

«Новые» и «старые» инфекции. Место и роль инфекционных заболеваний в патологии перинатального периода.

**XIV
ПЛЕНУМ**
РОССИЙСКОГО ОБЩЕСТВА
ПАТОЛОГОАНАТОМОВ
24-25 МАЯ 2024 г.
Россия, Республика Башкортостан, г. Уфа

Туманова Елена Леонидовна, заслуженный врач РФ,
д.м.н., профессор, главный внештатный специалист по
патологической анатомии (детская сеть) ДЗМ, заведующий кафедрой
патологической анатомии РНИМУ им. Н.И. Пирогова

**Корчагина Н.С., Матвеев Е.Н.,
Берников С.Ю., Волобуева Е.А.,
Тишкевич И.М.**



Подразделения детской сети патологоанатомической службы г. Москвы

1. МДГКБ
2. ДГКБ им. З.А. Башляевой
3. ДГКБ им. Св. Владимира
4. ДГКБ им. Н.Ф. Филатова (без помещения морга, аутопсии проводятся врачами ПАО)
5. ДГКБ № 9 им. Г.Н. Сперанского (без помещения морга, аутопсии прикреплены к ДГКБ им. З.А. Башляевой)
6. ИКБ №1
7. ИКБ №2
8. МНПЦ борьбы с туберкулезом



ДГКБ им. З.А.Башляевой
Дети с COVID-19

ИКБ №1
Дети, умершие от
вирусных инфекций
(кроме ВИЧ-
инфекции)



МНПЦ борьбы с
туберкулезом
Дети, умершие в
стационарах от
туберкулеза или
микобактериоза

ИКБ №2
Дети, умершие от
бактериальных
инфекций и ВИЧ-
инфекции

Основное заболевание	Количество случаев
Врожденные генерализованные инфекции (P23 + P35-39)	53 (2022 г.- 64)
Из них P36 (неонатальный сепсис)	13

Основное заболевание	Количество случаев
Инфекционные и паразитарные заболевания (A-B и прочие инфекции)	28 (2022 г.- 15)
Из них <u>A48.8</u> (генерализованная бактериальная инфекция)	20



Непосредственная причина смерти	Количество случаев
R57.2 и R65.1	35

Основное заболевание: Врожденные генерализованные инфекции (P23 + P35)–39

Проектуры	P23 + P35-39	Из них P36 (неонатальный сепсис)
<u>ДГКБ «1»</u>	9	1
<u>ДГКБ «2»</u>	3	0
<u>ДГКБ «3»</u>	27	8
<u>ДГКБ «4»</u>	11	2
<u>Прикрепленный стационар ДГКБ «4»</u>	0	0

Основное заболевание: Инфекционные и паразитарные заболевания (А–В и прочие инфекции)

	А-В и прочие инфекции	Из них <u>A48.8</u> (генерализованная бактериальная инфекция)
<u>ДГКБ «1»</u>	0	0
<u>ДГКБ «2»</u>	2	0
Прикрепленные стационары	0	0
<u>ДГКБ «3»</u>	1	0
Прикрепленные стационары ДГКБ «3»	0	0
<u>ДГКБ «4»</u>	14	14
Прикрепленные стационары ДГКБ «4»	2	1
	7	5

Непосредственная причина смерти (R57.2 и R65.1)

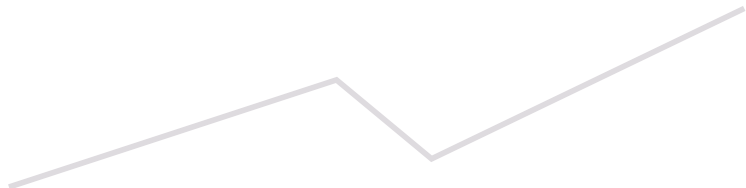
	R57.2 и R65.1
<u>ДГКБ «1»</u>	10
<u>ДГКБ «2»</u>	0
<u>МДГКБ «3»</u>	16
<u>Прикрепленные стационары ДГКБ «3»</u>	4
<u>ДГКБ «4»</u>	3
<u>Прикрепленный стационар ДГКБ «4»</u>	2

Требует

уточнения формулировка «генерализованная бактериальная инфекция» и «сепсис» как в клиническом, так и патологоанатомическом диагнозах.

Необходимо

Разработать методические рекомендации с привлечением анестезиологов-реаниматологов, специалистов перинатальной медицины, детских инфекционистов.



Врожденная инфекция, вызванная парвовирусом B19V

- Вирус обладает высоким сродством к клеткам-предшественникам эритроцитов
 - запускает механизмы цитотоксического повреждения
 - поражение эритроидного ростка кроветворения → **анемия**
-
- **Неиммунная водянка плода** в 80% случаев развивается именно во втором триместре беременности (17-28 неделя гестации)

Новорожденный доношенный ребенок с неиммунной водянкой.

