, глицин 0,1 мг под язык 3 раза в день.

При выписке клинические признаки тиреотоксикоза купированы, лабильность эмоционального фона меньше. Выписана домой с улучшением в удовлетворительном состоянии. В отделении отмечена некомплаентность пациента – периодический отказ от процедур и исследований. Рекомендуются продолжить тиреостатическую терапию в поддерживающей дозе под наблюдением эндокринолога, педиатра по месту жительства.

Рекомендации. Диспансерное наблюдение у педиатра, эндокринолога, невролога. Охранительный режим. Сон не менее 9 ч. Тиреостатическая терапия: тиамазол (тирозол) 10 мг в сут по 1 табл. 2 раза в сутки утром и вечером, дальнейшее снижение дозы до 5 мг 2 раза в сут под контролем эндокринолога. Контроль уровня ТТГ, свободного Т4 через 2 месяца, затем

Таблица 1

ежеквартально. Контроль УЗИ щитовидной железы через 6 месяцев. Контроль Эхогк через 6 месяцев.

20.04.2022 с жалобами на тахикардию, гипервозбудимость, пастозность век, гипертонию, головокружения, головные боли, пациентка поступила повторно. При сборе анамнеза выявлен прием тиамазола (тирозол) в дозе 5 мг 1 раз в сут несистематически.

При поступлении: рост 150 см, вес 35 кг. Состояние средней степени тяжести, самочувствие не нарушено. Пропорционального телосложения, умеренного питания, физическое развитие среднее. Кожные покровы чистые, смуглые, легкая периоральная гиперпигментация. Видимые слизистые чистые. Носовое дыхание не затруднено. Щитовидная железа уве-

личена диффузно, видна невооруженным глазом (рисунок, а, б), безболезненна. Тремор кистей. Легкий экзофтальм. Дыхание в легких везикулярное, проводится по всем полям, хрипов нет. Тоны сердца ритмичные, выраженная тахикардия, ЧСС 120 ударов в мин, ясные. АД 120/75 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень, селезенка не пальпируются. Физиологические отправления в норме. НПО по женскому типу, половая формула по Таннеру -1-2 (препубертат). Стул, диурез не нарушены.

Общий анализ крови от 22.04.2022: гемоглобин (HGB) – 92 г/л (РИ: 120-160 г/л); эритроциты (RBC) – $4,11 \times 10^{12}/л$ (РИ: $4,1-5,2 \times 10^{12}/л$); тромбоциты (PLT) – $482 \times 10^9/л$ (РИ: $150-450 \times 10^9/л$); лейкоциты (WBC) – $5,4 \times 10^9/л$ (РИ: 4,5 – $13 \times 10^9/л$); лимфоциты (LYMF) – 56% (РИ 8-10%); моноциты – $6,0 \times 10^9/л$ (РИ: 0,05 – $0,4 \times 10^9/л$); палочкоядерные нейтрофилы – 0% (РИ: 1-5%); сегментоядерные нейтрофилы – 34% (РИ: 43 – 60%); эозинофилы – 1,0% (РИ: 0-5%); определение СОЭ по Панченкову – 16 мм/ч (РИ: 1-15 мм/ч). По данным общего анализа крови отмечаются гипохромная анемия, лимфоцитоз.

Биохимический анализ крови от 22.04.2022: АЛТ – 8,1 Ед/л (РИ: 00-39,00), АСТ – 22,9 Ед/л (РИ: 00-47,0), альбумин – 39,1 г/л (РИ: 38,0-54,0); билирубин общий – 5,5 мкмоль/л (РИ: 3,4-17,1), общий белок – 63,6 г/л (РИ: 60,00-80,00), глюкоза – 4,9 ммоль/л (РИ: 3,3-5,60), креатинин – 38,2 мкмоль/л (РИ: 27,00-62,00). Заключение: анализ соответствует норме.

УЗИ щитовидной железы от 4.05.2022: Щитовидная железа V=2,6 мл. Правая доля V=21,6 см³, длина 5,0 см, толщина 2,4 см, ширина 1,8 см. Контур ровный. Эхоструктура неоднородная. Эхоплотность средняя, в ЦДК кровотока не изменен. Левая доля V=21,6 см³, длина 5,0 см, толщина 2,4 см, ширина 1,8 см. Контур ровный.

Эхоструктура неоднородная. Эхоплотность средняя. В ЦДК кровотока не изменен. Перешеек 1,0 см. Регионарные лимфатические узлы не увеличены. Заключение: Диффузный зоб III степени. Неоднородность ткани железы. Хронический тиреоидит.

