

плантата. Выявлено уменьшение параартикулярного отека и трабекулярного отека костных структур на уровне металлофиксаторов (рис. 8). По данным МР-исследования мы предполагаем, что начата лигаментизация аллогенной ПКС и формирование «синовального рукава».

Заключение. Данный клинический случай демонстрирует первый опыт применения у пациентки с разрывом ПКС замороженного аллогенного трансплантата, обработанного криоконсервантом и стерилизованного сверхкритическим диоксидом углерода с контролируемой декомпрессией газа. По клиническому течению и времени реабилитации предложенная методика использования аллогенных сухожилий на данном этапе наблюдения сопоставима с использованием аутологичного трансплантата. Но следует заметить, что наблюдение за такими пациентами должно продолжаться до полной перестройки сухожилия и интеграции его в костные каналы.

Литература

1. Артроскопическая аутопластика передней крестообразной связки с использованием сухожилий подколенных мышц: учебное пособие по травматологии и ортопедии для факультетов дополнительного профессионального образования / В.В. Сластинин, Н.В. Ярыгин, М.В. Паршиков, [и др.]. М., 2022.

V.V. Slastinin, N.V. Yarygin, M.V. Parshikov, [et al.] Arthroscopic autoplasty of the anterior cruciate ligament using hamstrings, Textbook on traumatology and orthopedics for faculties of additional professional education. Moscow; 2022.

2. Выбор оптимального криоконсерванта для длительного хранения аллотрансплантатов сухожилий человека / Будаев А.А., Боровкова Н.В., Файн А.М., [и др.] // Трансплантология. 2022. Т.14, т.3. С.312-321. <https://doi.org/10.23873/2074-0506-2022-14-3-312-321>.

Selection of an optimal cryoprotectant for long-term storage of human tendon allografts / A.A. Budaev, N.V. Borovkova, A.M. Fayn, [et al.]. Transplantologiya. The Russian Journal of Transplantation. 2022;14(3):312-321. <https://doi.org/10.23873/2074-0506-2022-14-3-312-321>.

3. Современные аспекты предоперационного планирования и выбора хирургиче-

ской методики ревизионной реконструкции передней крестообразной связки / А.С. Сапрыкин, С.А. Банцер, М.В. Рябинин, [и др.] // Гений ортопедии. 2022. Т. 28, № 3. С. 444-451. <https://doi.org/10.18019/1028-4427-2022-28-3-444-451>

Saprykin A.S., Bantser S.A., Ryabinin M.V. [et al.] Modern aspects of preoperative planning and choice of surgical technique for revision reconstruction of the anterior cruciate ligament. Orthopedic genius. 2022;28(3):444-451. <https://doi.org/10.18019/1028-4427-2022-28-3-444-451>.

4. Effects of Chemical Sterilization and Gamma Irradiation on the Biochemical and Biomechanical Properties of Human Tendon Allografts In Vitro Study / H.-R. Zhang, M.-Y. Xu, L. Zhang [et al.]. Orthopedic Surg. 2022. V.14, N.10. P.2657-2668. <https://doi.org/10.1111/os.13465>

5. Incidence of Anterior Cruciate Ligament Tears and Reconstruction: A 21-Year Population-Based Study / T.L. Sanders, H.M. Kremers, A.J. Bryan, [et al.]. Am J Sports Med. 2016. V.44, N.6. P.1502-1507. <https://doi.org/10.1177/0363546516629944>

6. Irradiation as a safety procedure in tissue banking / A. Dziedzic-Goclawska, A. Kaminski, I. Uhrynowska-Tyszkiewicz, [et al.]. Cell Tissue Bank. 2005. V.6, N.3. P.201-219 <https://doi.org/10.1007/s10561-005-0338-x>

С.А. Евсеева, М.Е. Никифорова, О.Н. Иванова, Н.А. Данилов, А.Ф. Желобцова, И.С. Иванова, Т.Е. Бурцева КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ГАМАРТОМЫ СЕРОГО БУГРА ГИПОТАЛАМУСА У РЕБЕНКА 7 ЛЕТ

DOI 10.25789/YMJ.2023.82.30

УДК 616-006.03

Статья посвящена интересному клиническому случаю - гамартOME серого бугра гипоталамуса у ребенка 7 лет с клиническими признаками преждевременного полового развития. Врожденные гамартомы гипоталамуса встречаются в практике крайне редко: около 1 случая на 200 тыс. живорожденных детей. Это врожденная неопухолевая гетеротопия, которая располагается на стенке или дне III желудочка мозга, проявляется приступами эпилепсии, нарушением интеллекта и поведения, признаками преждевременного полового созревания.