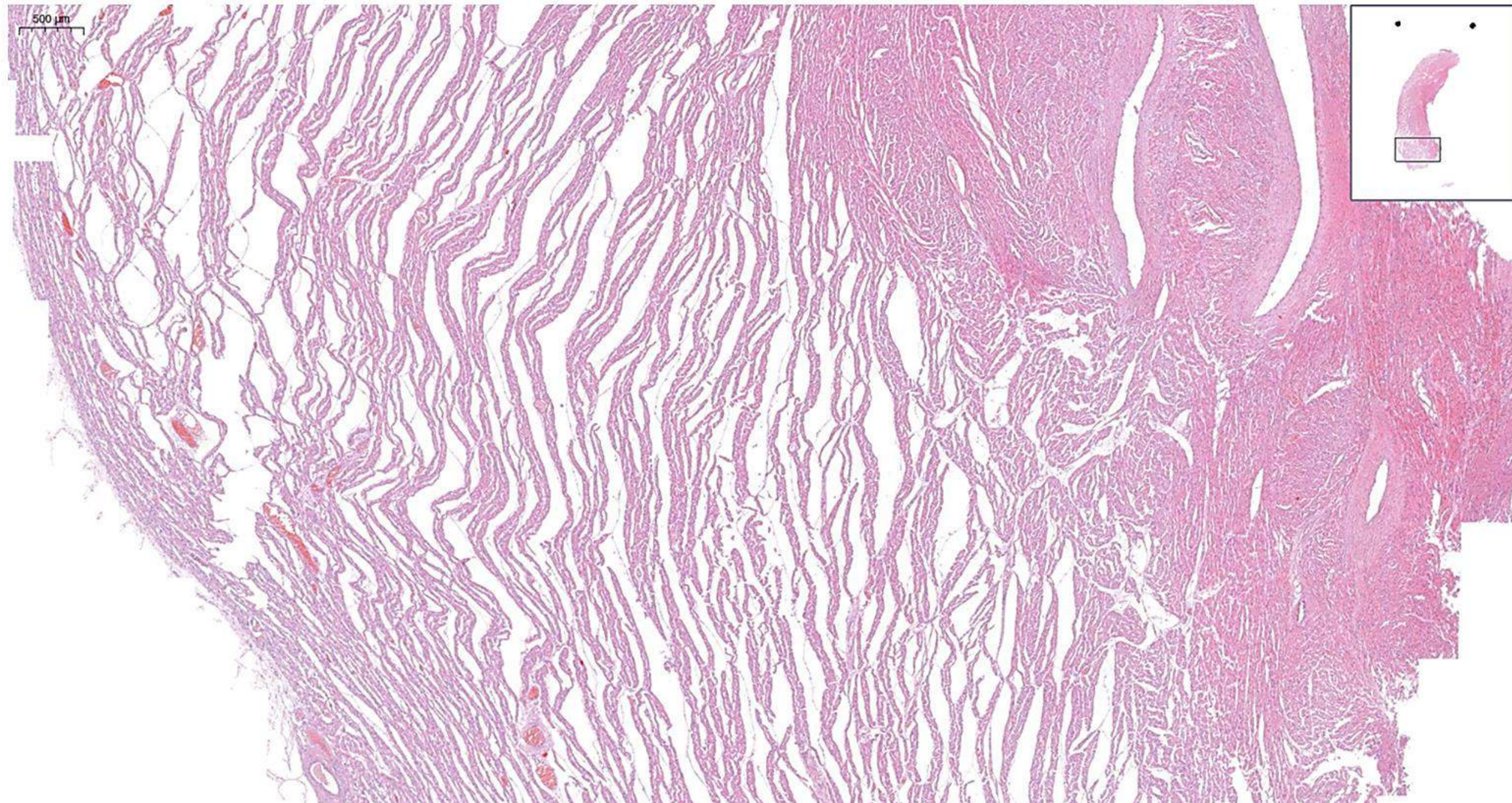
Беременность 1-ая, в 3/3 (28 недель) –ишечная колика.

При УЗИ-исследовании перед родами выявлена водянка плода. Направлена на родоразрешение.

