

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 гамартоме 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

Введение. По истечении двух лет пандемии новой коронавирусной инфекции (НКИ) COVID-19 стало очевидным, что поражение организма может носить мультисистемный характер. Вирус SARS-CoV-2 связывается с клеточным рецептором ангиотензинпревращающего фермента-2 (ACE2), активируя его S-протеин, необходимый для проникновения SARS-CoV-2 в клетку. ACE2 располагается в цитоплазматической мембране многих типов клеток человека, в том числе в альвеолярных клетках II типа в легких и энтероцитах тонкого кишечника, эндотелиальных клетках артерий и вен, клетках гладкой мускулатуры артерий сердца, надпочечников, мочевого пузыря, головного мозга и других [1], что обуславливает полиорганность поражения.

Неврологические осложнения НКИ, по данным различных авторов, наблюдаются у 13-40% госпитализированных пациентов [4, 15]. Ряд исследователей обнаруживают корреляцию между НКИ и частотой встречаемости той или иной неврологической патологии за счет гипоксии, связанной с дыхательной недостаточностью [12, 14]. Однако на современном этапе обсуждаются многочисленные патогенетические факторы поражения вирусом SARS-CoV-2 центральной (ЦНС) и периферической (ПНС) нервной системы. Изучается как прямая инвазия вируса, так и опосредованное его влияние, учитывая наличие ACE2 в нейронах и глиальных клетках головного и спинного мозга [2, 17]. Вероятно, что SARS-CoV-2 обладает высоким нейровирусным потенциалом по сравнению с предыдущими коронавирусами.

Одним из неврологических осложнений НКИ является острый поперечный миелит (ОПМ) – острое очаговое воспалительное аутоиммунное заболевание спинного мозга, приводящее к моторной, сенсорной и вегетативной дисфункции [3, 13]. Частота встречаемости ОПМ – 1-8 новых случаев на 1 млн населения в год [10]. Существуют два типа латентных периодов до начала первых клинических проявлений. Первый тип – короткий латентный период (от 2 часов до 5 дней), обусловлен прямым нейротропным действием вируса. Второй тип – длительный латентный период (от 10 дней до 6 недель), указывает на постинфекционное неврологическое осложнение [4]. В настоящее время описано 43 случая ОПМ, развившегося на фоне НКИ [6, 8]. При этом единичны описанные случаи развития ОПМ первого типа, одновременно с признаками НКИ, та-

кими, как лихорадка, кашель и общая слабость [6, 7]. Информации о НКИ, осложнившейся ОПМ, у беременных женщин в доступной литературе мы не встретили.

Представляем собственное клиническое наблюдение благоприятного исхода НКИ COVID-19 у беременной, осложнившейся внебольничной двусторонней полисегментарной пневмонией, а также ОПМ с коротким латентным периодом развития.

Беременная М., 24 года, жительница г. Магнитогорска. Настоящая беременность первая, желанная, на диспансерном учете с 7-8 недель. Течение беременности осложнялось угрожающим выкидышем на сроках 11, 19 и 22 недели (лечение в стационаре дневного пребывания). В 24 недели беременности отмечалось повышение уровня трансаминаз (АЛТ до 45 МЕ/л), гипохромная анемия легкой степени тяжести, начат прием препаратов железа. На сроке 25 недель – падение на ягодицы («поскользнулась»), за медицинской помощью не обращалась, боли в спине не беспокоили, двигательная функция не страдала. Из особенностей соматического анамнеза: редкие простудные заболевания, в 2015 г. – сочетанная травма в результате дорожно-транспортного происшествия (со слов, перелом костей таза, с полным восстановлением). НКИ COVID-19 до госпитализации в родильный дом не болела, эпидемиологический анамнез по НКИ не отягощен.