Ключевые слова: гамартома, порок, гипоталамус, гетеротопии, половое созревание, ребенок, неврология, опухоль.

The article is devoted to an interesting clinical case - hamartoma of the gray tubercle of the hypothalamus in a 7-year-old child with clinical signs of premature sexual development. Congenital hypothalamic hamartomas are extremely rare in practice: about 1 case per 200 thousand live-born children. This is a congenital non-tumor heterotopia, which is located on the wall or bottom of the III ventricle of the brain, manifested by seizures of epilepsy, impaired intelligence and behavior, signs of premature puberty.

Keywords: hamartoma, defect, hypothalamus, heterotopias, puberty, child, neurology, tumor.

ЕВСЕЕВА Сардана Анатольевна – к.м.н., с.н.с. ЯНЦ КМП, sarda79@mail.ru; Педиатрический Центр Респ. б-цы №1-Национального центра медицины: **НИКИФОРОВА Маргарита Егоровна** – зав. отд., **ДАНИЛОВ Николай Андреевич** – врач эндокринолог, аспирант МИ СВФУ, **ЖЕЛОБЦОВА Аяна Федотовна** – врач эндокринолог. Медицинский Северо-Восточного федерального ун-та: **ИВАНОВА Ольга Николаевна** – д.м.н., проф., **ИВАНОВА Ирина Семеновна** – студентка 3 курса, **БУРЦЕВА Татьяна Егоровна** – д.м.н., проф.; зав. лаб. ЯНЦ КМП.

Введение. Гамартома серого бугра гипоталамуса (ГГ) – это врожденная неопухолевая гетеротопия, которая располагается на стенке или дне III желудочка мозга, проявляется приступами эпилепсии, нарушением интеллекта и поведения, признаками преждевременного полового созревания [1]. По данным редких исследований, при ГГ наиболее часто наблюдается эпилепсия (87%), менее часто - нарушение интеллекта, поведения и преждевременное половое развитие (67,2%). Причем у детей с ГГ призна-

ки преждевременного полового развития имеют более ранний дебют и более злокачественное течение [3]. По данным магнитно-резонансной томографии у детей с преждевременным половым развитием ГГ выявляется в 30% случаев [2]. Терапия при преждевременном половом развитии у детей с ГГ направлена на подавление гормональной активности аналогами люлеберина.

Клинический пример. Из анамнеза жизни: ребенок, девочка родилась в 2014 г. от 1-й беременности, про-

текавшей без особенностей. Роды на 40-й неделе, оперативные. Масса тела при рождении 4420 г, длина тела 57 см. Оценка по шкале Апгар 8/9 баллов. Закричала сразу, крик громкий. Вскармливание естественное до 12 мес. Ввод прикорма с 6 мес. Психомоторное развитие до 1 года по возрасту. Голову держит с 2 мес., переворачивается с 4 мес., сидит с 6 мес., ходит с 12 мес., первые зубы появились в 6 мес., первые слова с 1,5 лет.

Профилактические прививки по возрасту.

Перенесенные заболевания: ОРВИ, ангины, ветряная оспа.

Травм и операций не было.

Аллергологический анамнез: не отягощен.

Наследственный анамнез: по линии матери – сахарный диабет 2-го типа у бабушки.

Из анамнеза болезни: с августа 2016 г. (в возрасте 2 лет) родители заметили кровянистые выделения из влагалища. Ребенка экстренно госпитализировали в отделение эндокринологии и гастроэнтерологии Педиатрического центра РБ№1-НЦМ, где проведено полное клинико-лабораторное и инструментальное обследование.

Состояние расценено как удовлетворительное. Самочувствие не нарушено. Кожные покровы чистые, бледные. Не температурит. Зев спокоен. Периферические лимфоузлы не пальпируются. Носовое дыхание свободное, выделений нет. В легких дыхание ослаблено в нижних отделах: пуэрильное, хрипов нет. Частота дыхательных движений (ЧДД) до 22 в одну минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные, шумы не прослушиваются. Частота сердечных сокращений 120 уд/мин. Живот мягкий, безболезненный. Печень, селезенка не увеличены. Половое развитие: увеличение молочных желез в течение последних 2 мес. При осмотре молочные железы увеличены в размере (соответствует 2-й степени по Таннеру); редкие слабо пигментированные волосы на лобке. В течение полугода у ребенка наблюдается ускорение роста — более 10 см за 6 мес., рост превышает 97 перцентиль для данного возраста и пола. Стул, диурез не нарушены.

