

дения операции пациентка была выписана на амбулаторное наблюдение с рекомендациями дегельминтизации под наблюдением инфекциониста по месту жительства.

Заключение. Несмотря на типичную локализацию в просвете кишечника, нематоды *Ascaris lumbricoides* могут мигрировать в просвет желчевыводящих протоков, вызывая трудно диагностируемую механическую желтуху, особенно в сочетании с другой патологией желчевыводящей системы.

Литература

1. Ali AY, Mohamed Abdi A, Mambet E. Small bowel obstruction caused by massive ascariasis: two case reports. *Ann Med Surg* (Lond). 2023; 85(3): 486-489. doi: 10.1097/MS9.0000000000000224.
2. Castañeda C, Valbuena D, Salamanca W, Acevedo D, Pedraza M. Case Report: Laparoscopic Management of Acute Appendicitis Resulting from *Ascaris lumbricoides*. *Am J Trop Med Hyg*. 2022;107(1):130-131. doi: 10.4269/ajtmh.21-1245.
3. Hassan Y, Rather SA, Rather AA, Banday MK. *Ascaris lumbricoides* and the surgical complications: our experience from Medical College

Hospital. *Ir J Med Sci*. 2022;191 (4):1815-1821. doi: 10.1007/s11845-021-02769-y.

4. Heimes JK, Waller S, Olyee M, Schmitt TM. Hepatolithiasis after Hepaticojejunostomy: *Ascaris lumbricoides* in the biliary tract. *Surg Infect (Larchmt)*. 2013; 14(5):470-2. doi: 10.1089/sur.2012.115.

5. Molla YD, Beza AD, Tadesse AK, Answar IO. *Ascaris lumbricoides* a rare cause ileal perforation, a case report. *Int J Surg Case Rep*. 2023;105:108097. doi: 10.1016/j.ijscr.2023.

6. Temesgen R, Abebe H, Abera Y. Hepatobiliary and Pancreatic Duct Ascariasis: An Unusual Cause of Obstructive Jaundice and Severe Acute Cholangitis. *Int Med Case Rep J*. 2022; 15:281-286. doi: 10.2147/IMCRJ.S369442.

DOI 10.25789/YMJ.2023.84.36

УДК 616.9

Т.Г. Дмитриева, И.Н. Козлова, Л.Н. Москвитина,
Е.И. Корякина

СЛУЧАЙ ВРОЖДЕННОЙ КОРИ

Нами описан случай врожденной кори у новорожденного от женщины 34 лет. На сроке беременности 28 нед. у женщины была диагностирована пневмония, затем появилась типичная сыпь. Роды произошли в остром периоде заболевания. Ребенок родился преждевременно, кесаревым сечением, на сроке гестации 28 нед. Состояние ребенка при рождении было крайне тяжелое, диагноз корь был подтвержден определением антител к Measles virus IgM. На фоне проводимой терапии состояние пациента стабилизировалось, на 7-е сут экзантемного периода сыпь регрессировала. В возрасте 1 мес. и 23 сут в удовлетворительном состоянии ребенок был выписан домой.

Ключевые слова: корь, новорожденный, беременность, экзантемная инфекция, недоношенность, врожденные пороки развития.

We have described a case of congenital measles in a newborn from a 34-year-old woman. At 28 weeks gestation the woman was diagnosed with pneumonia, followed by typical rash. The birth occurred during the acute period of the disease. The child was born prematurely, by caesarean section, at 28 weeks' gestation. The child's condition at birth was extremely severe; the diagnosis of measles was confirmed by determining antibodies to Measles virus IgM. During the therapy the patient's condition stabilized, and on the 7th day of the exanthem period the rash regressed. At the age of 1 month and 23 days later the child was discharged home in satisfactory condition.

Keywords: measles, newborn, pregnancy, exanthema infection, prematurity, congenital malformations.

Введение. Введение в 1967 г. плановой вакцинации детей против кори живой коревой вакциной привело к повсеместному снижению заболеваемости во всех возрастных группах. Это позволило мировому сообществу поставить задачу ликвидации кори на планете. В 1998 г. Европейским региональным комитетом ВОЗ была официально поставлена цель элиминации местной передачи кори путем достижения и поддержания очень высокого уровня охвата ($\geq 95\%$) прививками двумя дозами коревой вакцины [1]. В настоящее время в странах, проводящих тотальную вакцинацию против кори, заболевание встречается в виде