Заболела остро, 23.02.2022 г., появились боль в спине, ломота в теле, подъем температуры до 38,6°C. Через 40-60 мин после начала заболевания отметила резкие боли в поясничной области с иррадиацией в грудной отдел позвоночника, затем тянущие боли внизу живота, слабость в нижних конечностях, которая в течение 20-30 мин выросла, пациентка не смогла самостоятельно встать, движения и чувствительность в нижних конечностях отсутствовали. Бригадой скорой медицинской помощи доставлена в родильный дом г. Магнитогорска, патологии беременности не выявлено. Согласно маршрутизации госпитализирована в инфекционное отделение, где был получен положительный результат ИХА (иммунохроматографическая тест-система для качественного выявления антигена вируса) на SARS-CoV-2. Выполнена мультиспиральная компьютерная томография (МСКТ) органов грудной клетки: КТ-признаки интерстициальных изменений обоих легких, средней степени вероятности

COVID-19, степень тяжести КТ-1 (5%). Проведена МСКТ ниже-грудного и поясничного отделов позвоночника: признаков гематомии не выявлено, проявления распространенного остеохондроза, спондилоартроза, протрузия межпозвоночных дисков на уровне L₄-S₁, артроз крестцово-подвздошных сочленений. Объективный статус: состояние беременной средней степени тяжести, обусловленное поражением легких, интоксикационным синдромом, плевгией. Частота дыхания 18 в минуту, SpO₂ 98% без респираторной поддержки. Неврологический статус: лицо симметричное, язык по средней линии, бульбарных нарушений нет. Движения в верхних конечностях в полном объеме, движения в нижних конечностях отсутствуют. Клонусы стоп. Чувствительность снижена по проводниковому типу справа D₁₀, слева D₁₁-D₁₂; болезненная пальпация – D₁₀, резко болезненная – L₃-L₄. Имеются нарушения функции тазовых органов: отсутствуют позывы на дефекацию и мочеиспускание. При лабораторном обследовании выявлены: лейкоцитоз (12,3x10⁹/л), анемия легкой степени тяжести (гемоглобин 94 г/л), С-реактивный белок 32,7 мг/л, прокальцитонин менее 0,1 нг/мл. Результат полимеразной цепной реакции (ПЦР) на SARS-CoV-2 от 23.02.2022 г. – положительный. Диагноз при поступлении: Беременность 27 недель. НКИ COVID 19, вирус идентифицирован, течение двусторонней вирусной пневмонии, КТ-1, Дыхательная недостаточность 0. Острый поперечный миелит на уровне грудного отдела позвоночника неясного генеза. Нижняя параплегия с расстройствами чувствительности по проводниковому типу. Проводился дифференциальный диагноз со спинальным инсультом и миелитом. По данным магнитно-резонансной томографии (МРТ) шейного, грудного и поясничного отдела позвоночника: МР-признаки начальных дистрофических изменений шейного отдела позвоночника, очаговые изменения тела Th₁₁ позвонка (вероятно мелкая гемангиома), МР-признаки синовита крестцово-подвздошных суставов, начальные МР-признаки дистрофических изменений поясничного отдела позвоночника. Проведена люмбальная пункция, получено 1,5 мл бесцветной прозрачной жидкости, белок 0,099 г/л, цитоз 1,2 x 10⁶/л, глюкоза 4,9 ммоль/л. ПЦР на SARS-CoV-2 из спинномозговой жидкости – отрицательный. Начато лечение: противовирусная терапия (интерферон альфа-2b, 10000 МЕ/мл,

эндонозально, 3 капли в каждый носовой ход 5 раз/сут), антибактериальная (цефтриаксон 2 мл х 1 раз/сут, внутривенно), нефракционированный гепарин 5000 Ед/сут, подкожно, метаболитическая терапия (цитопластин 10 мл х 1 раз/сут, в/в, болюсно), ноотропные средства (цитиколин 1000 мг х 1 раз/сут, в/в, капельно).

По рекомендации областного междисциплинарного консилиума беременная маршрутизирована в родильный дом ГБУЗ «Областная клиническая больница №2» («ОКБ №2») г. Челябинска (перепрофилировано 03.04.2020 г. в инфекционный госпиталь по оказанию медицинской помощи беременным, роженицам и родильницам с НКИ, а также их новорожденным на территории г. Челябинска и Челябинской области). В соответствии с рекомендациями консилиума к лечению добавлено: метилпреднизолон 1000 мг в/в, капельно, 1 раз/сут, 5 дней; омега-3 20 мг/таблетка х 2 раза/сут, через рот; надропарин 0,4 мл х 2 раза/сут, подкожно; в/в инфузия моноклональных антител этесивимаб 1400 мг + бамланивимаб 700 мг; противовирусная терапия ремдесевир 200 мг, в/в, капельно.

