

КРАТКИЕ СООБЩЕНИЯ

УДК 616-043/45-053(07)
© Коллектив авторов, 2015

М.Г. Давыдович, В.Н. Павлов, В.А. Катаев, А.А. Загидуллин,
Н.Н. Идиатуллина, И.В. Тихонова, Т.В. Кудряшова, А.Р. Габбасов
**СЛУЧАЙ ВНУТРИУТРОБНОГО РАЗВИТИЯ ГИГАНТСКОГО
ЦИТОКИНИНДУЦИРОВАННОГО ЗОБА У РЕБЕНКА, РОЖДЕННОГО
ОТ МАТЕРИ, ИНФИЦИРОВАННОЙ ВИРУСАМИ СПИДА И ГЕПАТИТА С**
*ГБОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет»
Минздрава России, г. Уфа*

В статье описан случай развития внутриутробного гигантского цитокин-индуцированного зоба у ребенка, рожденного от матери, инфицированной вирусами СПИДа и гепатита С.

Ключевые слова: цитокин-индуцированный зоб, фетальный, СПИД, гепатит С.

M.G. Davydovich, V.N. Pavlov, V.A. Kataev, A.A. Zagidullin,
N.N. Idiyatullina, I.V. Tikhonova, T.V. Kudryashova, A.R. Gabbasov
**THE CASE OF FETAL GIANT CYTOKINE-INDUCED GOITER
IN THE MOTHER INFECTED BY AIDS AND HEPATITIS C**

The article describes the case of fetal giant cytokine-induced goiter development in the mother, infected by AIDS and hepatitis C.

Key words: cytokine-induced goiter, fetal, AIDS, hepatitis "C".

В последние годы увеличивается количество больных СПИДом и хроническим гепатитом, получающих длительные курсы интерферона в больших дозах. На фоне такого лечения все чаще появляются случаи отрицательного воздействия интерферона на щитовидную железу [1,4].

Как правило, термином «врожденный зоб» обозначают врожденный гипотиреоз с диффузным зобом; в то же время увеличение щитовидной железы может наблюдаться и у новорожденных [1-3]. В научной литературе нам удалось найти лишь один случай описания врожденного первичного гипотиреоза с диффузным зобом [4].

Приводим случай внутриутробного развития гигантского цитокин-индуцированного зоба у ребенка, рожденного от матери, инфицированной вирусами СПИДа и гепатита С.

Ребенок рожден от матери в возрасте 30 лет, которая состоит на учете с диагнозом ВИЧ-инфекция, III стадии (субклиническая). Хронический вирусный гепатит В+С (ХГВС). Женщина социально неблагополучная, в анамнезе (с ее слов) в течение 10 лет принимала внутривенно наркотики, но во время беременности их прием отрицает. Из перенесенных заболеваний: геморрагическая лихорадка с почечным синдромом, СПИД, эндемический зоб 2-й степени по О.Б. Николаеву и 1-й степени по ВОЗ в стадии эутиреоза. Пациентка утверждала, что всю беременность принимала витамины для беременных (150 мкг йода в сутки). Отец ребенка со слов матери здоров.

По беременности на диспансерный учет в женскую консультацию женщина встала при сроке 21 неделя. При сборе акушерского анамнеза установлено, что в 2004 г. проведен медицинский аборт, в 2006 г. – прерывание беременности по социальным показаниям при сроке 20 недель. Осложнения во время настоящей беременности: анемия, токсикоз, многоводие, гипоксия плода.

Результат обследования пациентки на ВИЧ – положительный (ИФА+). С целью предупреждения возможной вертикальной передачи ВИЧ-инфекции при сроке беременности 33 недели назначена антиретровирусная терапия (АРВТ) по схеме: ламивудин+фосфазид +лопинавир/ритонавир.

Роды состоялись в сентябре 2014 г. За 3 дня до родов беременная осмотрена перинатальным консилиумом, на котором с учетом срока гестации 37-38 недель и результатов УЗИ плода установлены диагнозы:

Основной: врожденные пороки развития (ВПР) плода – объемное образование в области шеи, укорочение трубчатых костей, мегацистик, кардиомегалия, расширение артериального протока.