Параклинически: общий анализ крови, биохимический анализ крови, общий анализ мочи, гормональный профиль - без патологии.

При ультразвуковом исследовании органов малого таза: матка грушевидной формы, увеличена в размерах (длина 18 мм, шейка 8 мм, М-эхо 2,2

мм), правый яичник 13x7 мм, левый яичник 12x6,5 мм, эхоструктура мелкоячеистая, эхогенность в норме. Заключение: увеличение матки и яичников.

Рентгенограмма левой кисти и запястья: костный возраст опережает паспортный и соответствует 2 годам 6 месяцам.

МРТ головного мозга с контрастированием: визуализируется объемное образование однородной структуры с четкими контурами 1-1,5 мм, которое не накапливает контрастное вещество. При исследовании в режиме T1 очаг является гипоинтенсивным, а в T2-режиме — переменным гиперинтенсивным.

На основании жалоб, анамнеза, клинических признаков преждевременного полового развития, данных лабораторно-инструментальных методов исследования поставлен клинический диагноз: гамартома серого бугра мозга. Гонадотропин-зависимое преждевременное половое созревание. Рекомендовано лечение: диферелин (синтетический декапептид, аналог природного гонадотропин-рилизинг гормона) 3,75 мг в/м 1 раз в 28 дней.

В динамике в 2018 г. в 4 года ребенок планово поступил в отделение эндокринологии и гастроэнтерологии.

Параклинически: уровень половых гормонов: лютеинизирующий гормон (ЛГ) – 0,86 Ед/л (РИ: 0,7-2,9 Ед/л), фолликулостимулирующий гормон базальный – 2,13 Ед/л (РИ: 0,11 – 1,6 Ед/л), 17-ОН-прогестерон – 5,11 нмоль/л (РИ: 0,22-5,15 нмоль/л). Заключение: повышен уровень фолликулостимулирующего гормона.

При ультразвуковом исследовании органов малого таза: матка грушевидной формы, увеличена в размерах (длина 25 мм, шейка 10 мм, толщина 16 мм, ширина 10 мм), правый яичник 25x12x15 мм, левый яичник 24x13x14 мм, эхоструктура мелкоячеистая, эхогенность в норме. Заключение: увеличение матки и яичников.

Рентген кистей: Костный возраст соответствует 8 годам.

В декабре 2020 г. в 6 лет девочка планово поступила в отделение эндокринологии и гастроэнтерологии ПЦ РБ№1-НЦМ.

Уровень половых гормонов: лютеинизирующий гормон – 0,73 Ед/л (РИ: 0,7-2,9 Ед/л), фолликулостимулирующий гормон базальный – 1,62 Ед/л (РИ: 0,11 – 1,6 Ед/л), 17-ОН-прогестерон – 5,2 нмоль/л (РИ: 0,22-5,15 нмоль/л). Заключение: повышен уровень 17-ОН-прогестерона.

МРТ головного мозга: визуализи-

руется объемное образование однородной структуры с четкими контурами 1-1,4 мм, которое не накапливает контрастное вещество, не имеет признаков инвазивного роста. Размеры опухоли в динамике не увеличены и в связи со стабилизацией клинических симптомов рекомендовано продолжить прием диферелина в дозе 3,75 мг в/м 1 раз в 26 дней.

Последняя госпитализация в апреле 2022 г. Ребенку 8 лет. При поступлении жалоб активных нет. Температура тела 36,4°C, рост - 138 см, масса тела 47 кг. Состояние средней степени тяжести, обусловленное основным заболеванием. Самочувствие не нарушено. Сознание ясное. Ребенок активный. Аппетит повышен, сон спокойный. Телосложение гиперстеническое. Подкожно-жировая клетчатка выражена значительно, по висцеральному типу. ИМТ 24,6 кг/м², SDS роста +3,15 стандартных отклонений. Кожные покровы чистые, бледно-розовые, влажные. Конъюнктивы глаз бледно-розовая. Периферические лимфоузлы не пальпируются. Периферических отеков нет. Костно-мышечная система не изменена. Рост высокий. Зев розовый. Небные миндалины не увеличены, спокойные. Носовое дыхание свободное. Перкуторно в легких ясный легочной звук, при аускультации дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧДД 18 в минуту. Перкуторно границы относительной тупости не изменены. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС 90 в минуту, АД 110/59 мм рт.ст. Язык чистый, влажный. Живот не увеличен, при пальпации мягкий безболезненный. Печень не пальпируется, селезенка не увеличена. Стул ежедневный, оформленный. Мочеиспускание свободное. Моча светлая, прозрачная. Эндокринная система: половые органы по женскому типу сформированы правильно. Щитовидная железа при пальпации не увеличена, клинически эутиреоз. Молочные железы увеличены по Таннеру 2. Нервная система: очаговая симптоматика отрицательная. Менингеальные знаки отрицательные.