отдельных вспышек и эпидемий, захватывающих несколько десятков или сотен человек [2]. В настоящее время вакцинация против кори входит в Национальный календарь профилактических прививок Российской Федерации и проводится в возрасте 12 мес. с последующей ревакцинацией в 6 лет. Иммуитет после перенесенной кори, как правило, пожизненный. Поствакцинальный иммунитет менее продолжителен: через 10 лет защитные титры антител сохраняются лишь у 36% вакцинированных. Корь обычно считается доброкачественным вирусным заболеванием детского возраста, люди могут заболеть независимо от возраста, причем тяжелые поражения дыхательной и нервной системы возникают чаще до 5 лет и после 20 лет. Таким образом, женщины детородного возраста входят в группу риска. В ситуации эпидемической вспышки необходим контроль за беременными женщинами. Корь во время беременности может быть тяжелой, в основном из-за пневмонии. Корь у беременной женщины

связана с риском выкидыша и недоношенности [3,4]. Случаи врожденной кори встречаются крайне редко. В литературе описаны несколько случаев в том числе и субклинические формы, установленные только на основании серологических методов диагностики [5,6]. Случай манифестной формы врожденной кори, несомненно, представляет интерес.

Клинический пример. Мы представляем случай врожденной кори. Мальчик, рожденный 07.12.2019 г. на сроке беременности 28 нед., путем операции кесарево сечение. Мать – женщина 34 лет, страдающая бронхиальной астмой, atopический вариант, персистирующее течение, средней степени тяжести, в неполной ремиссии. В возрасте 5 лет она была прооперирована по поводу дефекта межжелудочковой перегородки сердца (ДМЖП), в настоящее время состояние стабильное, недостаточности кровообращения нет. Из акушерского анамнеза известно, что данная беременность четвертая, первые роды

ДМИТРИЕВА Татьяна Геннадьевна – д.м.н., проф. Медицинский институт Северо-Восточный федеральный университет имени М.К. Аммосова, dtg63@mail.ru; **КОРЯКИНА Екатерина Ивановна** – студентка МИ СВФУ; **КОЗЛОВА Ирина Николаевна** – зав. отд. Якутской республикан. клинич. б-цы; **МОСКВИТИНА Любовь Николаевна** – врач анестезиолог-реаниматолог ЯРКБ.

произошли естественным путем, вторые - кесаревым сечением, третья беременность была внематочная, по поводу которой была проведена тубэктомия. Настоящая беременность в первой половине протекала с умеренным токсикозом и угрозой прерывания беременности, женщина наблюдалась гинекологом амбулаторно. Во 2-й половине беременности, на сроке 27 нед., женщина обратилась за медицинской помощью по поводу подъема температуры до 38,1°C и приступообразного кашля. Было назначено лечение беродуалом (1 мл) и симбикортом (2 ингаляции), лечение проводилось амбулаторно. После некоторого улучшения на 7-й день болезни состояние пациентки стало ухудшаться – снова поднялась температура тела до 38,5°C, появилось першение в горле, заложенность носа. Усилился кашель, еще через 2 дня появилась одышка. С подозрением на бронхопневмонию женщина была госпитализирована в пульмонологическое отделение городской клинической больницы с предварительным диагнозом: внебольничная пневмония с дыхательной недостаточностью (ДН) 1-й степени. На 2-й день госпитализации у больной появилась пятнисто-папулезная сыпь, на неизменном фоне кожи, с тенденцией к слиянию. На основании клинических данных была заподозрена корь. Контакт с больным корью женщина отрицала. С ее слов в детском возрасте она была вакцинирована полностью, однако документального подтверждения этому не было. С диагностической целью было назначено серологическое исследование методом ИФА. По результатам обследования у женщины были выявлены IgM к Measilisvirus, IgG к Measilisvirus не обнаружены. На основании клинических и лабораторных данных был установлен диагноз: Корь, период высыпания, типичное течение, тяжелое течение. Осложнение: коревая пневмония. Пациентка была переведена в инфекционное отделение, где было начато симптоматическое лечение. Через 2 дня в связи с преждевременным излитием околоплодных вод было принято решение о родоразрешении путем кесарева сечения в условиях перинатального центра.

Родился мальчик с массой тела 1540 г, длиной 45 см. Состояние при рождении крайне тяжелое, обусловленное дыхательной недостаточностью, физиологической незрелостью, недоношенностью (срок гестации 28 нед.). Оценка по шкале Апгар 5/7: на

первой минуте сердцебиение оценено на 2 балла, дыхание - 0, окраска кожных покровов – 1, тонус мышц – 1, рефлексы -1; на пятой минуте сердцебиение оценено на 2 балла, дыхание - 1, окраска кожных покровов – 2, тонус мышц – 1, рефлексы -1. В операционном зале были проведены реанимационные мероприятия: санация верхних дыхательных путей, интубация трахеи, эндотрахеальное введение препарата сурфактант 240 мг, новорожденный подключен к аппарату искусственной вентиляции легких (ИВЛ). Установлен диагноз при рождении: Респираторный дистресс-синдром новорожденного (РДСН). ДН III степени. Недоношенность 28 нед. Высокий риск реализации внутриутробного инфицирования (перинатальный контакт по кори). Новорожденный был переведен в бокс отделения анестезиологии, реанимации и интенсивной терапии новорожденных (ОАРИТН), в отделении помещен

