

2. Применение виртуальной системы определения слуховой чувствительности даёт возможность визуализировать эффект от проводимого лечения непосредственно во время сеанса, что повышает комплаентность пациента к терапии.

3. Виртуальная система определения слуховой чувствительности позволяет подобрать индивидуальные параметры воздействуемого поля, что приводит к повышению эффективности проводимого лечения

#### **Список литературы:**

1. Абдулкеримов Х. Т. Состояние свёртывающей системы крови у пациентов с сенсоневральной тугоухостью / Абдулкеримов Х. Т., Карташова К. И. // Материалы XVIII съезда оториноларингологов России. - 2011. - № 2. - С. 3-7.

2. Бабияк В.И. Нейрооториноларингология: руководство для врачей / В.И. Бабияк, В.Р. Гофман, Я.А. Накатис // СПб.: Гиппократ. - 2002. – 728 с.

3. Азиева З.О. Сенсоневральная тугоухость с точки зрения этиологии и патогенеза // Кубанский научный медицинский вестник. – 2016. - №2(157). – С. 161-164.

4. Золотова Т. В. Клинико-морфологические аспекты сенсоневральной тугоухости в контексте апоптоза // Успехи совр. естествознания. - 2008. — № 5. — С. 24-25.

5. Шахова Е.Г. Социальные аспекты сенсоневральной тугоухости // Вестник Волгоградского государственного медицинского университета. – 2006. - №1(17). – С. 62-65.

## **ПЕДИАТРИЯ**

УДК 616-079.4

**Аббасова Д.И., Ядигарова И.Л., Ходько О.К.  
ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА В ПЕДИАТРИИ –  
КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ**

Кафедра детских болезней  
Уральский государственный медицинский университет  
Екатеринбург, Российская Федерация

**Abbasova D.I., Yadigarova I.L., Hodko O.K.  
Differential diagnosis in pediatric – case report.**

Department of children diseases  
Ural state medical university  
Yekaterinburg, Russian Federation

E-mail: dayana.abbasova@gmail.com

**Аннотация.** В данной статье рассмотрен клинический случай пациента – мальчика 12 лет. В истории болезни фигурировали 2 различные нозологии – пневмония и острый гломерулонефрит. Читателю предоставляется возможность вникнуть в диагностику и узнать, связаны ли эти нозологические единицы и верен ли клинический диагноз. Несомненный интерес вызывает тот аспект, что пациент – ребенок, который, как и все дети, имеет свои анатомические и физиологические особенности.

**Annotation.** This article describes the clinical case of a patient - a boy of 12 years. There are 2 different nosologies in the case history - pneumonia and glomerulonephritis. The reader is given the opportunity to delve into the diagnosis and find out whether these nosological units are related and whether the clinical diagnosis is correct. It's worth a note that the patient is a child who, like all children, has its own anatomical and physiological features.

**Ключевые слова:** Педиатрия, пневмония, острый гломерулонефрит, клинический случай

**Key words:** Case report, pediatric, bacterial pneumonia, glomerular nephritis.

### **Введение**

В настоящее время в распоряжении врачей имеются многие инструменты для точной диагностики и успешного лечения пациентов. Национальные клинические рекомендации и стандартные протоколы исследований являются отличной помощью и подспорьем во многих случаях.

Однако нетипичное течение болезни у пациента с непростым анамнезом заболевания может диагностироваться неверно. В данном клиническом случае рассматривается явление двух разных нозологий – пневмонии и острого гломерулонефрита. Пневмонии – острое инфекционное заболевание, различное по этиологии (преимущественно бактериальное), характеризующееся очаговыми поражениями легких с внутриальвеолярной экссудацией, что проявляется выраженными в различной степени интоксикацией, респираторными нарушениями, локальными физикальными изменениями со стороны легких и наличием инфильтративной тени на рентгенограмме грудной клетки. [1]. В свою очередь, острый гломерулонефрит – острое диффузное иммунно-воспалительное поражение почек, преимущественно клубочков, возникающее после бактериального, вирусного или паразитарного заболевания, спустя некоторый латентный период (период сенсibilизации). [2]. Учитывая возраст пациента, на трудности дифференциальной диагностики различных нозологий накладываются анатомо-физиологические особенности растущего организма.

Несомненная актуальность данного случая заключается в том, чтобы обратить внимание практикующих врачей и обучающихся студентов на интерпретацию полученных результатов обследований, а также сделать акцент на патогенезе и клинике нозологии.