25.02.2022 г., на 3-и сут от начала заболевания, вертолетом медицины катастроф доставлена в родильный дом ГБУЗ «ОКБ №2», госпитализирована в реанимационное отделение с жалобами на острую боль в пояснице высокой интенсивности, без иррадиации, усиливающуюся при движениях, слабость в нижних конечностях вплоть до невозможности совершения движений. Со слов женщины, на фоне проводимой терапии отмечала некоторое улучшение в виде появления единичных спонтанных движений в левой ноге. Состояние при поступлении средней степени тяжести. В сознании, по шкале Глазго 15 баллов, ориентирована в месте, времени и пространстве. NEWS 0 баллов. Индекс массы тела 29,7. Лицо симметричное, язык по средней линии. Бульбарных нарушений нет. Движения в верхних конечностях в полном объеме, чувствительность снижена по проводниковому типу справа D₁₀, слева D₁₁₋₁₂. Болезненная пальпация D₁₀, резкая болезненность L₃-L₄. Движения в нижних конечностях отсутствуют. Дыхание через нос свободное. SpO₂ без респираторной поддержки 98%. АД 110/70 мм рт. ст., ЧСС 98 уд/мин. Живот увеличен за счет беременной матки, соответствует сроку беременности, безболезненный во всех отделах. Матка в нормальном

тонусе. Шевеления плода активные. Сердцебиение плода ясное, ритмичное 135-144 уд/мин. Неврологический статус беременной: нижний парапарез со снижением мышечной силы в левой ноге до 1 балла, в правой ноге – парез. В руках мышечная сила 5 баллов. Сухожильные рефлексы в ногах живы до клонусов, симметричны, патологических рефлексов нет. Координационные пробы – пальце-носовую пробу выполняет точно, без интенции, D=S, нарушения чувствительности по проводниковому типу с уровня T₁₂ слева, L₁ справа. Вегетативные функции не нарушены. Менингеальный синдром отрицательный. Выраженные тазовые нарушения с отсутствием позывов на мочеиспускание и дефекацию. При лабораторном исследовании: анемия легкой степени (гемоглобин 104 г/л, гематокрит 29%), палочкоядерный сдвиг до 24%; С-реактивный белок – 18 мг/л, активированное парциальное тромбопластиновое время 40,1%, лактат 3,2 ммоль/л, аспаратаминотрансфераза 45 Ед/л, аланинаминотрансфераза 34 Ед/л. Уровни лейкоцитов, тромбоцитов, глюкозы, билирубина, креатинина, ферритина, Д-димера, лактатдегидрогеназы, прокальцитонина, показателей гемостаза – в пределах нормы. Ультразвуковое исследование плода, доплерометрическое исследование маточно-плацентарно-плодового кровотока – патологии не выявили. 25.02.2022 г. проведен областной мультидисциплинарный консилиум (акушер-гинеколог, невролог, анестезиолог-реаниматолог, инфекционист, нейрохирург). Рекомендовано продолжить лечение НКИ со сменой препарата для антибактериальной терапии (меропенем 1 г х 3 раза/сут, в/в), пульс-терапию метилпреднизолоном, метаболитическую терапию (цитопластин 10 мг/сут), ноотропные препараты (цитиколин 1000 мг/сут, в/в), профилактику тромбоэмболических осложнений (надропарин 0,6 п/к, ежедневно), антианемическую терапию (железа II сульфат 100 мг + аскорбиновая кислота 60 мг 1 таб х 2 раза/сут, через рот). На фоне лечения наблюдалась положительная динамика в виде появления движений в пальцах правой стопы, нарастания силы в проксимальном отделе левой ноги (начала сгибать ногу в коленном суставе, удерживать ее в этом положении на кровати). Также отмечался частичный регресс чувствительных нарушений – граница гипестезии опустилась с обеих сторон на 1 сегмент слева, 2 сегмента справа. Суставно-мышечное чувство по-прежнему было наруше-

но, однако нарушение оценивалось как умеренной степени выраженности (затрудняется назвать пальцы левой стопы и направление движений в них, узнает пальцы правой стопы, иногда путает направление движений). Пациентка уже могла самостоятельно подолгу сидеть в постели с опущенными ногами, стала ощущать позывы к мочеиспусканию.

