

Клинический случай тяжелой неонатальной инфекции кожных покровов

Ефимов Денис Константинович, Гончарова Екатерина Андреевна, Хачатурян Мария Арамовна

Научный руководитель: Турти Татьяна Владимировна, д.м.н., профессор

ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России, Москва, Российская Федерация

ГБУЗ ДГКБ № 9 им. Г.Н. Сперанского ДЗМ, Москва, Российская Федерация

Актуальность. Тяжелая локализованная инфекция кожных покровов может стать первичным очагом генерализованной инфекции, а также клиническим проявлением манифестации первичного иммунодефицита (ПИД).

Цель. Необходимо сформировать настороженность врачей в отношении оценки риска генерализации инфекции и возможности манифестации первичного иммунодефицита.

Клинический случай. Девочка А., 14 дней жизни, поступила в неонатальное инфекционное отделение с жалобами на образование в области проекции левого плечевого сустава. Из анамнеза известно: мать 27 лет, в женской консультации не наблюдалась; при поступлении в акушерский стационар выявлен хориоамнионит. Перинатально получала антибактериальную (АБ) терапию широкого спектра действия. Девочка от самостоятельных родов на 39-й нед. Масса тела — 2700 г, длина тела — 50 см, APGAR — 8/9 баллов. Вакцинирована против гепатита В и туберкулеза в роддоме. Выписана из роддома на 3-и сут в удовлетворительном состоянии. Состояние при поступлении тяжелое. Сознание ясное, не лихорадит. Масса тела — 2800 г (10-й перцентиль). Поза слабой флексии. Вялое сосание. На коже груди, конечностей, спины множественные элементы сыпи в виде пустул с мутным содержимым, напряженной покрывкой до 3 мм в диаметре, плотные. Выражено шелушение кожных покровов. В области проекции левого плечевого сустава участок гиперемии до 3,5 × 1,5 см, мягкоэластической консистенции, симптом флюктуации положительный. В клиническом анализе крови выявлены лейкоцитоз ($18,27 \times 10^9/\text{л}$), моноцитоз ($2,84 \times 10^9/\text{л}$), нейтрофилез ($10,21 \times 10^9/\text{л}$). В крови методом ПЦР обнаружен *S. aureus* 1340 копий. Повышен уровень СРБ до 9,7 мг/л. Иммунограмма: IgG 7,30 г/л. Посев гноя из абсцесса: обнаружен MRCoNS. Для исключения ПИД проводился иммунологический скрининг: TREC $367 \times 105/\text{клеток}$

(0–450), KREC $316 \times 105/\text{клеток}$ (0–300). Учитывая клинико-лабораторные данные, диагностирован везикулопустулез, осложненный абсцессом левой надлопаточной области. Выполнено вскрытие и дренирование, получено 5 мл густого желто-зеленого гноя, проведена комбинированная терапия АБ широкого спектра действия, в целях профилактики назначена противогрибковая терапия. На фоне проводимой терапии динамика положительная.

Обсуждение. Перинатальное использование АБ-терапии обуславливает развитие антибиотикорезистентности микробов. Ребенок, рожденный от матери с хориоамнионитом входит в группу риска по развитию гнойно-воспалительных заболеваний, обусловленных резистентными микроорганизмами, с возможной последующей генерализацией инфекции, что необходимо учитывать при проведении патронажа новорожденного. Знание этого факта при развитии инфекционного процесса позволяет обоснованно назначить комбинированную АБ-терапию. Учитывая тяжесть инфекции кожных покровов, необходима настороженность в отношении ПИД. Назначенная адекватная АБ-терапия позволяет достичь выздоровления и предупредить генерализацию инфекционного процесса. В данном клиническом случае, учитывая раннюю манифестацию и тяжесть течения неонатальной инфекции кожных покровов, необходимо проводить дальнейшее обследование и дифференциальную диагностику для исключения ПИД.

Заключение. Дети с ранней манифестацией тяжелой неонатальной инфекции кожных покровов (множественные очаги) MRCoNS-этиологии угрожаемы по развитию сепсиса и должны являться объектом повышенного внимания врачей для проведения своевременной дифференциальной диагностики иммунодефицитных состояний и определения тактики ведения пациентов с целью предотвращения развития осложнений.