**Цель исследования** – демонстрация клинического случая и проведение дифференциальной диагностики.

## **Материалы и методы исследования**

Данные анамнеза, амбулаторной карты, выписного эпикриза, заключений проведенных исследований и консультаций.

## **Результаты исследования и их обсуждение**

У пациента на момент первичного осмотра были жалобы на одышку при физической активности, сухость во рту, головная боль, повышение АД, отечность век, общую слабость. Отмечена прибавка в весе около 10 кг за срок 3 месяца, кашель. Температура - 39,5, насморк. Анамнез заболевания – был кашель в течение 4-5 дней. 17.09 отмечена общая слабость, головная боль, 18.09 повышение температуры до 39,5, 19.09 – выставлен диагноз: полисегментарная пневмония (сегменты С4,5,8,9).

В течение лета у ребенка периодически был кашель с гнойной мокротой, было оказано лечение: 1 курс флемоксин солютаба. 13.08 был направлен в санаторий пульмонологического профиля. Кашель стал реже, но мокрота сохранялась. Ранее заболеваниями легких не болел.

С 6-7 лет отмечается избыточная масса тела. С 12 лет резко набирает в массу. Эндокринологом не наблюдался. В семейном анамнезе отмечена мочекаменная болезнь у тёти.

В результатах физикального, лабораторного и инструментального исследования было обнаружено: ОАК – данные за повышенное содержание лейкоцитов ( $26 \cdot 10^9/\text{л}$ ) и СОЭ 45 мм/час, что говорит о происходящем в организме воспалении. В общем анализе мочи эритроциты сплошь в анализе от 26.09.18, на фоне терапии отмечено их уменьшение до 15-20 в поле зрения (11.10.18). Была отмечена бактериурия (26.09.18 ++), отмечено снижение (2.10.18 +), но затем уровень повысился (11.10.18 +++). Также были найдены оксалаты по данным анализа мочи 26.09.18.

В биохимическом анализе крови от 21.09. 2018г: сахар крови 5,5 ммоль/л, мочевины 11,5 ммоль/л, креатинин 107,8 МГ/Л, АСЛО 330,9 ед, СРБ 33,0, АЛТ 22 ед/л, АСТ 16,2 ед/л.

Анализ мочи по Нечипоренко от 21.09.2018г: белок 1,75 г/л, лейкоциты 26 500, эритроциты сплошь. Суточный белок мочи от 22.09.2018г — 0,57 г/л.

На рентгенографии грудной клетки от 19.09.2018: 2х сторонняя полисегментарная пневмония.

На рентгенографии грудной клетки от 24.09.2018: течение двусторонней пневмонии - слева без четкой динамики, справа с меньшим объемом и интенсивностью, междолевая плевра не изменена, сосудистый рисунок усилен в нижнедолевых отделах, деформирован, средостение не расширено.

На ЭКГ от 24.09.2018г — синусовая тахикардия 109 в 1, неполная блокада правой ножки пучка Гиса, повышена активность левого желудочка, не исключено правого желудочка, отклонение эл.оси вправо.

На УЗИ брюшной полости: деформация желчного пузыря, диффузные изменения поджелудочной железы, гепатоспленомегалия.

В качестве дифференциального диагноза было предложено: внебольничная пневмония полисегментарная, неосложненная, средней тяжести

(по данным рентгенографии). Острый гломерулонефрит, нефритический вариант. Вторичная артериальная гипертензия. Полисерозит.

Также пациент получал лечение. Во время пребывания в стационаре пациент находился на бессолевой диете, получал инфузионную терапию: пентоксифиллин 5,0 мл + физиологический раствор 0.9% 250 мл, антибактериальную терапию: Цефотаксим в/м 1,0 г 3 раза в день, кларитромицин 0,5 г внутрь 2 раза в день. Также были применены ингаляции с лазолваном 2,0 мл 3 раза в день, курантил 75 мг 3 раза в день, капотен 25 мг 2 раза в день, АСС 200 мг 2 раза в день. Диоксидин по 2 капли в каждый носовой ход 3 раза в день, в/в струйно магния сульфат на физ р-ре 5,0 мл, в/в магния 10,0 мл. Аскорбиновая кислота 5% 5,0 мл. Кардиологом были назначены: эналаприл 5 мг 2 раза в день, при повышении АД больше 140 мм рт ст амлодипин 2,5 мг 2 раза в день, гипотиазид 25 мг 1 р утром.