Сопутствующий: ВИЧ. Хронический вирусный гепатит С, неактивная фаза. Отягощенный гинекологический анамнез (ОГА). Высокий риск моногенной патологии плода.

Проведенное перинатальное УЗИ не выявило патологий костей свода черепа, боковых желудочков мозга, большой цистерны, мозжечка, полости прозрачной перегородки,

профиля, носовой кости, носогубного треугольника, позвоночника, легких, 4-камерного среза сердца, желудка, кишечника, целостности передней брюшной стенки, мочевого пузыря, почек. В затылочной области на уровне шеи – солидное неоднородное образование диаметром 6,4×5,2 см с усилением кровотока. Заподозрено развитие тератомы шеи.

После родов установлены диагнозы:

Основной: беременность 37 недель, головное предлежание плода. Срочные оперативные роды. *Осложнения:* хроническая внутриутробная гипоксия плода. Многоводие. Гестационная анемия. Образование в области шеи. *Сопутствующий:* ВИЧ, 3-я стадия, латентное течение. Хронический вирусный гепатит С, неактивная фаза. Кесарево сечение в нижнем сегменте.

Масса новорожденного – 2840 г, длина тела – 50 см. Оценка состояния по шкале Апгар при рождении 4 балла.

При осмотре новорожденного на 3-и сутки установлены клинические диагнозы:

Основной: Внутриутробная инфекция (ВУИ) – пневмония, тяжелое острое течение, энтероколит. *Осложнения:* дыхательная недостаточность (ДН) 3-й степени. Легочное кровотечение (купировано). Судорожный синдром (купирован). *Сопутствующий:* гипоксически-ишемическое поражение ЦНС 2-й стадии, острый период, синдром угнетения. Перинатальный контакт по СПИДу. Неонатальный гипотиреоз с зобом. *Фоновый:* морфофункциональная незрелость (МФН), гестационный возраст (ГВ) 37 недель.

Результаты клинико-лабораторных исследований представлены в табл. 1. При первичном осмотре новорожденного в области шеи регистрировалось пульсирующее бугристое опухолевидное образование неоднородной консистенции (рис.1).

Таблица 1

Результаты клинико-лабораторных исследований новорожденного

Анализ	Показатели
Общий анализ крови	Гемоглобин 186 г/л; Эритроциты $4,7 \times 10^{12}/л$; Лейкоциты $18,7 \times 10^9/л$; Тромбоциты $193 \times 10^9/л$; Нормобласты 6:100; Палочкоядерные нейтрофилы 1% Сегментоядерные нейтрофилы 39%; Лимфоциты 49%; Моноциты 1%; Эозинофилы 9%
Общий анализ мочи	Удельный вес – 1020; pH – 5,0; Эпителий и лейкоциты единичные в поле зрения
Биохимический анализ крови	Общий белок 47 г/л; Общий билирубин 115 мкмоль/л; Глюкоза 4,0 ммоль/л; СРБ 60 мг/л; Калий 5,0 ммоль/л; Натрий 140 ммоль/л; Креатинин 50 мкмоль/л; АСТ-57 МЕ; АЛТ-13 МЕ
Прокальцитонин тест на 2-е сутки	7,30 нг/мл (норма 0,00-0,1 нг/мл)
Содержание гормонов щитовидной железы на 2-е сутки	ТТГ 168 мкМЕ/мл (норма 0,35-4,95); fT_3 -0,74 нг/мл (0,58-1,59); fT_4 – менее 5,15 пмоль/л (норма 9-19,0)
Коагулограмма: на 2-е сутки на 4-е сутки	РФМК – положительно (норма – отрицательно); ПТИ 80% (норма 85-105) Фибриновое время 17 с Фибриноген 2,5г/л; РФМК 6 мг%; АЧИТ 390 с (норма 28-38 с) Протромбиновое время –19 с (норма 10-15 с)



Рис.1. Внешний вид ребенка на 2-е сутки после родов

УЗИ щитовидной железы на 3-и сутки показало гиперэхогенность и неоднородность ее структуры, ровные контуры, общий объем – 38 см^3 , перешеек – 18 мм, правая доля – $23 \times 39 \times 44 \text{ мм}$ ($V=19 \text{ см}^3$), левая доля – $26 \times 37 \times 42 \text{ мм}$ ($V=19 \text{ см}^3$). При проведении цветного доплеровского картирования (ЦДК) наблюдается повышенная васкуляризация.