27.02.2022 г. у пациентки появились парестезии в нижних конечностях, уменьшились чувствительные нарушения, смогла приподнять таз над постелью, опираясь на ноги. Сохранились слабость в нижних конечностях, покалывание в области пяток. Общее состояние средней степени тяжести, обусловлено очаговой неврологической патологией. ШКГ 15 б. NEWS 0 б. SpO₂/FiO₂ – 466. В неврологическом статусе положительная динамика: постепенное восстановление чувствительности и увеличение объема движений в нижних конечностях. При помощи медицинского персонала вертикализирована. Акт дефекации и мочеиспускания полностью контролирует. По окончании курса пульс-терапии метилпреднизолоном произведен переход на пероральный преднизолон в начальной суточной дозе (из расчета по массе тела) 70 мг утром внутрь со снижением на 5 мг каждые 3 дня до полной отмены. 03.03.2022г., учитывая положительную динамику состояния пациентки, отсутствие проявлений поражения бронхолегочной системы, нормальную температуру тела на всем протяжении лечения, отсутствие изменений в лабораторных показателях, отрицательный ПЦР-тест на SARS-CoV-2 из носоглотки от 01.03.2022 г., выписана из родильного дома ОКБ № 2 с последующей госпитализацией в текущие сутки в неврологическое отделение Клиники ЮУГМУ г. Челябинска на санитарном транспорте. К 11.03.2022 г. наблюдался регресс клинических симптомов ОПМ и жалоб пациентки. В удовлетворительном состоянии выписана домой с рекомендацией продолжения приема преднизолона 10 мг/сут, перорально, через день. В дальнейшем осуществлялось амбулаторное наблюдение неврологом, акушером-гинекологом, в том числе с применением телемедицинского консультирования. В отношении ОПМ отмечалась стойкая положительная динамика. Беременность протекала без акушерских осложнений.

18.05.2022 г. осмотрена врачом-неврологом, диагноз: Остаточные симптомы перенесенного острого поперечного миелита на уровне грудно-

го отдела, конуса спинного мозга (от 22.02.2022 г.). Синдром центрального нижнего спастического парапареза (снижение болевой чувствительности по передне-наружной поверхности бедра и голени до нижней трети голени на левой ноге, бедра и колена до голени – на правой ноге, функция тазовых органов не нарушена). Рекомендовано родоразрешение с исключением потужного периода. 23.05.2022 г. родоразрешена на сроке беременности 38-39 недель в плановом порядке путем операции кесарево сечение, без осложнений. Родилась девочка массой тела 3000 г, длиной 50 см, с оценкой по шкале Апгар 8/9 баллов. Выписаны домой на 4-е сут после родов в удовлетворительном состоянии. Морфологическая характеристика плаценты: инволютивно-дистрофические и компенсаторные реакции в плаценте, соответствующей гестационному возрасту.

Обсуждение. В связи с пандемией НКИ особый интерес исследователей вызывает инфекционный миелит, в качестве этиологических агентов которого в доковидную эру традиционно выделяли энтеровирусы, вирус опоясывающего герпеса и герпеса 1-го типа, вирус Зика [6]. Предполагают патогенетическую связь ОПМ при НКИ с механизмом цитокинового шторма, объясняя клинику заболевания воспалительной реакцией с высвобождением различных медиаторов воспаления. Кроме того, в случае проникновения в ЦНС активированных иммунных клеток развивается иммуноопосредованное воспаление головного либо спинного мозга [6, 7, 9]. Возможно прямое проникновение вируса в спинной мозг, особенно при условии повышения проницаемости гематоэнцефалического барьера. Полагаем, что в данном наблюдении ассоциированный с НКИ ОПМ был обусловлен системным воспалительным ответом, несмотря на отрицательный результат ПЦР на SARS-CoV-2 при анализе ликвора. Об этом свидетельствует хороший лечебный эффект пульс-терапии метилпреднизолоном в сочетании с комплексной терапией НКИ COVID-19. При изучении большинства описанных случаев ОПМ при НКИ вне беременности обращает на себя внимание, что заболевание манифестирует после выписки больных из стационара или спустя дни/недели после купирования симптомов вирусной инфекции [4, 7, 9-11]. В данном случае симптомы ОПМ развились одновременно с острым началом НКИ COVID-19. Также казуисти-

ческим является факт острейшего начала заболевания с развертыванием клиники чувствительных и двигательных нарушений в сочетании с дисфункцией тазовых органов, в то время как классическим является нарастающие в течение нескольких дней нижний парапарез и задержка мочи [11, 18].

