

2. Celkan T. Thrombosis in children: Which test to whom, when and how much necessary? / T. Celkan, G. Dikme // Turk PediatriArs. - 2018. № 53(1). - P. 1-9.
3. Conti G.O. Neonatal Systemic Thrombosis: An Updated Overview / G.O. Conti, A.C. Molinari, S.S. Signorelli, M. Ruggieri, A. Grasso, M. Ferrante // CurrVascPharmacol. – 2018. – № 16(5). – P. 499-509.
4. Volodin N.N. Thromboses in the neonate: pathogenesis, diagnosis, treatment / N.N.Volodin, E.V. Roytman, A.G. Rummyantsev, M.M. Shneyder. // ClinicalPracticeinPediatrics. – 2012. – № 7(4). – P. 34-43.
5. Saracco P. Clinical data of neonatal systemic thrombosis / P. Saracco, R. Bagna, C. Gentilomo et al. // J. Pediatr. – 2016. – № 171. – P. 60-66.
6. Katneni U.K. vonWillebrand factor/ADAMTS-13 interactions at birth: implications for thrombosis in the neonatal period / U.K. Katneni, J.C. Ibla, R. Hunt, T. Schiller, C. Kimchi-Sarfaty // Thromb Haemost. - 2019. – № 17(3). – P. 429-440.

УДК 616.33-053.2-06(042.3)

**Черепанова Д.С., Рязанова Т.А.**  
**КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ: ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНЫЙ РЕФЛЮКС**  
**ВТОРОЙ СТЕПЕНИ КАК ПРИЧИНА КОКЛЮШЕПОДОБНОГО**  
**КАШЛЯ У ГРУДНОГО РЕБЕНКА**

Кафедра поликлинической педиатрии и педиатрии ФПК и ПП  
Уральский государственный медицинский университет  
Екатеринбург, Российская Федерация

**Cherepanova D.S., Ryazanova T.A.**  
**CASE REPORT: GASTROESOPHAGEAL REFLUX OF THE SECOND**  
**DEGREE AS A CAUSE OF WHOOPING COUGH IN AN INFANT**

Department of outpatient pediatrics  
Ural state medical university  
Yekaterinburg, Russian Federation

E-mail: cherepanovva.99@yandex.ru

**Аннотация.** В статье представлен клинический случай упорного малопродуктивного кашля у ребенка на фоне гастроэзофагеального рефлюкса (ГЭР) второй степени. Описаны ключевые аспекты эпидемиологии, патогенеза и клинической картины внепищеводных проявлений гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ) у детей.

**Annotation.** The article presents a case report of persistent, unproductive cough in a child in combination with gastroesophageal reflux (GER) of the second degree. The key aspects of the epidemiology, pathogenesis and clinical picture of extraesophageal manifestations of gastroesophageal reflux disease (GERD) in children are described.

**Ключевые слова:** клинический случай, гастроэзофагеальный рефлюкс, кашель.

**Key words:** case report, gastroesophageal reflux, cough.

### **Введение**

ГЭРБ – это состояние, развивающееся в случаях, когда заброс содержимого желудка в пищевод вызывает причиняющие беспокойство симптомы и/или приводит к развитию осложнений. Распространенность ГЭРБ в детском возрасте неизвестна, что обусловлено как многообразием клинико-морфологических вариантов заболевания, так и отсутствием единого системного подхода к вопросам диагностики и лечения [1;2]. Однако все проведенные исследования в этой области доказывают, что кашель в значительной степени связан с ГЭР, причем дети младшего возраста подвержены более высокому риску [5].

На основании имеющихся литературных данных можно утверждать, что связь ГЭР/ГЭРБ и кашля очевидна, однако многие детали этого взаимодействия пока остаются недостаточно изученными [3]. Основной механизм развития кашля у детей с ГЭР – формирование рефлекторной дуги с механорецепторов пищевода. У большей части детей происходит раздражение рецепторов дистального отдела пищевода забрасываемым рефлюктатом, у некоторых детей - микроаспирация.