На 2-е сутки проведено УЗИ брюшной полости – патологии не выявлено.

Поскольку у ребенка была зафиксирована нестабильная гемодинамика, с 1-х суток

артериальное давление (АД) поддерживалось внутривенным введением допамина в кардиотонической дозировке 5 мкг/кг/мин.

Первый осмотр ребенка эндокринологом проведен на 4-е сутки. Установлено, что щитовидная железа увеличена до 4-й степени по классификации О.Б. Николаева и 2-й степени по классификации ВОЗ. Железа мягко-эластичной консистенции, не спаяна с кожей. С учетом данных гормонального профиля на 2-е сутки (ТТГ – очень высокий, fT_4 – снижен, fT_3 – норма) выставлен предварительный диагноз острый послеродовой зоб с лабораторными проявлениями гипотиреоза на фоне внутриутробного инфицирования вирусами СПИД и гепатита С и проведения противовирусной терапии матери во время беременности. Рекомендовано динамическое наблюдение с проведением контрольных анализов на ТТГ, fT_4 , антитела к тиреопероксидазе (ТПО) на 6-7-е сутки для решения вопроса о генезе патологии щитовидной железы и необходимости заместительной терапии.

Таким образом, с момента рождения наблюдаемому ребенку проведено следующее лечение: искусственная вентиляция легких (ИВЛ); инфузионная терапия электролитами и глюкозой; антибактериальная и микостатическая терапии; введение допамина в первые четверо суток, преднизолона 2,4 мг через инфузор в течение 5-6 суток, альбумина – на 2-е сутки, свежезамороженной плазмы (СЗП) – на 5-е сутки. Назначены иммунокорректоры: вирамун 0,56 мл в 24.00 часа с рождения в течение 3-х суток; ретровир 0,56 мл в 10.50, 16.50, 22.50 и 4.00 часа; эпивир 0,56 мл в 23.00 и 11.00 часов.

На 5-е сутки ребенок осмотрен другим эндокринологом, который выставил диагноз неонатальный гипотиреоз с зобом и с учетом результатов анализов ТТГ, fT₄ и fT₃, назначил L-тироксин 50 мкг утром натошак. Однако в стационаре эти рекомендации выполнить не удалось, так как в этот же день ребенок был переведен для дальнейшей терапии в отделение патологии новорожденных №2 ГКБ №17 г. Уфы. Поскольку при обследовании ребенка получен положительный результат на ВИЧ ме-

тодом иммуноблоттинга (ИБ) и обнаружены антитела к HCV в ОРН ГДКБ №17 проведена консультация педиатра ГБУЗ «Республиканский центр по борьбе со СПИДом и инфекционными заболеваниями». Ввиду неблагоприятного эпидемиологического анамнеза, позднего начала антиретровирусной терапии ребенку назначен зидовудин (ретровир) 200,0-0,2 мл/кг 4 раза в сутки в течение 6 недель, эпивир 240,0-0,2 мл/кг 2 раза в сутки в течение 1 месяца, не-вирапин 240,0-0,2 мл/кг 1 раз в сутки в течение 3-х дней. Поставлен диагноз R75, перинатальный контакт по ВИЧ-инфекции.

В табл. 2 представлены результаты проведенного обследования наблюдаемого ребенка в ГКБ №17.