Согласно данным литературы, диагностика ОПМ основана на клинических данных, результатах МРТ спинного мозга и анализе ликвора. Рядом исследователей описаны пациенты с НКИ и несомненными клиническими проявлениями ОПМ, у которых МРТ спинного мозга не выявляла никаких патологических очагов, как и в представленном наблюдении [6, 18]. При анализе ликвора у пациентов с НКИ и ОПМ выявляли различные легкие отклонения в содержании белка и цитозе, во всех доступных описаниях случаев глюкоза ликвора находилась в нормативных значениях [6, 16]. В представленном случае ликвор пациентки характеризовался нормальным цитозом и содержанием белка при повышенном уровне глюкозы. Описаны различные исходы миелита при НКИ вне беременности, от почти полного восстановления утраченных функций до стойкого неврологического дефицита и даже летального исхода [5, 7].

Заключение. В представленном наблюдении обращает на себя внимание острейшее начало ОПМ на фоне НКИ COVID-19 у беременной женщины с развертыванием клиники чувствительных и двигательных нарушений в сочетании с дисфункцией тазовых органов, быстрая стойкая положительная динамика, регрессия симптомов и восстановление нарушенных функций спинного мозга на фоне своевременной адекватной комплексной терапии НКИ и ОПМ, согласованной со специалистами мультидисциплинарного телемедицинского консилиума.

Литература

1. Временные методические рекомендации. Профилактика, диагностика и лечение новой коронавирусной инфекции (COVID-19). [Электронный ресурс]. Версия 15 (22.02.2022г). URL: https://static0.minzdrav.gov.ru/system/attachments/attaches/000/059/392/original/BMP_COVID-19_V15.pdf (дата обращения: 11.11.2022).
2. Temporary methodological recommendations. Prevention, diagnosis and treatment of new coronavirus infection (COVID-19) [Electronic resource]. Version 15 (22.02.2022). URL: https://static0.minzdrav.gov.ru/system/attachments/attaches/000/059/392/original/BMP_COVID-19_V15.pdf (date of access: 11.11.2022).
3. Курушина О.В., Барулин А.Е. Поражение центральной нервной системы при COVID-19

// Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2021; 121(1): 92-97.

Kurushina O.V., Barulin A.E. Effects of COVID-19 on the central nervous system. Zhurnal nevrologii i psikiatrii imeni S.S. Korsakova. 2021; 121(1): 92-97. DOI: 10.17116/jnevro202112101192

3. Неврология : национальное руководство. Под ред. Е.И. Гусева, А.Н. Коновалова, В.И. Скворцовой. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2018. Т.1. С. 478-483, 489-495.

Neurology: national guide. Eds. E.I. Gusev, A.N. Konovalov, V.I. Skvortsova. Moscow: GEOTAR-Media, 2018. Vol.1. P. 478-483, 489-495.

4. Острый рассеянный энцефаломиелит и миелит на фоне новой коронавирусной инфекции COVID-19. Клиническое наблюдение / Л.Т. Ахмеджанова [и др.] // Терапевтический архив. 2021; 93(11): 1375-1380. DOI: 10.26442/00403660.2021.11.201168

Acute disseminated encephalomyelitis and myelitis associated with new coronavirus infection COVID-19. Case report / L.T. Akhmedzhanova [et al.]. Terapevticheskii Arkhiv. 2021; 93(11): 1375-1380. DOI: 10.26442/00403660.2021.11.201168

5. Acute myelitis after SARS-CoV-2 infection: a case report / K. Zhao [et al.]. medRxiv. 2020; April 9. DOI: 10.1101/2020.03.16.20035105

6. Acute myelitis and SARS-CoV-2 infection. A new etiology of myelitis? / D. Águila-Gordo [et al.]. J Clin Neurosci. 2020; 80: 280-281. DOI: 10.1016/j.jocn.2020.07.074