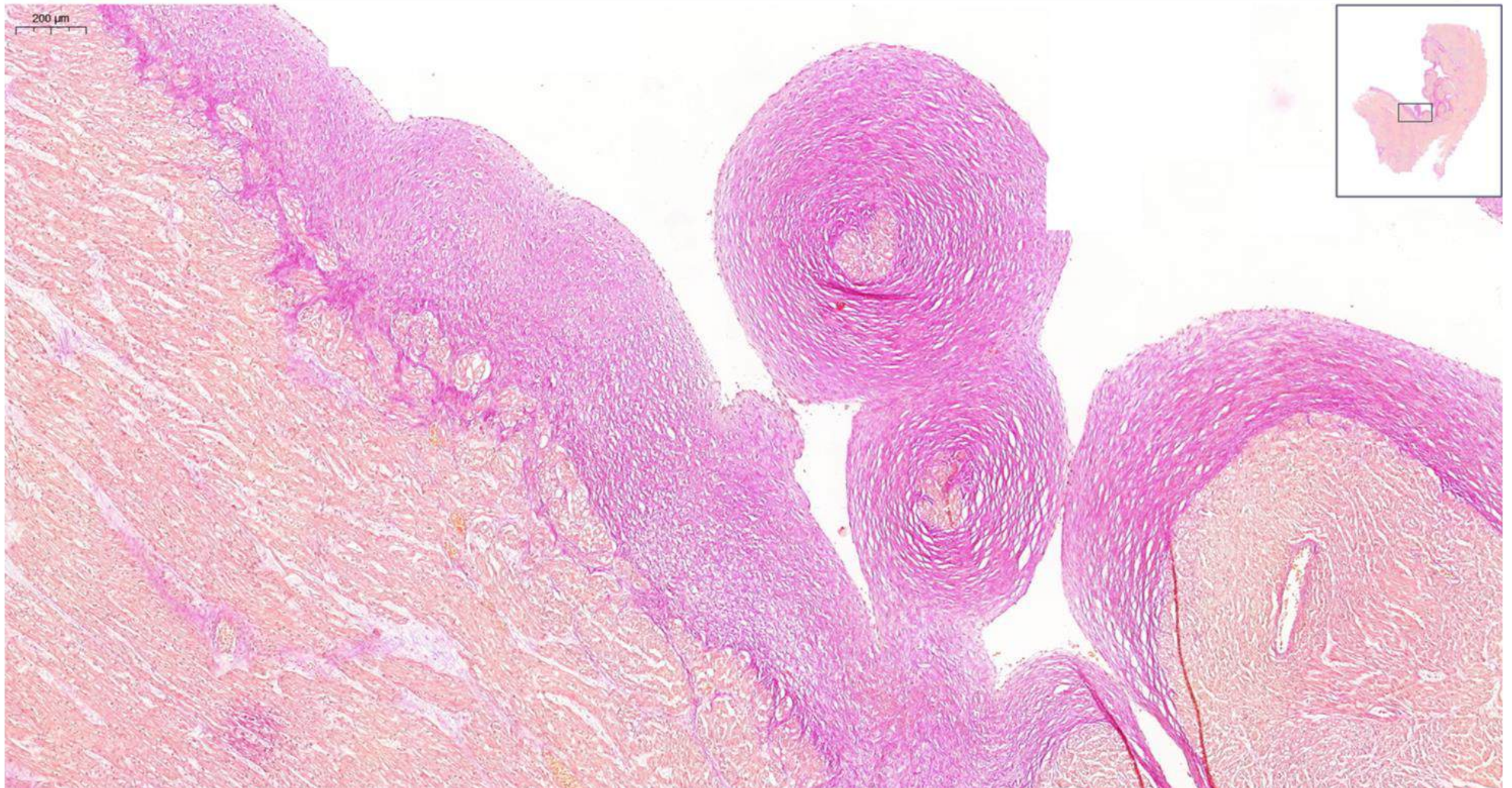
Вес при рождении 3920г, рост 52 см

Смерть в возрасте 5 дней.

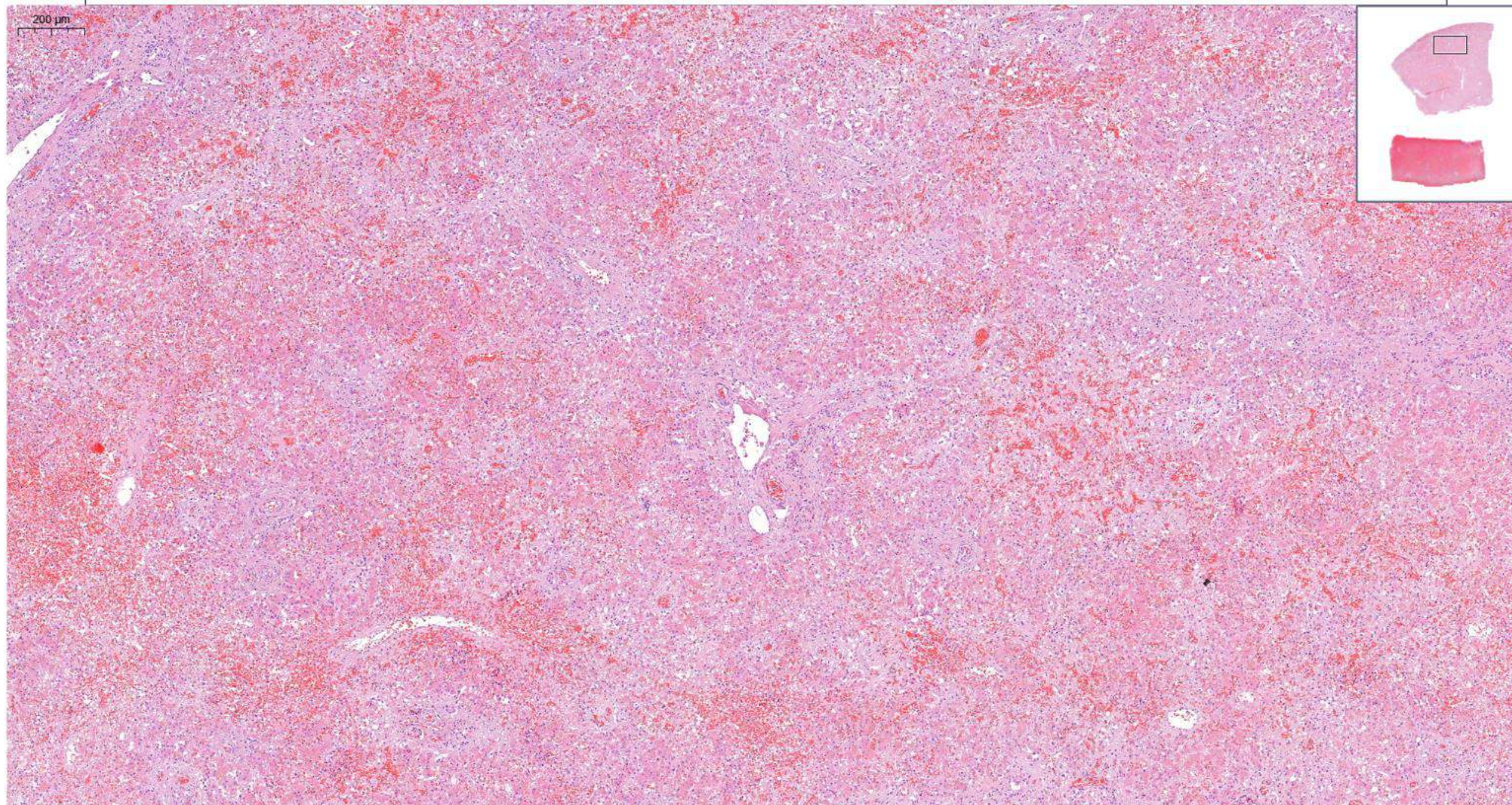
Отек и разволокнение миокарда левого желудочка



