

## НЕОНАТАЛЬНЫЙ ТИРЕОТОКСИКОЗ У РЕБЁНКА С ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИЕЙ

Мущерова Д.М.

Научные руководители: доцент Е.А. Саркисян,  
проф. Ю.В. Жиркова

Российский национальный исследовательский  
медицинский университет имени Н.И. Пирогова  
Минздрава России, Москва, Россия

**Ключевые слова:** *клинический случай; болезнь  
Грейвса; неонатальный тиреотоксикоз; внебольничная  
пневмония*

**Актуальность.** Болезнь Грейвса у матери (БГ) определяет высокий риск дисфункции щитовидной железы у её ребёнка из-за трансплацентарного переноса антител к рецепторам тиреотропного гормона (р-ТТГ), в результате чего в 1–5% случаев развивается неонатальный гипертиреоз.

**Описание клинического случая.** Мальчик Я. от матери с БГ и тиреоидэктомией в анамнезе, от 2-й беременности, 2-х родов на 36-й неделе гестации. При рождении масса тела 2680 г, длина 48 см, оценка по шкале Апгар 7/8 баллов. Массо-ростовые показатели ребёнка соответствовали возрасту. Неонатальный скрининг патологии не выявил. В дальнейшем гормональный статус не исследовался. В возрасте 19 сут жизни ребёнок поступил в тяжёлом состоянии в ОРИТ с клиникой внебольничной пневмонии, белково-энергетической недостаточности и синдрома угнетения. При осмотре кожные покровы мраморные, цианотичные. Ресницы, брови и волосы на голове практически отсутствовали. Подкожный жировой слой не развит. Кости черепа плотные, швы сомкнуты, большой родничок  $1 \times 1$  см. Настораживали экзофтальм и выраженная тахикардия до 220 уд/мин. При рентгенографии органов грудной клетки подтвердилось течение двусторонней пневмонии. Проводилась респираторная поддержка и антибактериальная терапия. Анализ гормонального статуса (тиреотропный гормон — 0,012 мкМЕ/мл; тироксин (Т4) — 61,63 пмоль/л; трийодтиронин (Т3) — 27,12 пмоль/л) подтвердил заподозренное ранее течение неонатального тиреотоксикоза. Была назначена терапия тиамазолом и β-адреноблокатор. По заключению невролога ребёнок был угрожаем по развитию краниосиностоза. Состояние осложняли электролитные нарушения, проявляющиеся персистирующей гиперкалиемией и стойкой тенденцией к гипонатриемии. На фоне проводимой терапии выраженная положительная динамика, ликвидирован дефицит массы тела. В возрасте 1,5 мес жизни мальчик был выписан домой под наблюдение специалистов амбулаторного звена с рекомендациями по контролю уровня Т3 и Т4 для своевременной диагностики возможного гипотиреоза и его коррекции.

**Заключение.** У женщин с тотальной тиреоидэктомией в анамнезе возможно длительное сохранение антител к р-ТТГ, что обуславливает необходимость определения их уровня во время беременности, а также обследования новорождённых детей.

\* \* \*