Ребенок с 19-х суток после рождения получал L-Тироксин 50 мкг утром. На 28-е сутки в связи с признаками передозировки (fT₄- 5,9 пмоль/л и ТТГ до 0,005 мкМЕ/мл на 4-5-е сутки приема препарата) и значительным снижением объема щитовидной железы (с 38 до 5,74 см³) доза препарата была снижена до 25 мкг утром (рис.2,3).

Таблица 2

Результаты обследования новорожденного с 5 по 26-е сутки	
Обследование	Результаты
Консультация окулиста (на 5-е сутки)	Конъюнктивальной инфекции нет. Преломляющие среды прозрачные. Артерии сужены больше справа. Вены извитые. Сетчатка прозрачная, прилежит к сосудистой оболочке. Авакулярная зона зрелая. Вазопротиферации нет. Диагноз: фоновая ретинопатия
Рентгенография органов грудной клетки и органов брюшной полости (на 5-е сутки)	Диффузное снижение прозрачности легочных полей в медиальных зонах. Тень сердца не расширена. Синусы свободные. Пневматоз кишечника, при контрастировании выявлен энтеральный парез кишечника
ЭХОКГ. Консультация кардиолога (на 8-е сутки)	В области бифуркации легочной артерии систоло-диастолический поток размером 0,22 см. Сброс слева направо в области овального окна размером 0,56 см. Диагноз: врожденный порок сердца (открытый артериальный проток). Межжелудочковый дефект 2,5-3 мм. ФК II.
ЭХОКГ (на 15-е сутки)	В области бифуркации легочной артерии выявлен систоло-диастолический поток размером 0,23 см. В полости левого желудочка обнаружена дополнительная хорда. Сброс слева направо в области овального окна размером 0,55 см
Нейросонография (на 11-е сутки)	Церебральная ишемия в стадии обратного развития. Кисты сосудистых сплетений
УЗИ: брюшной полости (на 9-е сутки)	Пневматоз. Диффузные изменения паренхимы печени, селезенки, почек, умеренная гепатоспеленомегалия.
вилочковой железы	Объем 3,2 см ³ . Соотношение к массе тела 0,12%. Патологии не выявлено.
щитовидной железы (17-е сутки)	Правая доля – 5,9 см ³ . Левая доля- 6,69 см ³ . Эхогенность смешанная. Кровоток усилен. Заключение: диффузные изменения щитовидной железы по типу зоба (суммарный объем 12,6 см ³).
щитовидной железы (26-е сутки)	Суммарный объем 5,74 см ³ . Кровоток усилен



Рис. 2. Внешний вид ребенка на 26-е сутки



Рис. 3. Область шеи ребенка на 26-е сутки

Заключение

Описано развитие гигантского зоба у новорожденного ребенка, мать которого была инфицирована вирусами СПИДа и гепатита С и получала во время беременности противовирусную терапию. Быстрое уменьшение размеров зоба на фоне противовоспалительной терапии позволило трактовать данный случай как цитокининдуцированный внутриутробный зоб, а не врожденный эндемический зоб с гипотиреозом. Адекватная противовоспалительная

терапия достаточно быстро привела к уменьшению объема щитовидной железы и снижению потребности в заместительной терапии гормоном щитовидной железы. Интерес в данном случае представляет также тот факт, что гиперплазия щитовидной железы у ребенка выявлена при сонографическом обследовании уже на 32-й неделе беременности. Поэтому в данном случае можно говорить не только о цитокининдуцированном зобе, а именно о зарегистрированном его внутриутробном развитии.

Сведения об авторах статьи:

Давыдович Михаил Григорьевич – д.м.н., профессор кафедры поликлинической медицины ИПО ГБОУ ВПО БГМУ Минздрава России. Адрес: 450000, г. Уфа, ул. Ленина, 3. E-mail: Davydovich-ufa@mail.ru.

Павлов Валентин Николаевич – д.м.н., профессор, зав. кафедрой урологии с курсом ИПО, ректор ГБОУ ВПО БГМУ Минздрава России. Адрес: 450000, г. Уфа, ул. Ленина, 3.