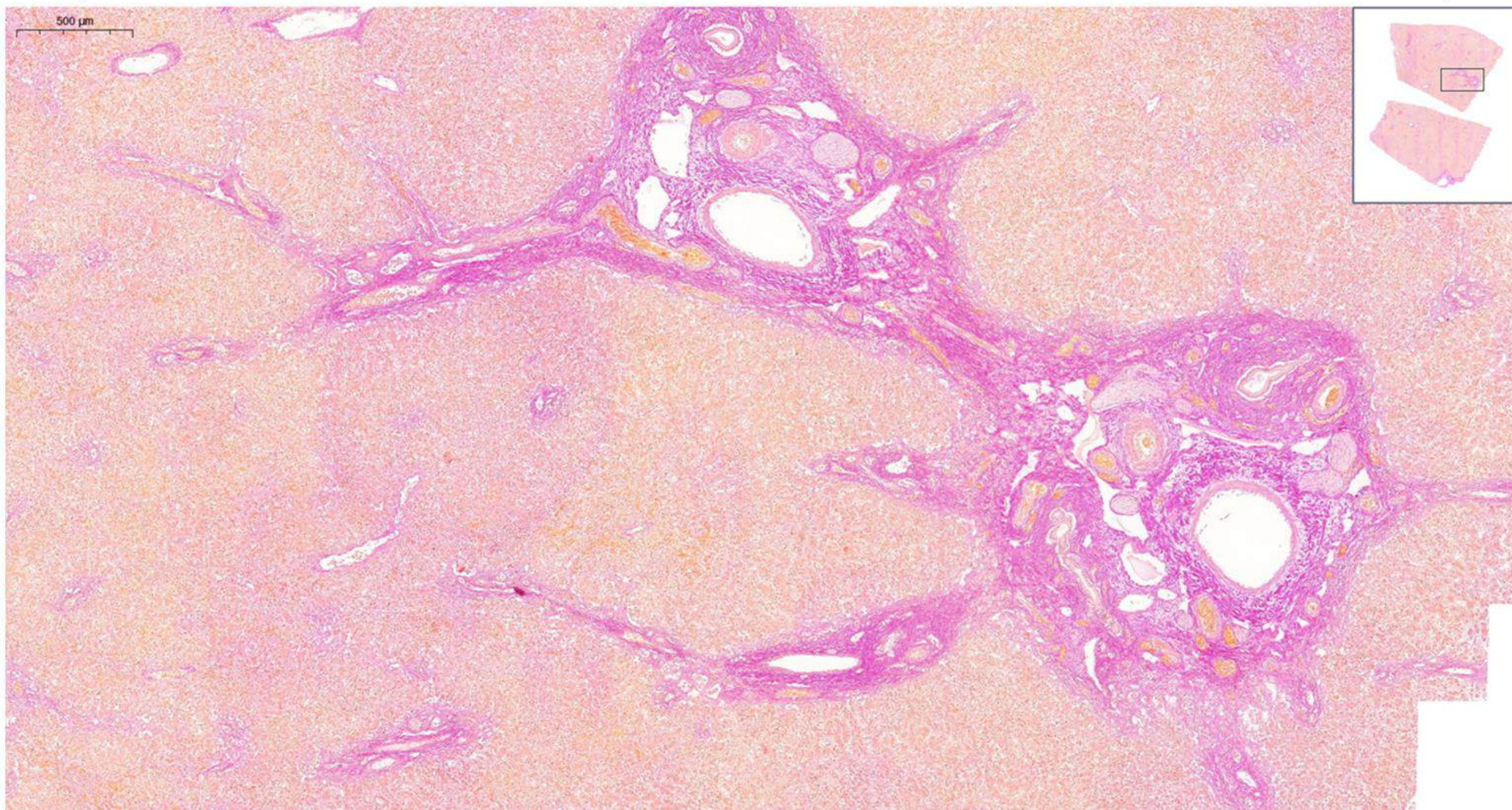
Фиброэластоз эндокарда правого и левого желудочков (окр. По Ван-Гизону)