Параклинически: общий анализ крови в норме.

Биохимический анализ крови: аламинотрансфераза – 10,30 ед./л (РИ: 0,00-39,00 ед./л), аспартатаминотрансфераза - 24,90 ед./л (РИ: 0,00-47,00 ед./л), альбумин - 42,10 г/л (РИ: 38,00-54,00 г/л), билирубин общий - 5,60 мкмоль/л, (РИ: 3,40-17,10 мкмоль/л), фосфор - 2,04 мг (РИ: 1,45-1,75 мг), общий холестерин - 5,57 ммоль/л (РИ: 1,20-5,20 ммоль/л), об-

щий белок - 75,4 г/л (РИ: 60,00-80,00 г/л). Заключение: в биохимическом анализе крови повышение уровня холестерина крови.

Гормональный профиль: Уровень половых гормонов от 8.06.2020 Лютеинизирующий гормон 0,53 Ед/л (РИ: 0,7-2,9 Ед/л), фолликулостимулирующий гормон базальный 1,62 Ед/л (РИ: 0,11 - 1,6 Ед/л), 17-ОН-прогестерон 5,4 нмоль/л (РИ: 0,22-5,15 нмоль/л). Заключение: Увеличен уровень лютеинизирующего гормона.

Оральный глюкозотолерантный тест: глюкоза натощак 4,59 ммоль/л, глюкоза через 1 ч - 8,95 ммоль/л, глюкоза через 2 ч - 8,28 ммоль/л. Заключение: Отмечено нарушение толерантности к глюкозе.

ЭЭГ: изменений и патологии не выявлено.

ЭКГ: ритм предсердный ЧСС 84 уд/мин, нормальное положение ЭОС. Повышенный вольтаж левожелудочковых комплексов.

УЗИ: матка в обычном положении, размеры длина+шейка 42 мм, толщина 17 мм, ширина 20 мм. Контур матки ровный, эхоструктура миометрия однородная, полость матки не расширена, яичники расположены типично. правый яичник 21,2x10,5x12,3 мм, левый яичник 17,7x21,3x12,3 мм, эхоструктура сохранена, эхогенность в норме. Заключение: Патологии не выявлено.

УЗИ щитовидной железы: эхопатологии не выявлено.

УЗИ ОБП: деформация желчного пузыря.

ЭхоКГ: регургитация на МК 1 степени, на ТК 0-1 степени.

Рентгенография черепа: рентген-признаки внутричерепной гипертензии.

Рентген кистей от 16.04.2022: Костный возраст соответствует 11 годам.

Проведено лечение: стол №15, диферелин 3,75 мг x 1 р в/м - 16.01.2020 г., йодомарин 150 мкг x 1 р в день с профилактической целью.

Клинический диагноз: Основной: Гамартома серого бугра мозга. Гонадотропин-зависимое преждевременное половое созревание.

Сопутствующий: Ожирение 1-2 степени.

Даны рекомендации: наблюдение у педиатра по месту жительства, глюкофаж (метформин, сиофор) 250 мг 1 раз в день вечером постоянно в течение 6-9 мес., терапия аналогами ЛГ-РГ (3,75 МГ) диферелин (трипторелин) в/м 1 раз в 26 дней, непрерывно.

Заключение. Ребенок с диагнозом: Гамартома серого бугра мозга. гонадотропин-зависимое преждевременное половое созревание наблюдался с 2016 по 2022 г. С 2016 г. роста гамартоты при обследовании не выявлено. В связи с этим рекомендовано терапевтическое лечение и наблюдение. Клинически гамартома серого бугра гипоталамуса у ребенка проявилась симптомами преждевременного полового созревания без признаков отста-

вания психомоторного развития и эпилепсии. Ранняя диагностика, своевременно назначенное лечение улучшают прогноз и качество жизни пациента. Гамартоты относятся к доброкачественным опухолям без риска малигнизации, прогноз благоприятный при условии ранней диагностики болезни, своевременном лечении.