С учетом тяжести состояния, для уточнения диагноза и тактики ведения пациент переводится в профильное отделение ДМБ №9 по договоренности с заместителем главного врача по лечебной работе больницы. Клинический диагноз, с которым был направлен пациент: внебольничная пневмония полисегментарная С8,9 справа, С8 слева, неосложненная, средней тяжести. Острый гломерулонефрит, нефритический вариант(?) Острый нефрит, недифференцированный, вторичная артериальная гипертензия. Системное воспалительное заболевание, полисерозит(?)

В данном клиническом случае ещё не установлен окончательный клинический диагноз. Проводилась дифференциальная диагностика, и конечно же, дальнейшее наблюдение и обследование позволят прийти к окончательному выводу по течению заболевания. В заблуждение ввела описательная часть рентгенограммы. Картину полисегментарной пневмонии могло дать системное поражение, так как имеются четкие признаки поражения отдельных органов, например: легкие, почки или же полисерозит - одновременное или близкое по времени последовательное воспаление нескольких серозных оболочек (плевры, перикарда, брюшины) [3]. Имеются четкие признаки поражения отдельных органов, из-за чего были выставлены отдельные клинические нозологии. Клиника поражения только одной системы не вызвала бы у врача сомнений в диагнозе в повседневной практике. Однако этот случай неоднозначен.

### **Выводы**

Врачу в его клинической практике необходимо помнить не только о протоколизированных алгоритмах диагностики и лечения пациентов. Сама диагностика заболевания нередко может быть затруднительной. Важно помнить, что одну и ту же клинику могут вызывать совершенно разные нозологии. Врачу следует учитывать все симптомы и иметь широкий взгляд, способность оценить ситуацию масштабно.

### **Список литературы:**

1. Внебольничная пневмония у детей. Клинические рекомендации. — Москва: Оригинал-макет, 2015. — 64 с.
2. Длин В.В., Приходина Л.С. Острый постстрептококковый

гломерулонефрит. Педиатрия. Национальное руководство. Под ред. Баранова А.А. 2009. Гэотар-Медиа. с 1024.

3. Большая Медицинская Энциклопедия (БМЭ), под редакцией Петровского Б.В., 3-е издание, том 20.

УДК 616-053.2

<sup>1,2</sup>Абдуллаев А.Н., <sup>2</sup>Изможерова Н.В., <sup>1</sup>Зеленцова В.Л.

**РОЛЬ АТИПИЧНЫХ ВОЗБУДИТЕЛЕЙ В ЭТИОЛОГИЧЕСКОЙ СТРУКТУРЕ И КЛИНИКЕ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА**

<sup>1</sup>Кафедра детских болезней лечебно-профилактического факультета

<sup>2</sup>Кафедра фармакологии и клинической фармакологии

Уральский государственный медицинский университет

Екатеринбург, Российская Федерация

<sup>1,2</sup>Abdullaev A.N., <sup>2</sup>Izmozherova N.V., <sup>1</sup>Zelentsova V.L.

**ROLE OF ATYPICAL PATHOGENS IN THE ETIOLOGICAL STRUCTURE AND CLINIC OF COMMUNITY-ACQUIRED PNEUMONIA IN INFANTS**

<sup>1</sup>Department of children diseases of the faculty of general medicine

<sup>2</sup>Department of pharmacology and clinical pharmacology

Ural state medical university

Yekaterinburg, Russian Federation

E-mail: alexandrabdul@yandex.ru

**Аннотация.** В статье рассматривается этиологическая структура и особенности клиники внебольничной пневмонии у детей раннего возраста. Была оценена роль атипичной флоры (*Chlamidia Pneumonia*, *Mycoplasma Pneumonia*, *Legionella pneumophila*), при помощи метода иммунно-ферментного анализа. Рассмотрено распределение случаев наличия атипичной флоры в зависимости от возраста и пола детей. Результаты данного исследования могут способствовать пересмотру тактики антибиотикотерапии при лечении внестационарной пневмонии.

**Annotation.** The article discusses the etiological structure and features of clinic of community-acquired pneumonia in young children. The role of causative agents of atypical flora (*Chlamidia Pneumonia*, *Mycoplasma Pneumonia*, *Legionella pneumophila*) was evaluated using the method of immuno-enzyme analysis. The distribution of cases of atypical flora depending on the age and sex of children is considered. The results of this study may contribute to the need to consider the issues of changing the priorities of starting antibiotic therapy in the treatment of children's community-acquired pneumonia.

**Ключевые слова:** Внебольничная пневмония, атипичная флора, дети раннего возраста, микоплазма, легионелла