ТЕЧЕНИЕ КОРИ У РЕБЁНКА С БРОНХОЛЁГОЧНОЙ ДИСПЛАЗИЕЙ И ГИПОГАММАГЛОБУЛИНЕМИЕЙ

Воротынцева М.В.

Научный руководитель: проф. А.В. Еремеева

Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет), Москва, Россия

Ключевые слова: *клинический случай; дети; корь; бронхолёгочная дисплазия; гипогаммаглобулинемия; пневмония*

Актуальность. Корь — одно из самых высококонтагиозных инфекционных заболеваний у детей с почти абсолютной восприимчивостью, неблагоприятно протекающее у иммунокомпromетированных больных.

Описание клинического случая. Мальчик, 3 мес, не привит, с отягощённым анамнезом (недоношенность 27 нед 6 дней, бронхолёгочная дисплазия (БЛД), ретинопатия недоношенных), поступил в инфекционное отделение с жалобами на кашель, субфебрильную лихорадку, сыпь вокруг рта. Состояние ребёнка среднетяжёлое, обусловленное преимущественно лихорадкой, интоксикационным синдромом, катаральными явлениями, респираторным и бронхолёгочным процессами без дыхательной недостаточности (ДН) и кислородозависимости, распространённого кожного синдрома без зуда. В течение суток с момента госпитализации отмечались тенденция к дистальному распространению сыпи и её этапность. Визуально на внутренней стороне щек определяются патогномичные изменения слизистой оболочки (пятна Бельского–Филатова–Коплика по типу «манной крупы»). Выявлены признаки анемии, по электролитному и метаболическому статусу компенсирован, уровень IgG — 1,5 г/мл. При рентгенографии органов грудной клетки (ОГК) определено полосовидное затемнение в медиальном отделе на уровне 10 межреберья, шириной 3–5 мм, средней интенсивности. Ребёнку с диагнозом: клиническое течение кори в сочетании с развитием внебольничной правосторонней нижнедолевой пневмонии на фоне обострения БЛД без явлений ДН была проведена антибактериальная терапия цефтриаксоном и ингаляционными глюкокортикостероидами (ИГКС). На 5-е сутки у больного появились симптомы ДН в виде снижения сатурации до 91–93%. Повторно проведено рентгеновское обследование ОГК, при котором выявлена рентгеновская картина правосторонней, верхне- и среднедолевой, полисегментарной пневмонии. После консультации с клиническим фармакологом проведена смена антибактериального препарата на цефепим+сульбактам. На 5-е сутки сыпи был проведён ИФА на специфические IgM к кори — ++++. По совокупности данных у непривитого ребёнка выявлено течение кори в сочетании с развитием внебольничной правосторонней полисегментарной пневмонии на фоне обострения БЛД, ДН 1 степени, гипогаммаглобулинемии, железодефицитной анемии неуточнённой. За время госпитализации ребёнку проводилась антибактериальная, ингаляционная терапия ИГКС, бронхолитическая, лечение препаратами железа, однократно проводилось введение внутривенного иммуноглобулина, а также симптоматическая терапия. На 19-е сутки госпитализации на фоне улучшения общего состояния, купирования ДН, уменьшения кожного синдрома ребёнок был выписан в удовлетворительном состоянии под наблюдение педиатра по месту жительства.

Заключение. Этот клинический случай показывает значимость вакцинации всех слоев населения и создания коллективного иммунитета для защиты иммунокомпromетированных лиц.

* * *