

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ОСТРОГО ТЕЧЕНИЯ ЦИТОМЕГАЛОВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ У НОВОРОЖДЁННОГО

**Сарсенбек М.Ж., Сергазиева Д.Д.,
Худайбергенова Ж.Х.**

Научный руководитель:

к.м.н., доцент С.Т. Кизатова

Медицинский университет Караганды, Караганда,
Республика Казахстан

*Ключевые слова: новорождённые дети,
цитомегаловирусная инфекция, диагностика*

Актуальность. Цитомегаловирусная инфекция (ЦМВИ), являясь самой частой инфекционной фетопатией, представляет актуальную проблему из-за возможности реализации тяжёлого генерализованного процесса, формирования врождённых пороков развития и потенциального риска развития хронической патологии.

Описание клинического случая. Ребёнок от 6-й беременности, 4-х оперативных родов на 31-й неделе. Отягощённый акушерский анамнез: в 2017 г. замершая беременность в сроке 11–12 нед. Беременность протекала в первой половине с угрозой прерывания, во второй половине была выявлена артериальная гипертензия умеренной степени. Задержка роста плода, ассиметричная форма. На 19-й неделе гестации при УЗИ диагностированы врождённый порок сердца — дефект межжелудочковой перегородки. На 31-й неделе гестации проведено родоразрешение по медицинским показаниям. Ребёнок родился с оценкой по шкале Апгар 7/8, масса тела 1135 г, длина тела 33 см, окружность головы 26 см, окружность груди 22 см. Состояние ребёнка тяжёлое за счёт респираторных нарушений и внутриутробной инфекции с признаками морфофункциональной незрелости на фоне недоношенности. Вдоль левого края грудины выслушивался средней интенсивности систолический шум. Печень выступала на 3 см из-под края рёберной дуги, селезёнка не пальпируется. С рождения ребёнок находился на режиме искусственной вентиляции лёгких постоянным положительным давлением (СРАР-терапия), FiO₂ — 30%. Эндотрахеально вводился сурфактант. Сохранялась кислородозависимость. На 2-е сутки концентрация кислорода была снижена до 25%. На 4-е сутки при серологической диагностике в крови обнаружен цитомегаловирус. Осмотрен инфекционистом, выставлен диагноз: Врождённая ЦМВИ, активная фаза, вирусемия, с другими осложнениями. Проведено лечение: нецитотек по 2 мл/кг 1 раз через каждые 24 ч N 5, ганцикловир 8 мг/кг × 2 раза в день 21 день (таблетированная форма гансил или внутривенно ганцикловир). Во время терапии проводился биохимический анализ крови с определением активности аланин- и аспаратаминотрансферазы, уровней билирубина, коагулограммы. В возрасте 1 мес 15 дней после проведённой терапии получен отрицательный результат исследования методом ПЦР на ЦМВИ в крови, слюны и мочи. Наблюдение у инфекциониста продолжено.

Заключение. Таким образом, у нашего пациента было выявлено острое течение ЦМВИ, которое неблагоприятно повлияло на его внутриутробное развитие, послужило причиной преждевременного родоразрешения. В соответствии с современными клиническими рекомендациями основными препаратами для лечения врождённой ЦМВИ были ганцикловир и нецитотект. Своевременная диагностика и раннее начало лечения имеют решающее значение в исходе заболевания.