ЭКГ от 21.04.2022: ритм синусовый с ЧСС 100 ударов в мин, умеренная тахикардия, нарушение процессов реполяризации.

Назначена тиреостатическая терапия – тиамазол в дозе 0,42 ед/кг/сут (согласно клиническим рекомендациям, 2021), В-адреноблокатор в дозе 40 мг в сут.

На фоне терапии достигнуто купирование признаков тиреотоксикоза. Пациентка чувствует себя хорошо, спокойна, сон нормализовался, тахикардия исчезла (частота сердечных сокращений до 112 в мин). Динамика тиреоидного профиля представлена в табл. 2.

Выводы. В статье четко показана зависимость тяжести заболевания и частоты его обострений от адекватной терапии. Назначение адекватной дозы тиреостатических препаратов и неукоснительное выполнение рекомендаций врача являются обязательным условием успешного лечения. Для создания комплаентности больного необходимы беседы с пациентом и его родителями специалистами и контроль участкового педиатра.

Литература

- Иванникова Т.Е. Клинические проявления диффузного токсического зоба у детей / Т.Е. Иванникова, Е.В. Нагаева, О.В. Васюкова // Российский вестник перинатологии и педиатрии. – 2020. – Т. 65, № 4. – С. 324.
- Ivannikova, I.E. Clinical manifestations of diffuse toxic goiter in children / T. E. Ivannikova, E. V. Nagaeva, O. V. Vasyukova // Russian Bulletin of Perinatology and Pediatrics. – 2020. – Vol. 65. – No. 4. – p. 324.
- Иоддефицитные состояния у детей арктических районов Республики Саха (Якутия) / Т.Е. Бурцева, Т.Е. Уварова, Г.Г. Дранаева [и др.] // Якутский медицинский журнал. – 2008. – № 4 (24). – С. 55-56. <https://elibrary.ru/item.asp?id=13009165>
- Iodine deficiency conditions in children of the Arctic regions of the Republic of Sakha (Yakutia) T.E. Burtseva, T.E. Uvarova, G.G. Dranaeva [et al.] // Yakut Medical Journal. – 2008. – No. 4 (24). – P. 55-56.
- Особенности клинической картины диффузного токсического зоба у детей Воронежской области / В.С. Чернышова, Т.Г. Стольникова, О.В. Евтухова // Медицина: теория и практика. – 2019. – Т. 4, № 5. – С. 601.
- Features of the clinical picture of diffuse toxic goiter in children of the Voronezh region / V.S. Chernyshova, T.G. Stolnikova, O.V. Evtukhova // Medicine: theory and practice. – 2019. – Vol. 4. – No. 5. – 601 p.

Таблица 2

Уровень тиреоидных гормонов у пациентки в апреле-мае 2022 г.

Тиреоидные гормоны	20.04.2022	26.04.2022	11.05.2022
Тиреотропный гормон, мМЕ/л	0 (0,4-4,0)	0 (0,4-4,0)	3,56 (0,4-4,0),
Свободный тироксин (Т4), пмоль/л	23,82 (9-21)	13,95 (9-21)	13,06 (9-21)
Трийодтиронин (Т3), пмоль/л	11,6 (2,6-5,7)	7,64 (2,6-5,7)	7,64 (2,6-5,7)
Антитела к тиреопероксидазе (ТПК), ед/мл	644,93 (0-30)		2,02 (0-30)
Антитела к рецепторам тиреотропного гормона (АТрТТГ), ед/л	27,4 (0-1)		

а



б



Диффузный токсический зоб у девочки 12 лет: а – вид сбоку, б – вид спереди

4. Прогресс в профилактике и устранении йододефицитных заболеваний (ИДЗ) в регионе Европы и Центральной Азии (ЕЦАР) в 2010–2020 годах / Л.Цуркан, Г.А. Герасимов, И. Парванта [и др.] // Клиническая и экспериментальная тиреоидология.- 2021.-17(4).- С.4-16.

Progress in the prevention and elimination of iodine deficiency diseases (IDD) in the region of Europe and Central Asia (ECAR) in 2010-2020/L. Tsurkan, G.A. Gerasimov, I. Parvanta [et al.]// Clinical and experimental thyroidology.- 2021.- 17(4). - P.4-16.

5. Радикальное лечение диффузного ток-

сического зоба у детей/ Т.Е. Иванникова, Т.Ю. Ширяева, Е.В. Нагаева [и др.] // Проблемы эндокринологии.- 2022.-68(2).-С.104-111.

Radical treatment of diffuse toxic goiter in children / T.E. Ivannikova, T.Y. Shiryayeva, E.V. Nagaeva [et al.]// Problems of Endocrinology. - 2022.- 68(2). - P.104-111.