ГЭР-зависимая бронхиальная обструкция может быть заподозрена у детей, имеющих:

- 1) приступы кашля и/или удушья преимущественно в ночное время, после обильной еды;
- 2) доказанное сочетание респираторных и «верхних» диспептических признаков (отрыжка, изжога, регургитация и др.);
- 3) положительный эффект от пробной антирефлюксной терапии [3;4].

**Цель исследования** – демонстрация клинического случая коклюшеподобного кашля у грудного ребенка на фоне гастроэзофагеального рефлюкса второй степени.

### **Материалы и методы исследования**

Проанализированы данные анамнеза, амбулаторной карты, выписного эпикриза, а также заключений проведенных исследований и консультаций пациента И. (возраст 1 мес.), находившегося в педиатрическом отделении ГАУЗ СО ДГКБ №11 с 14.01.2021г. по 26.01.2021г.

### **Результаты исследования и их обсуждение**

Пациент мальчик И. (1 мес.) родился от 4 доношенной беременности, которая протекала без особенностей. Роды 4-е в срок, самостоятельные. Вес при рождении 3780 г, длина 51 см., период новорожденности без особенностей, из роддома выписан домой на 3 сутки с диагнозом «Здоров». Находится на естественном вскармливании, привит по возрасту. БЦЖ – 3 мм рубчик.

Перенесенные заболевания: ОРЗ, БОС в декабре 2020 года. На «Д» учете не состоит. Наследственность не отягощена. Аллергоанамнез спокоен.

Анамнез заболевания: 25.12.2020г: вечером мама обнаружила ребенка с пеной у рта, бледного, мраморного, гипотоничного («обмяк»), на тактильную стимуляцию не реагировал в течение нескольких минут. Вызвана бригада СМП. К приезду бригады СМП (около 10 минут) ребенок пришел в сознание. Мальчик был доставлен в ГБУЗ СО ОДКБ №1, осмотрен в приемном покое дежурным педиатром. Выполнена рентгенография органов грудной клетки – без патологии, КЩС - норма. Факт аспирации исключен. 26.12.2020г: осмотрен участковым педиатром, рекомендовано промывание носа физ. раствором. 27.12.2020г: отмечается гнойное отделяемое из обоих глаз, при туалете носовых ходов – отделяемое с зеленоватым оттенком. 28.12.2020г: осмотрен повторно педиатром, назначена обработка глаз фурацилином. На амбулаторном этапе проведено НСГ – патологии не выявлено, осмотрен неврологом – патологии нет. Ребенок направлен на госпитализацию в круглосуточный стационар ГАУЗ СО ДГКБ №11.

С 28.12.2020 по 08.01.2021 находился в педиатрическом отделении ДГКБ №11 с диагнозом «ОРВИ, бронхообструктивный синдром. Острый гнойный конъюнктивит. Анемия I степени». В обследовании: рентгенография органов грудной клетки – пневмонии нет, ПЦР РНК COVID – 19 – не обнаружено, ЭКГ - ритм синусовый, ЧСС 141-156 уд/мин, УЗИ желудка – без патологии, ПЦР на коклюш – не обнаружено. В лечении получал: Цефотаксим в/м, ингаляции с беродуалом, свечи Виферон, Изофра. Выписан в удовлетворительном состоянии.

10.01.2021г у отца ребенка появились катаральные симптомы, лихорадка до 39\*С, частичное снижение обоняния (анализ на НКВИ, со слов мамы, не готов). У ребенка в этот же день вновь подъем температуры до 37,2 \*С, сухой кашель. Мальчик стал более вялым, появилась заложенность носа, густое отделяемое из носа слизистого характера. 14.01.2021г был осмотрен участковым педиатром, направлен на стационарное лечение в ГАУЗ СО ДГКБ №11.

При поступлении в стационар жалобы на подъем температуры до 37,3 \*С, частый малопродуктивный приступообразный кашель, периодически затрудненное дыхание, заложенность носа, слизистые выделения из носа, вялость.