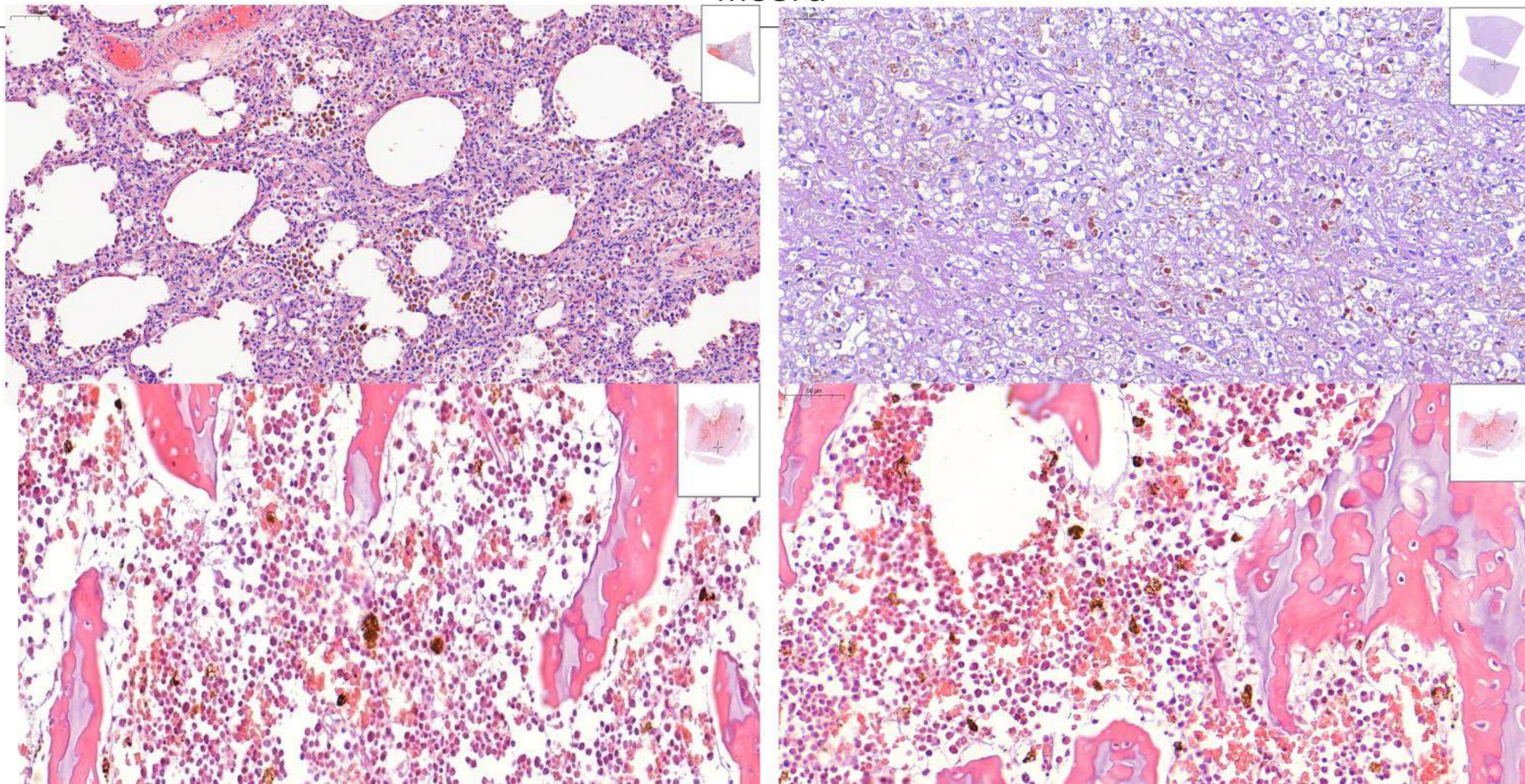
Субмассивный некроз паренхимы печени



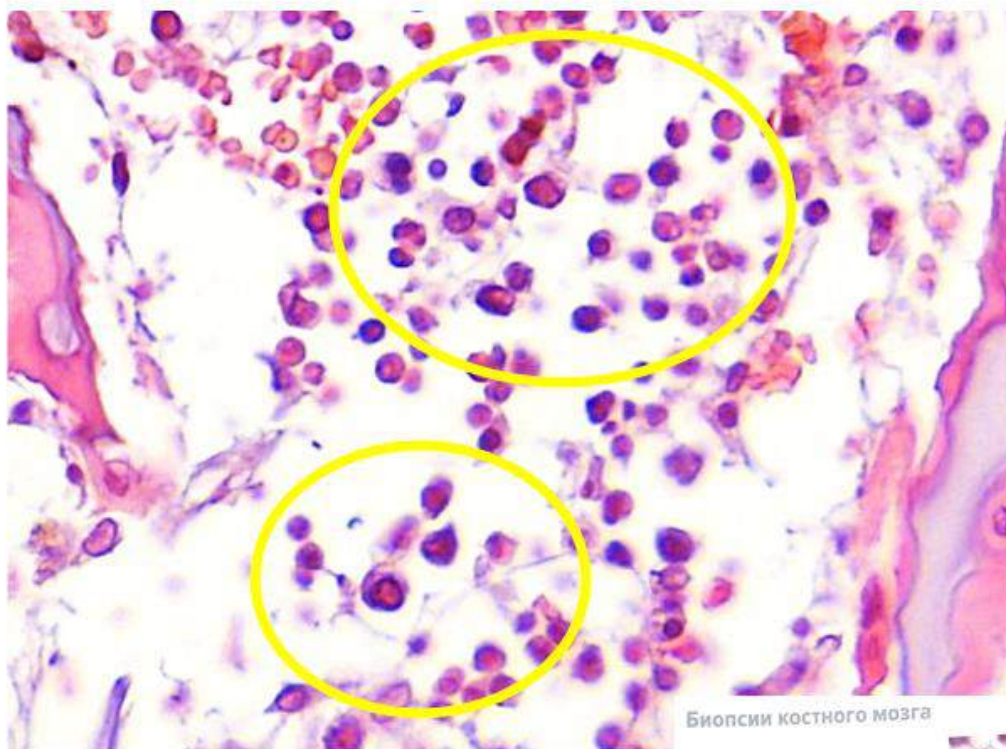
Фиброз портальных трактов (окр. По Ван-Гизону)