Катаев Валерий Алексеевич – д.фарм.н., профессор, зав. кафедрой последипломного и дополнительного фармацевтического образования, проректор по научной и инновационной работе ГБОУ ВПО БГМУ Минздрава России. Адрес: 450000, г. Уфа, ул. Ленина, 3.

Загидуллин Алмаз Азатович – к.м.н., зам. главного врача по медицинской части Клиники ГБОУ ВПО БГМУ Минздрава России. Адрес: 450068, г. Уфа, ул. Шафиева, 2.

Идиатуллина Наталья Николаевна – зав. отделением новорожденных Клиники ГБОУ ВПО БГМУ Минздрава России. Адрес: 450068, г. Уфа, ул. Шафиева, 2.

Тихонова Ирина Васильевна – зав. отделением патологии новорожденных № 2 ГБУЗ РБ ГДКБ №17. Адрес: 450065, г. Уфа, ул. Свободы 29.

Кудряшова Татьяна Владимировна – врач-дерматолог Клиники ГБОУ ВПО БГМУ Минздрава России. Адрес: 450068, г. Уфа, ул. Шафиева, 2.

Габбасов Альберт Ринатович – аспирант кафедры поликлинической медицины ИПО ГБОУ ВПО БГМУ Минздрава России. Адрес: 450000, г. Уфа, ул. Ленина, 3.

ЛИТЕРАТУРА

1. Дедов, И.И. Эндокринология // И.И. Дедов, Г.А. Мельниченко, В.Ф. Фадеев. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. – 432 с.
2. Фадеев, В.В. Эутиреоидный зоб: патогенез, диагностика, лечение / В.В. Фадеев // Клиническая тиреоидология. – 2003. – № 1. – С. 3-13.
3. Случай врожденного первичного гипотиреоза с диффузным зобом / Т.Е. Таранушенко [и др.] // Клиническая и экспериментальная тиреоидология. – 2011. – № 1. – С. 58.
4. Prospective study on thyroid autoimmunity and dysfunction related to chronic hepatitis C and interferon therapy / N. Custro [et al.] // J. Endocrinol. Invest. – 1997. – Vol. 20 (7). – P. 374-380.

УДК 612.66.053.2:355

© С.А. Кузьмин, С.В. Смирнов, 2015

С.А. Кузьмин^{1,2}, С.В. Смирнов¹ АНАЛИЗ СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ ПРИЗЫВНИКОВ, ПРОЖИВАЮЩИХ В СЕЛЬСКОЙ МЕСТНОСТИ ОРЕНБУРГСКОЙ ОБЛАСТИ

¹ФГКУ «Военный комиссариат Оренбургской области», г. Оренбург
²ГБОУ ВПО «Оренбургский государственный медицинский университет»
Минздрава России, г. Оренбург

Представлены данные о состоянии здоровья призывников, полученные в результате их медицинского освидетельствования, а также результаты проведенного анонимного анкетирования призывников по оценке собственного здоровья. Установлено, что, несмотря на снижение общего количества призывного ресурса в Оренбургской области, доля призывников, проживающих в сельской местности, ежегодно растет и за последние 3 года увеличилась на 12,9%. При проведении анализа среди заболеваний, послуживших причиной освобождения призывников от призыва на военную службу по состоянию здоровья, значительную долю составляют болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани – 29,8%; психические расстройства и расстройства поведения – 17,3%; эндокринные болезни, расстройства питания и обмена веществ – 7,9%; болезни органов кровообращения – 7,5%; болезни органов пищеварения – 6,4% и врожденные пороки развития – 5,2%.

Субъективная оценка собственного здоровья респондентов была следующей: 97% будущих солдат считали себя практически здоровыми, а 1% опрошенных лиц считали себя не полностью здоровыми и 2% затруднились дать какой-либо ответ на поставленный вопрос. Результаты анкетирования показали, что 71,1% респондентов редко болели простудными заболеваниями и только 2,6% болели простудными заболеваниями 3 и более раз в год, а менее 2% будущих солдат на момент опроса имели хроническое заболевание в стадии стойкой ремиссии.

Ключевые слова: состояние здоровья, военная служба, призывник.