При осмотре: Т 36,8\*С, SpO2 97%, ЧД 38/мин, ЧСС 140/мин, состояние среднетяжелое за счет катаральных явлений, интоксикации. Сознание ясное, положение активное, реакция на осмотр адекватная. Очаговой и менингеальной симптоматики нет. Физиологические рефлексы вызываются, патологических рефлексов нет. Б.р. 1,5\*1,5 см, не напряжен, не выбухает, не западает. Зрачки D=S, реакция на свет сохранена, симметрична. Телосложение правильное, питание достаточное, аппетит не нарушен. Кожные покровы бледные, чистые, умеренной влажности. Лимфоузлы мелкие, эластичные, безболезненные. Отеков, пастозности нет. Волосы, ногти без особенностей. ПЖК развита удовлетворительно. Костно-мышечная система без особенностей. Видимые

слизистые чистые, влажные, розовые. В зеве легкая гиперемия, миндалины не увеличены, налета нет. Носовое дыхание затруднено, из носа слизистое отделяемое, кашель малопродуктивный, приступообразный, одышки в покое нет. Аускультативно в легких дыхание жесткое, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные, шумы не выслушиваются. Живот мягкий, безболезненный, печень не увеличена, селезенка не увеличена. Стул кашицеобразный, желтый, диурез адекватный.

Пациенту был выставлен предварительный диагноз: острая респираторная вирусная инфекция средней степени тяжести. План обследования: ОАК, ОАМ, рентгенография органов грудной клетки, б/х крови, ПЦР на COVID-19 у ребенка и у матери. Лечение: Гриппферон в нос по 1 дозе \* 4 р/д., ингаляции с физ. раствором 2 мл \* 2 р/д, туалет носа физ. раствором.

Данные лабораторно-инструментальных методов исследований. Пациенту были проведены общий и биохимический анализы крови в динамике (табл. 1). Общий анализ мочи от 14.01.21 и 24.01.21 – норма. Кал на я/глистов (15.01.21) не обнаружено, кал на я/остриц (15.01.21) не обнаружено. Проба по Нечипоренко (25.01.21): лейкоциты 500, эритроциты 250. RgОГК (14.01.21): видимые отделы легких не изменены, тимомегалия. Эхокардиография (19.01.2021г): ФОО, ОАП (в стадии закрытия, с минимальным сбросом), аномально расположенные хорды в полости ЛЖ: срединно-апикальные, апикальные. ЭКГ (19.01.2021г.): ритм синусовый с ЧСС 158-176 уд/мин (тенденция к тахикардии). Неполная блокада правой ножки и Гиса. УЗИ желудка и пищевода (20.01.2021г): гастроэзофагеальный рефлюкс II степени, дуодено-гастральный рефлюкс, замедление эвакуаторной функции желудка. УЗИ тимуса (20.01.2021г.): тимомегалия II степени.

На фоне лечения жалобы на навязчивый, малопродуктивный кашель сохранялись, ребенку повторно назначен анализ мазка методом ПЦР на коклюш, а также ИФА на *Chlamydia Pneumoniae*, *Mycoplasma Pneumoniae*, *Legionella Pneumoniae* – отрицательно. Обращено внимание на ежедневные частые срыгивания молоком, иногда обильные. На 7й день госпитализации было проведено УЗИ желудка, в заключении ГЭР II степени, ДГР. По результатам данного исследования ребенку были назначен домперидон (суспензия Мотилиум). На фоне терапии срыгивания уменьшились, затем купировался кашель (табл. 2).

Таблица 1

Данные ОАК и биохимического анализа крови пациента в динамике

		Общий анализ крови							
	Le	Er	Hb	НС Т, %	Тг	Лимф, %	Мон, %	Гран, %	
<u>14.0</u> <u>1</u>	8,4	↓3,1 7	↓97	↓27, 8	327	63	11,1	25,9	

$\frac{22.0}{1}$	9,7	↓3,0 9	↓92	↓26, 6	337	63,8	7,9	28,3	
$\frac{24.0}{1}$	8,5	3,61	↓10 3	↓31, 2	286	57,1	6,6	36,3	
<b>Биохимический анализ крови</b>									
	<b>Глюк, ммоль /л</b>	<b>АЛ Т, ед/л</b>	<b>АС Т, ед/л</b>	<b>СРБ , мг/л</b>	<b>Мочев ,, ммоль /л</b>	<b>Креат- н, ммоль/ л</b>	<b>Железо, мкмоль /л</b>	<b>ОЖСС, мкмоль /л</b>	<b>КН Т, %</b>
$\frac{14.0}{1}$	↑7,1	23	36	2,65	↓2,0	↑0,043			
$\frac{19.0}{1}$	5,5						9,0	48,2	18,7