Диффузный гемосидероз легочной паренхимы, печени, красного костного мозга



Вирусные включения в ядрах нормобластов



Биопсии костного мозга

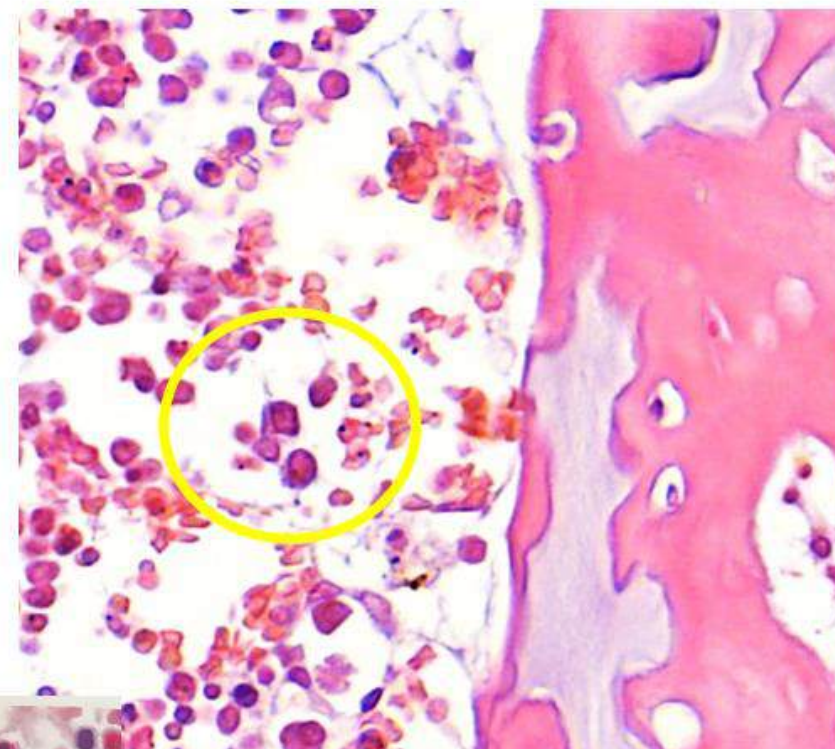
