

Чавлытко В. Л.

КЛИНИЧЕСКИЙ НЕОНАТОЛОГИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ БЕЗ ДИАГНОЗА

Научный руководитель: канд. мед. наук, доцент Ткаченко А. К.

1-я кафедра детских болезней

Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск

31. 12. 2011 года в Городском клиническом родильном доме №2 города Минска от II беременности, II срочных родов родилась доношенная девочка с весом 3170 г и длиной тела 51 см с оценкой по шкале Апгар на 1-й и 5-й минутах 8/9 баллов. Беременность протекала с угрозой прерывания в 15, 18-19 и 32-33 недели беременности, истмико-цервикальной недостаточности, кольпита в 32 недели с выделением в мазках *Streptococcus agalactiae* из цервикального канала, в связи с чем, согласно протоколам, было проведено профилактическое лечение амоксициллином. Общее состояние ребенка при рождении - удовлетворительное. При осмотре обращала на себя внимание деформированная грудная клетка с наличием безболезненного воспалительного инфильтрата диаметром 6-8 см справа с изъязвлениями в центре и незначительным скудным отделяемым. Аускультативно выслушивался систолический шум с эпицентром в I и V точках. Границы относительной сердечной тупости при перкуссии не расширены. Со стороны других органов и систем патологических изменений не выявлено.

Для постановки клинического диагноза был проведен дифференциальный диагноз со следующими заболеваниями: внутриутробной инфекцией предположительно стрептококковой этиологии с преимущественным поражением кожи, опухолевидным процессом, синдромом Гольца, туберкулёзом кожи, иммунодефицитными состояниями.

О возможной реализации внутриутробной инфекции стрептококковой этиологии в нашем случае свидетельствовали результаты бактериологического исследования из цервикального канала (кольпит) во время беременности - *Str. agalactiae* в 32 недели гестации и *Str. aureus* из очага инфильтративно-некротического воспаления новорожденного, а также увеличение подмышечных лимфатических узлов справа (0,5 x 0,3 см) с наличием реактивных изменений со скоплением микробных тел при их биопсии. Проведен комплекс иммунологических исследований на выявление TORCH-инфекций методом ИФА: HBsAg, HCV, ВИЧ, герпес, антитрепонемные антитела. Полученные результаты – отрицательные. Изменений со стороны органов и систем при проведении ультразвуковой диагностики не выявлено. Результаты общего анализа крови, мочи, биохимических показателей не свидетельствовали в пользу внутриутробной инфекции. Параллельно проводилось исследование на онкологическое заболевание кожи с определением онкомаркеров и биопсией гранулемы в целях доказательства опухолевидного процесса. Результат отрицателен. Для исключения диагноза врожденного туберкулёза кожи также была проведена биопсия гранулемы, осуществлена консультация фтизиатра. Полученные результаты свидетельствовали не в пользу специфического воспалительного ответа, не было выделено специфической микрофлоры, что позволило исключить диагноз врожденного туберкулёза кожи. При исследовании на выявление иммунодефицитных состояний, у данного пациента была выявлена тимомегалия I степени, при этом показатели иммунограммы находились в пределах возрастной нормы. Тимомегалия была расценена как транзиторное состояние. Отсутствие инфекционных заболеваний в течении последующих 10 месяцев жизни позволило исключить иммунодефицитные заболевания. Ребенок был консультирован генетиками с целью исключения синдрома Гольца. В ходе проведенных исследований у ребенка были выявлены: деформация грудной клетки, добавочная вилкообразное ребро, ВПС (ДМЖП, ОАП, ОО). Однако у пациента причинным фактором деформации ребер явилось стяжения их кожей. Был взят кариотип с рекомендацией повторного генетического консультирования в 3 месяца, но по техническим причинам не получился, повторно к генетикам пациент не обращался.

Окончательный диагноз так и не был установлен. Через месяц после рождения у ребенка произошло спонтанное рубцевание язвы, имеет место прогрессирующий сколиоз. После выписки из стационара ребёнок находился под наблюдением ортопеда и комбустиолога.