7. Acute myelitis as a neurological complication of COVID-19: a case report and MRI findings / R. Al Ketbi [et al.]. Radiol Case Rep. 2020; 15(9): 1591-1595. DOI: 10.1016/j.radcr.2020.06.001

8. Acute Transverse Myelitis (ATM): Clinical Review of 43 Patients With COVID-19-Associated ATM and 3 Post-Vaccination ATM Serious Adverse Events With the ChAdOx1 nCoV-19 Vaccine (AZD1222) / G.S. Román [et al.]. Front Immunol. 2021; 12: 653786. DOI: 10.3389/fimmu.2021.653786

9. Acute transverse myelitis in COVID-19 infection / C.C.N. Chow [et al.]. BMJ Case Rep. 2020; 13(8): e236720. DOI: 10.1136/bcr-2020-236720

10. Acute transverse myelitis secondary to severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 (SARS-CoV-2): a case report / M. Durrani [et al.]. Clin Pract Cases Emerg Med. 2020; 4(3): 344-348. DOI: 10.5811/cpcem.2020.6.48462

11. Baghbanian S.M., Namazi F. Post COVID-19 longitudinally extensive transverse myelitis (LETM)-a case report. Acta Neurol Belg. 2021; 121(6): 1875-1876. DOI: 10.1007/s13760-020-01497-x

12. Clinical characteristics of 138 hospitalized patients with 2019 novel coronavirus-infected pneumonia in Wuhan, China / D. Wang [et al.]. JAMA. 2020; 323(11): 1061-1069. DOI: 10.1001/jama.2020.1585

13. Neurological and neuropsychiatric complications of COVID-19 in 153 patients: a UK-wide surveillance study / A. Varatharaj [et al.]. Lancet Psychiatry. 2020; (7): 875-882. DOI: 10.1016/S2215-0366(20)30287-X

14. Neurological manifestations and implications of COVID-19 pandemic / G. Tsivgoulis [et al.]. Ther Adv Neurol Disord. 2020; 13: 1756286420932036. DOI: 10.1177/1756286420932036

15. Neurological manifestations associated with SARS-CoV-2 and other coronaviruses: A narrative review for clinicians / A. Maury [et al.]. Rev Neurol (Paris). 2021; 177(12): 51-64. DOI: 10.1016/j.neurol.2020.10.001

16. Sarma D., Bilello L.A. A case report of acute transverse myelitis following novel coro-

navirus infection. Clin Pract Cases Emerg Med. 2020; 4(3): 321-323. DOI: 10.5811/cp-cem.2020.5.47937

17. Tissue plasminogen activator (tPA) treat-

ment for COVID-19 associated acute respiratory distress syndrome (ARDS): a case series / J. Wang [et al.]. J Thromb Haemost. 2020; 18(7): 1752-1755. DOI:10.1111/jth.14828

18. Transverse myelitis related to COVID-19 infection / A. Zachariadis [et al.]. J Neurol. 2020; 267(12): 3459-3461. DOI: 10.1007/s00415-020-09997-9

DOI 10.25789/YMJ.2023.82.32

УДК 617-089

Э.Н. Кириллова, Т.И. Николаева, С.А. Мыреева, Т.А. Сосина

ОРГАНСОХРАНЯЮЩЕЕ ЛЕЧЕНИЕ ПРИ РАКЕ ЭНДОМЕТРИЯ РАННЕЙ СТАДИИ С РЕАЛИЗАЦИЕЙ РЕПРОДУКТИВНОЙ ФУНКЦИИ

В статье представлен клинический случай успешной реализации генеративной функции после благоприятного исхода лечения рака эндометрия. Пациентке 41 года, с диагнозом эндометриодная аденокарцинома, с низким овариальным резервом, нереализованным репродуктивным потенциалом предложен вариант органосохраняющего лечения в объеме гистерорезектоскопии с последующей гормонотерапией. После проведения лечения на контрольном обследовании данных о рецидиве или прогрессировании выявлено не было, рекомендовано планирование беременности с помощью вспомогательных репродуктивных технологий, которое не проведено ввиду наступившей спонтанной беременности. Данный клинический случай продемонстрировал, что проведение органосохраняющего лечения при раннем раке эндометрия позволило не только излечить злокачественный процесс, но и в последующем выполнить генеративную функцию, не снижая эффективности лечения.