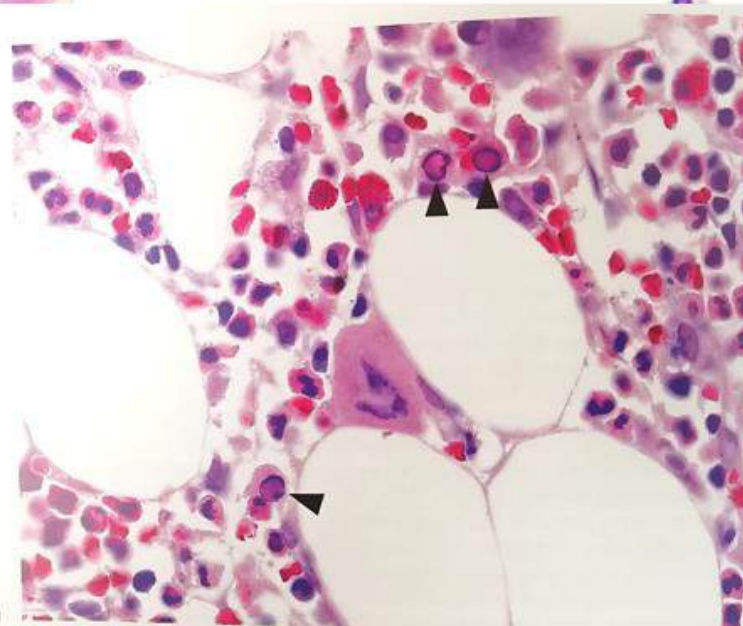
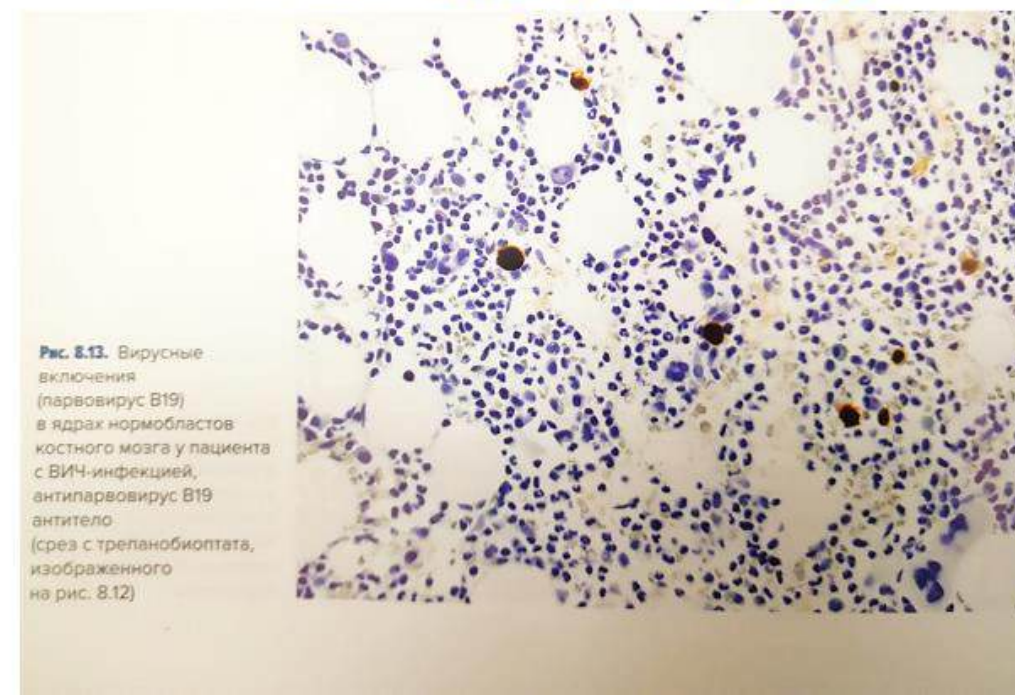
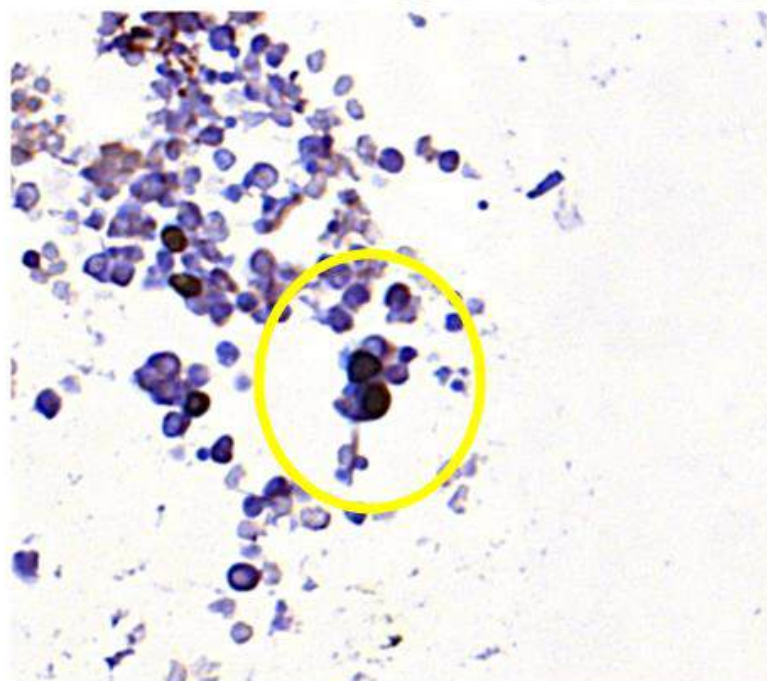
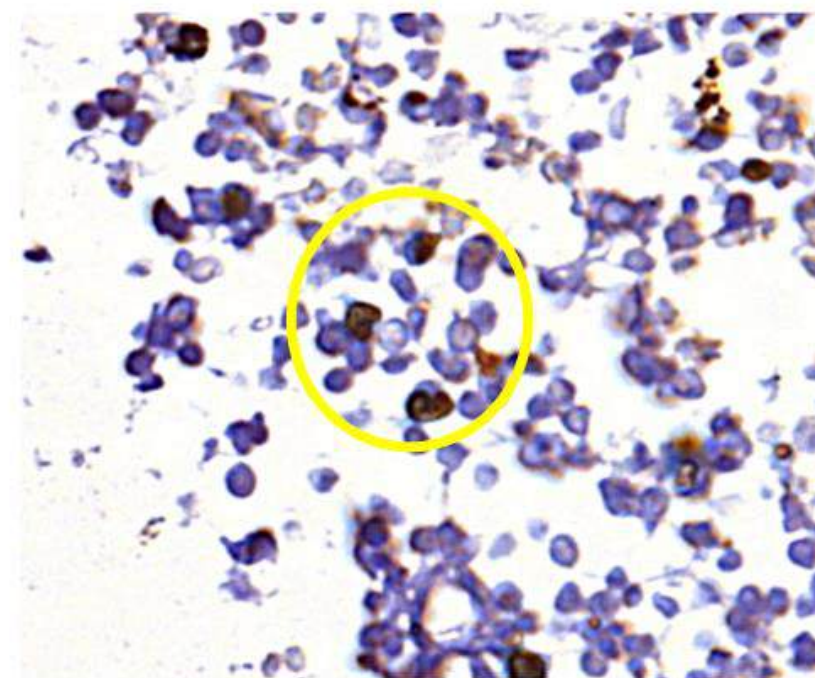
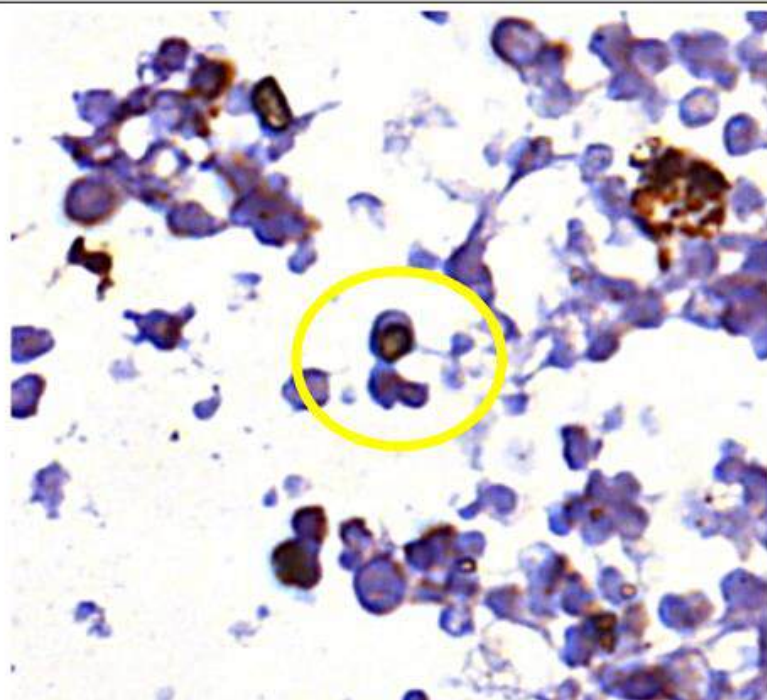