Таблица 2

Схема ведения пациента

День госп-ции		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	
Жалобы	кашель	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+			
	срыгивания	+	+	+	+	+	+	+							
Назначения	Гриппферон	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*				
	инг. с ф.р.	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*			
	<b>ГЭР II степени!</b>														
	Мотилиум								*	*	*	*	*	*	*
	Баксет Беби								*	*	*	*	*	*	*

На основании полученных результатов, проведенных лабораторных и инструментальных исследований 26.01.2020 пациенту был установлен клинический диагноз:

Основное заболевание: Острый назофарингит (насморк) средней степени тяжести. Сопутствующие заболевания: Гипохромная анемия I степени. Функционирующие фетальные коммуникации: ОАП в стадии закрытия, ФОО с минимальным сбросом. ГЭР 2 степени. ДГР. Тимомегалия 2 степени

Ребенок выписан с выздоровлением

**Выводы:**

1. Гастроэзофагеальный рефлюкс может стать причиной частого малопродуктивного кашля у ребенка грудного возраста, следовательно, необходимо рассматривать данную причину в дифференциально-диагностическом ряду у детей с жалобами на кашель.

2. Диагностика ГЭР у детей, особенно младшего возраста, нередко запаздывает, т.к. УЗИ желудка и пищевода не является рутинным исследованием при жалобах на кашель.

3. При сочетании таких симптомов как срыгивания и приступообразный, длительный кашель у грудных детей необходимо подтвердить или опровергнуть ГЭР.

4. Установление диагноза у данного ребенка было затруднено, далее при появлении жалоб на срыгивания, проведено УЗИ желудка и пищевода. После чего установлен сопутствующий диагноз, оказывающий значимое влияние коррекцию терапии и процесс выздоровления пациента.

#### **Список литературы:**

1. Клинические рекомендации Союза педиатров «Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь у детей». – 2016.

2. Косарев С.С. Внепищеводные проявления гастроэзофагеальной рефлюксной болезни у детей / С.С. Косарев, Н.Н. Лопакова // Современные проблемы науки и образования. – 2019. – № 5.

3. Бельмер С.В. Кашель и гастроэзофагеальный рефлюкс: непростые взаимодействия (часть 1) / С.В. Бельмер, В.Ф. Приворотский, А.И. Хавкин // Педиатрия. – 2020. – Т99. – №5. – С. 144-149.

4. Бельмер С.В. Кашель и гастроэзофагеальный рефлюкс: непростые взаимодействия (часть 2) / С.В. Бельмер, В.Ф. Приворотский, А.И. Хавкин // Педиатрия. – 2020. – Т99. – №6. – С. 236-240.

5. Pavić Ivan. The relationship between gastroesophageal reflux and chronic unexplained cough in children / Ivan Pavić, Jasna Šepin-Bogović, Iva Hojsak // Clinical pediatrics. – 2016. - №55. – P. 639-644.

УДК 616.8-056.76

**Черепанова Д.С., Рязанова Т.А., Андреева Д.М.  
КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ: МЛАДЕНЧЕСКАЯ ФОРМА БОЛЕЗНИ  
ПОМПЕ У РЕБЕНКА 5 МЕСЯЦЕВ**

Кафедра поликлинической педиатрии и педиатрии ФПК и ПП  
Уральский государственный медицинский университет  
Екатеринбург, Российская Федерация

**Cherepanova D.S., Ryazanova T.A., Andreeva D.M.  
CASE REPORT: POMPE DISEASE IN A CHILD 5 MONTH-OLD**

Department of outpatient pediatrics  
Ural state medical university  
Yekaterinburg, Russian Federation

E-mail: cherepanovva.99@yandex.ru