в инкубатор. При осмотре в ОАРИТН было отмечено угнетение сознания, на осмотр реагировал слабой двигательной активностью и страдальческой гримасой. Температура тела составила 36,5°C. Швы черепа сомкнуты, большой родничок 1x1 см, спокойный. Поза слабифлексорная, мышечный тонус снижен. Кожные покровы розовые, чистые. Отмечалась общая пастозность мягких тканей. Видимые слизистые чистые, влажные. Микроциркуляция удовлетворительная, симптом бледного пятна до 2 с. Оксигенация – SatO₂ 97%. С целью проведения инфузионной терапии и забора анализов в асептических условиях проведена катетеризация пупочной вены. Учитывая тяжесть РДСН продолжена ИВЛ аппаратом "Hamilton C2" в режиме PSIMV с параметрами: Frequens 50 в мин, FiO₂ 40 %, PIP 16 см H₂O, PEEP 5 см H₂O. Дыхание синхронизировано с аппаратом ИВЛ, отмечается умеренное втя-

а



б



Мелко-пятнистая сыпь на 9-й (а) и 10-й (б) дни жизни

жение податливых мест, аускультативно дыхание проводится по всем полям равномерно, ослабленное, отмечены рассеянные крепитирующие хрипы. Тоны сердца ясные, ритмичные. Пульс на периферических артериях удовлетворительный. Частота сердечных сокращений 140 уд. в мин, АД 52/40/27 мм рт.ст. Живот мягкий, подвздут. Печень выступает из-под реберной дуги на 1,5 см, край ровный эластичный. Перистальтика кишечника вялая. По данным лабораторных исследований у новорожденного в общем анализе крови (ОАК) отмечена лейкопения, число лейкоцитов составило 7×10^9 , при норме от 10×10^9 до 30×10^9 . При рождении антител к Measlesvirus не обнаружено. На основании клинического протокола по антибактериальной терапии у новорожденных, находящихся на ИВЛ, ребенку была назначена эмпирическая антибактериальная терапия препаратом Ампициллин сульбактам 75 мг/кг/сут в два приема в/в. На 2-е сут жизни состояние оставалось тяжелым, энтеральное питание не усваивал. При этом в ОАК отмечена нормализация числа лейкоцитов ($15,31 \times 10^9$), лейкоцитарная формула не была изменена, число эритроцитов составило $4,12 \times 10^{12}$, гемоглобин – 154 г/л, число тромбоцитов – 163×10^9 . По результатам УЗИ выявлено наличие свободной жидкости в брюшной полости в незначительном количестве. Учитывая изменения в гемограмме, был подключен препарат Гентамицин 5 мг/кг/сут в два приема в/в. На 4-е сут жизни в ОАК отмечена нормализация числа лейкоцитов ($9,02 \times 10^9$). С целью пассивной иммунизации был введен иммуноглобулин человеческий нормальный в дозе 1,5 мл. На 5-е сут болезни состояние новорожденного расценивается как тяжелое, но стабильное. Ребенок был экстубирован и переведен на вспомогательную вентиляцию НСРАР (nasa lconstant positive airpressure), поток 6-6,5 л/мин. По данным нейросонографии, у ребенка имела место гиперэхогенность перивентрикулярной зоны. УЗИ органов брюшной полости – каликопиелозктазия слева. ЭхоКГ – аневризма межпредсердной перегородки (МПП) с дефектом (0,21 см), функционирующий артериальный проток (ФАП) – 0,18 см.

На 9-е сут жизни у новорожденного в паховой области и на руках появилась мелко-пятнистая сыпь (рис. 1-2). Состояние ребенка расценивалось как очень тяжелое, но относительно стабильное. Энтеральное питание через зонд молочной смесью "Альфаре" по