Ключевые слова: рак эндометрия, органосохраняющее лечение, гормонотерапия, клинический случай.

The article presents a clinical case of successful implementation of generative function after a favorable outcome of endometrial cancer treatment. A 41-year-old patient with a diagnosis of endometrioid adenocarcinoma, low ovarian reserve, unrealized reproductive potential was offered a variant of organ-preserving treatment in the amount of hysterorectoscopy followed by hormone therapy. After the treatment, no data on recurrence or progression were revealed at the follow-up examination, pregnancy planning with the help of assisted reproductive technologies was recommended, which was not carried out due to spontaneous pregnancy. This clinical case demonstrated that organ-preserving treatment for early endometrial cancer allowed not only to cure the malignant process, but also subsequently perform a generative function without reducing the effectiveness of treatment.

Keywords: endometrial cancer, organ-preserving treatment, hormone therapy, clinical case.

Введение. В современном обществе гинекологическому раку подвержена достаточно большая доля женщин детородного возраста, которые хотели бы сохранить способность к деторождению в будущем [25]. Одно из лидирующих мест среди злокачественных опухолей женской половой системы занимает рак тела матки (РТМ). По данным статистики, в 2019 г. было диагностировано 62 000 новых случаев рака эндометрия (РЭ) в мире и, что особо настораживает, прогнозируется рост как заболеваемости, так и смертности со скоростью 1-2% в год [2, 16, 17, 23]. Для сравнения можно привести статистические данные американского здравоохранения, которые свидетельствуют о ежегодном выяв-

лении приблизительно 40 тыс. новых случаев заболевания и возрастании частоты РТМ за последние 20 лет примерно на 50 % [9]. Самый низкий уровень смертности вследствие РЭ фиксируется в Центральной и Южной Азии, самый высокий — в странах Африки [15]. Выжившие после РТМ могут испытывать проблемы, обусловленные лечением, включая бесплодие, раннюю менопаузу, расстройства сексуальной сферы и лимфатические отеки нижних конечностей [26]. В России РЭ также остается наиболее распространенным онкогинекологическим заболеванием и занимает 1-е место в структуре гинекологического рака. В 2021 г. были зарегистрированы 22951 больная [3]. При этом 84,4 % пациенток диагностированы на I-II стадиях с 5-летней выживаемостью - до 73,1 %. Чаще заболевают женщины в возрасте от 45 до 74 лет, средний возраст на момент постановки диагноза составляет 62 года [18]. Но несмотря на это, в редких случаях РЭ может быть диагностирован и у пациенток репродуктивного возраста. В такой ситуации перед онкогинекологом встает вопрос не только об излечении молодой пациентки, но и

о возможности сохранения фертильности [13, 21, 22]. У 5,2% пациенток диагноз был установлен в репродуктивном возрасте (от 18 до 45 лет), что в абсолютных числах составило 1317 чел. За последние 10 лет (2006–2016 гг.) отмечается не только неуклонный рост заболеваемости РЭ с приростом до 38,45%, но и «омоложение» патологии [5, 11].

В силу различных социально-экономических причин значительная часть женщин откладывают рождение даже первого ребенка на возрастной период старше 35 лет [5, 11, 19]. Таким образом, на протяжении последних десятилетий сохранение фертильности у молодых пациенток со злокачественными опухолями органов репродуктивной системы остается одним из приоритетных направлений в онкологии. В настоящее время лечение начального РЭ с сохранением фертильности для молодых пациенток, не реализовавших репродуктивную функцию, разработаны американские (NCCN), европейские (ESMO) и российские клинические рекомендации, однако единых стандартов в схемах и длительности гормонотерапии нет [14, 20]. В частно-

Якутский республиканский онкологический диспансер: **КИРИЛЛОВА Элеонора Николаевна** — врач онколог-гинеколог, elya_kirillova1@icloud.com, **НИКОЛАЕВА Татьяна Ивановна** — к.м.н., гл. врач; доцент Мединститута Северо-Восточного федеральн. ун-та им. М.К. Аммосова, **МЫРЕЕВА Светлана Анатольевна** — к.м.н., зав. отд., **СОСИНА Туяра Анатольевна** — врач онколог-гинеколог.