Литература

1. Гамартома гипоталамуса как причина фармакорезистентной эпилепсии у детей/ С.Л. Куликова, М.В. Талабаев, В.В. Алексеев [и др.]//Неврология и нейрохирургия. Восточная Европа. 2021;11(1):8-26.

Hypothalamus hamartoma as a cause of pharmacoresistant epilepsy in children/ S.L. Kulikova, M.V. Talabaev, V.V. Alekseevets [et al.] // Neurology and Neurosurgery. Eastern Europe. 2021;11(1):8-26.

2. Воронцов А.В., Семичева Т.В., Петеркова В.А. Магнитно-резонансная томография в диагностике патологии гипоталамо-гипофизарной системы у больных с истинным преждевременным половым развитием// Проблемы эндокринологии. 2003;49(1):32-36.

Vorontsov AV, Semicheva TV, Peterkova VA. Magnetic resonance imaging in the diagnosis of pathology of the hypothalamic-pituitary system in patients with true premature sexual development// Issues of Endocrinology. 2003;49(1):32-36.

3. Болмасова А.В., Карева М.А., Орлова Е.М. Особенности течения, диагностики и терапии детей с преждевременным половым развитием при гипоталамической гамартоте и идиопатической форме// Проблемы эндокринологии. 2012;58(1):17-22.

Bolmasova AV, Kareva MA, Orlova EM. Features of the course, diagnosis and therapy of children with premature sexual development with hypothalamic hamartoma and idiopathic form// Issues of Endocrinology. 2012;58(1):17-22.

DOI 10.25789/YMJ.2023.82.31

УДК 618.3-06:616.98:578.834.1-06:616.832-002.1

Южно-Уральский ГМУ Минздрава России, Челябинск: **ВОРОПАЕВА Екатерина Евгеньевна** – д.м.н., доцент, проф.; зам. гл. врача Областной клинической больницы №2 (ОКБ №2), ORCID: 0000-0002-9055-102X, **АЛИЕВА Алина Авзаловна** – аспирант; врач акушер-гинеколог ОКБ №2, ORCID: 0000-0001-6270-8707, **ИЩЕНКО Людмила Станиславовна** – к.м.н., доцент, доцент; врач акушер-гинеколог ОКБ №2, lyudalyn@mail.ru, ORCID: 0000-0002-9405-0134, **ХАЙДУКОВА Юлия Владимировна** – аспирант; зав. отд. ОКБ №2, **КАЗАЧКОВА Элла Алексеевна** – д.м.н., проф., проф., ORCID: 0000-0002-1672-7058, **КАЗАЧКОВ Евгений Леонидович** – д.м.н., проф., зав. кафедрой, ORCID: 0000-0002-4512-3421, **ВАСИЛЕНКО Андрей Федорович** – д.м.н., проф., ORCID: 0000-0001-5799-7233.

Е.Е. Воропаева, А.А. Алиева, Л.С. Ищенко, Ю.В. Хайдукова, Э.А. Казачкова, Е.Л. Казачков, А.Ф. Василенко

НОВАЯ КОРОНАВИРУСНАЯ ИНФЕКЦИЯ COVID-19 У БЕРЕМЕННОЙ ЖЕНЩИНЫ, ОСЛОЖНИВШАЯСЯ ОСТРЫМ ПОПЕРЕЧНЫМ МИЕЛИТОМ

На сегодняшний день малоизучены варианты и характер клинических проявлений, влияние неврологических осложнений новой коронавирусной инфекции (НКИ) COVID-19 на беременность в связи с недостаточным числом исследований, посвященных этой проблеме. В статье представлен клинический случай развития острого поперечного миелита у беременной женщины на фоне НКИ.

Ключевые слова: COVID-19, новая коронавирусная инфекция, беременность, неврологические осложнения, острый поперечный миелит

To date, the variants and nature of clinical manifestations, the impact of neurological complications of novel coronavirus infection (NCI) COVID-19 on pregnancy are poorly understood due to the insufficient number of studies on this issue. The article presents a clinical case of the development of acute transverse myelitis in a pregnant woman against the background of NCI.

Keywords: COVID-19, new coronavirus infection, pregnancy, neurological complications, acute transverse myelitis