

* * *

ТЯЖЁЛОЕ ТЕЧЕНИЕ ВИСЦЕРАЛЬНОЙ ВЕТРЯНОЙ ОСПЫ У БОЛЬНОЙ С СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКОЙ

Козодаева А.М.¹, Михайловская К.В.²

Научные руководители: доцент Е.В.

Кондрикова^{1,2}, канд. мед. наук Н.О. Ильина²

¹Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет), Москва, Россия;

²Детская городская клиническая больница № 9 имени Г.Н. Сперанского ДЗМ, Москва, Россия

Ключевые слова: *клинический случай; системная красная волчанка; висцеральная ветряная оспа; иммуносупрессия*

Актуальность. Особенность течения ветряной оспы у ребёнка с аутоиммунным заболеванием, получающего иммуносупрессивную терапию, заключается в высоком риске генерализации инфекционного процесса и развитии серьёзных осложнений.

Описание клинического случая. Больная А., 8 лет, с июля 2024 г. наблюдается у ревматолога с диагнозом системная красная волчанка (СКВ). Получает преднизолон, микофенолата мофетил, гидроксихлорохин. Заболела остро с появления везикулезной сыпи с быстрым её распространением. Отмечался подъём температуры тела до 38,8°C, появились везикулы на слизистой оболочке полости рта. Участковым педиатром рекомендовано местное лечение, базисная иммуносупрессивная терапия продолжена в полном объёме. 21.12.2024 больная поступила в стационар в тяжёлом состоянии с лихорадкой, болями в животе, обильной ветряночной сыпью на коже и слизистых с множественными вторично-инфицированными элементами. В общем анализе крови: лейкоциты $9,22 \times 10^9/\text{л}$, абсолютные лимфоциты $0,6 \times 10^9/\text{л}$, тромбоциты $116,3 \times 10^9/\text{л}$, уровень СРБ 17 мг/л, АСТ 432 ЕД/л, АЛТ 534 ЕД/л, гипогаммаглобулинемия. При УЗИ признаки мезаденита. При КТ органов грудной клетки картина двусторонней полисегментарной пневмонии. Диагностировано течение висцеральной формы ветряной оспы с развитием гепатита, пневмонии, распространённой пиодермии, госпитализирована в ОРИТ. Иницирована комбинированная антибактериальная, специфическая противовирусная и антифунгальная терапия, проводилась трансфузия внутривенного иммуноглобулина. Микофенолата мофетил, гидроксихлорохин отменены. В дальнейшем проводилась коррекция антимикробной терапии. Однако у больной сохранялись лихорадка, массивные подсыпания на коже и слизистых, нарастала гуморальная активность. Девочка неоднократно была консультирована хирургом в связи с выраженным абдоминальным синдромом. 24.12.2024 приостановлена базисная терапия СКВ по витальным показаниям. После этого выявилась положительная динамика, нормализация температуры тела, замедленная инверсия ветряночного процесса, снижение уровней гуморальной активности и гипертрансаминаземии, улучшение рентгеновской картины лёгких. 27.12.2024 больная была переведена в боксовое

отделение, с 07.01.2025 возвращена терапия преднизолоном. Выписана 13.01.2025 в удовлетворительном состоянии.

Заключение. Представленный клинический случай демонстрирует тяжёлое течение ветряной оспы на фоне медикаментозно-индуцированного иммунодефицита у ребёнка с ревматической патологией и показывает необходимость коррекции базисной терапии для достижения эффекта от противовирусной и антимикробной терапии.

* * *