16-18 мл новорожденный усваивал. На осмотр реагировал умеренной двигательной активностью, плач слабый. Большой родничок не напряжен. Поза слабофлекторная, мышечная гипотония, гипорефлексия. Кожные покровы субиктеричные на розовом фоне. Слизистая ротовой полости чистая. Видимые слизистые чистые, увлажнены. Микроциркуляция не нарушена. Дыхание со вспомогательной вентиляцией, экскурсия грудной клетки равномерная с незначительным втяжением уступчивых мест. Аускультативно дыхание проводится по всем полям равномерно, выслушивался шум кислородно-воздушного потока. Тоны сердца ясные, ритмичные. В гемограмме отмечен лейкоцитоз 28×10^9 (норма $9-12 \times 10^9$), в лейкоцитарной формуле отмечен сдвиг до миелоцитов (2%), лимфопения (18), моноцитоз (15%), число эритроцитов составило $3,91 \times 10^{12}$, показатель гемоглобина – 143 г/л, число тромбоцитов – 254×10^9 . Показатель прокальцитонина составил 10 нг/мл. С учетом перинатального контакта по кори взят материал для ИФА на антитела к Measles virus. По результатам исследования: обнаружены IgM – 2,626 МЕ/мл, IgG – не обнаружены. Диагноз: Респираторный дистресс-синдром новорожденного тяжелой степени. ДН II степени. Крайняя незрелость. Недоношенность 28 нед. Корь, период высыпания. Врожденный порок сердца: аневризма вторичной части МПП с дефектом. ФАП. Перинатальное поражение ЦНС гипоксически-ишемического генеза, острый период. В лечение с целью профилактики грибковой инфекции на фоне длительной антибактериальной терапии добавлен противогрибковый препарат Флуконазол 3 мг/кг/48ч в/в - перерыв. С целью стимуляции дыхательного центра ЦНС, назначен кофеина бензоат 20% в поддерживающей дозе 5 мг/кг/24ч в/в 1 р/сутки.

На следующие сутки общее состояние ребенка без изменений, сыпь появилась на бедрах, элементы сыпи в виде мелких пятен. На 3-й день сыпь на руках и в паховых складках стала менее яркой. Появились новые высыпания на коже лица, шеи, туловища и на бедрах пятнисто-папулезного характера. При этом слизистые оболочки полости рта чистые, увлажнены. Конъюнктивы чистая, отделяемого нет. Язык чистый, влажный. Губы яркие, немного подсыхают. Из носа отделяемого нет. В легких дыхание жесткое, выслушивались единичные сухие крепитирующие хрипы с обеих сторон. На 4-й день эк-

зантемы периода новых высыпаний не отмечено. Ранее появившиеся элементы сыпи угасали. На 7-е сут с момента появления сыпи (16-е сут жизни) экзантема регрессировала. Методом ИФА были обнаружены IgM – 1,904 МЕ/мл и IgG 0,059 МЕ/мл. На фоне стабильного состояния, нормального уровня прокальцитонина и нормализации показателей гемограммы отменена антибактериальная терапия. Продолжена вспомогательная вентиляция НСРАР.

На 28-е сут жизни на фоне стабилизации состояния, самостоятельного дыхания новорожденный был переведен на 2-й этап выхаживания. На момент перевода (на 19-е сут после появления сыпи) на коже элементов сыпи не было, отмечалось небольшое отрубевидное шелушение. В возрасте 1 мес. и 23 сут в удовлетворительном состоянии ребенок был выписан домой. На момент выписки методом ИФА были обнаружены IgM – 0,774 МЕ/мл и IgG 1,226 МЕ/мл.

Заключение. Таким образом, анализ данного клинического случая позволяет предполагать, что инфицирование произошло внутриутробно, а не интранатально, так как первые высыпания появились уже на 9-й день жизни. Оценить сроки развития продромального периода не представляется возможным, так как состояние новорожденного было крайне тяжелым в связи с недоношенностью и множественной патологией. С учетом респираторного дистресс-синдрома с ДН III у новорожденного однозначно утверждать о коревой этиологии поражения легких нельзя. Течение кори в экзантемы периоде было атипичным (пятнистые элементы сыпи в 1-й день, нехарактерная динамика появления сыпи). Однако наличие перинатального контакта, появление высыпаний и типичные изменения в общем анализе крови позволили заподозрить такой редкий диагноз, как врожденная корь, а серологическая диагностика – подтвердить данный диагноз.

Литература

1. Guidelines for epidemiological surveillance of measles, rubella and congenital rubella syndrome in the WHO European Region. Updated edition. December 2012 // <https://apps.who.int/iris/handle/10665/350585>. 2012. 82 p.
2. World Health Organization: [Elektronnyj resurs]. URL: https://apps.who.int/immunization_monitoring/globalsummary/timeseries/tscoveragemcv2.html (Data obrashcheniya 25.01.2023).
3. Bansa J, Hameed A. Measles in pregnancy. BMJ Case Rep. 2019; 12(5). DOI: 10.1136 / bcr-2018-228781.

4. Guillet M, Vauloup-Fellous C, Cordier AG [et al.]. Measles in pregnancy: a review / J GynecolObstet Biol Reprod (Paris) 2012. Vol. 41 (3). P. 209-218. DOI:10.1016/j.jgyn.2012.01.008

5. Congenital measles /E. Hanft, S. Brachio, M. Messina and all // J Med Sci. 1983. Vol. 19(11). P. 987-988.

6. Muhlbauer B, Berns LM. A Singer

Congenital Measles in a Premature 25-week Gestation Infant. *Pediatr Infect Dis J.* 2021; 40(8): 753-755. DOI:10.1097/INF.00000000000003152.