Рис. 8.12. Вирусные включения (парвовирус В19) в ядрах нормобластов костного мозга у пациента с ВИЧ-инфекцией («клетки-фонари» отмечены стрелками, срез с трепанобиоптата, изображенного на рис. 8.11)



Иммуногистохимическое исследование с анти-Parvovirus B19



Динамика частоты инфекционных заболеваний у детей 2023 к 2022 году по данным Роспотребнадзора г. Москвы

Рост

Коклюш

Корь

Энтеровирусная инфекция

Стрептококковая инфекция, скарлатина

Грипп

Микоплазменная пневмония

Хламидийная пневмония

Уменьшение

ОКИ

COVID-19



В **2023** году в городе Москве госпитализировано **1293 человек с коклюшем**, из них **1 183 ребенка**.

В возрасте **до 1 года** госпитализировано **492 ребенка**, из них:

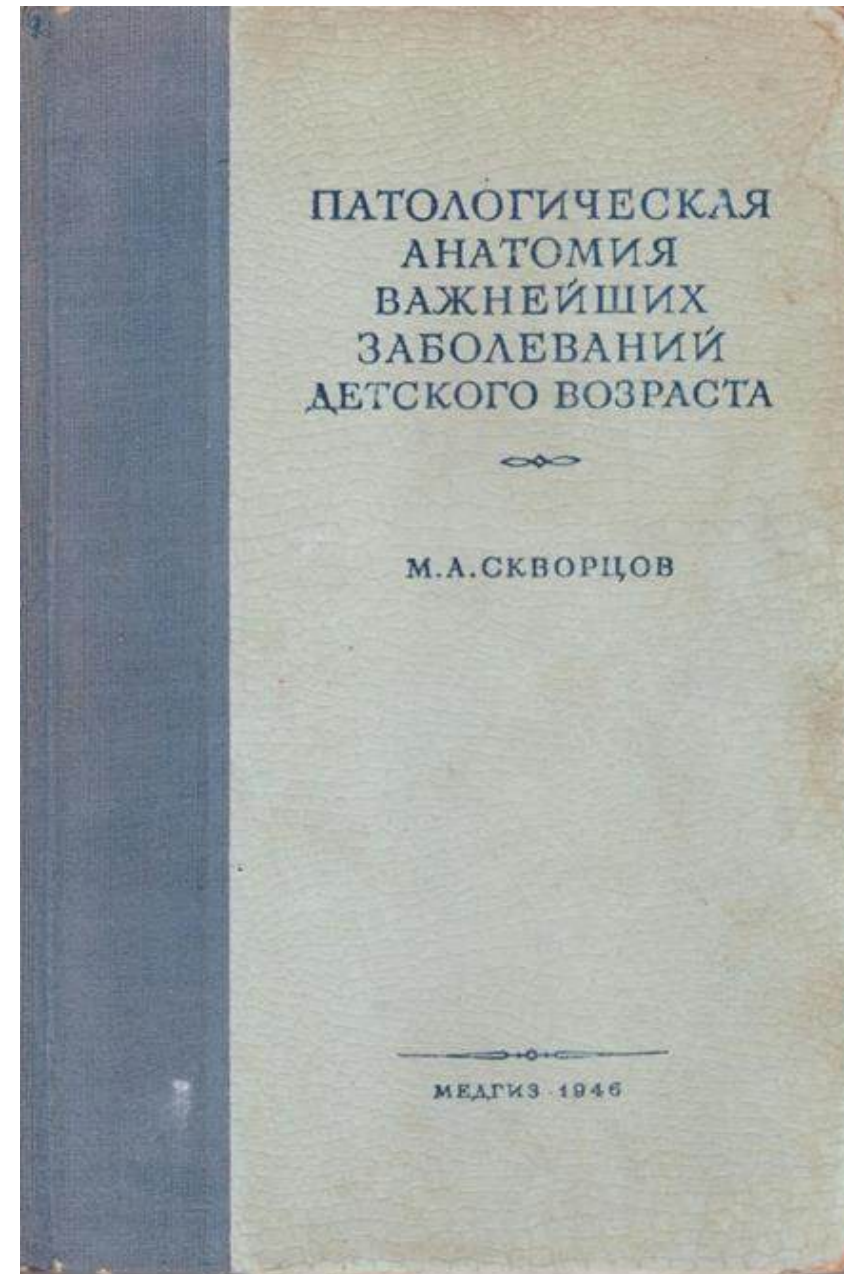
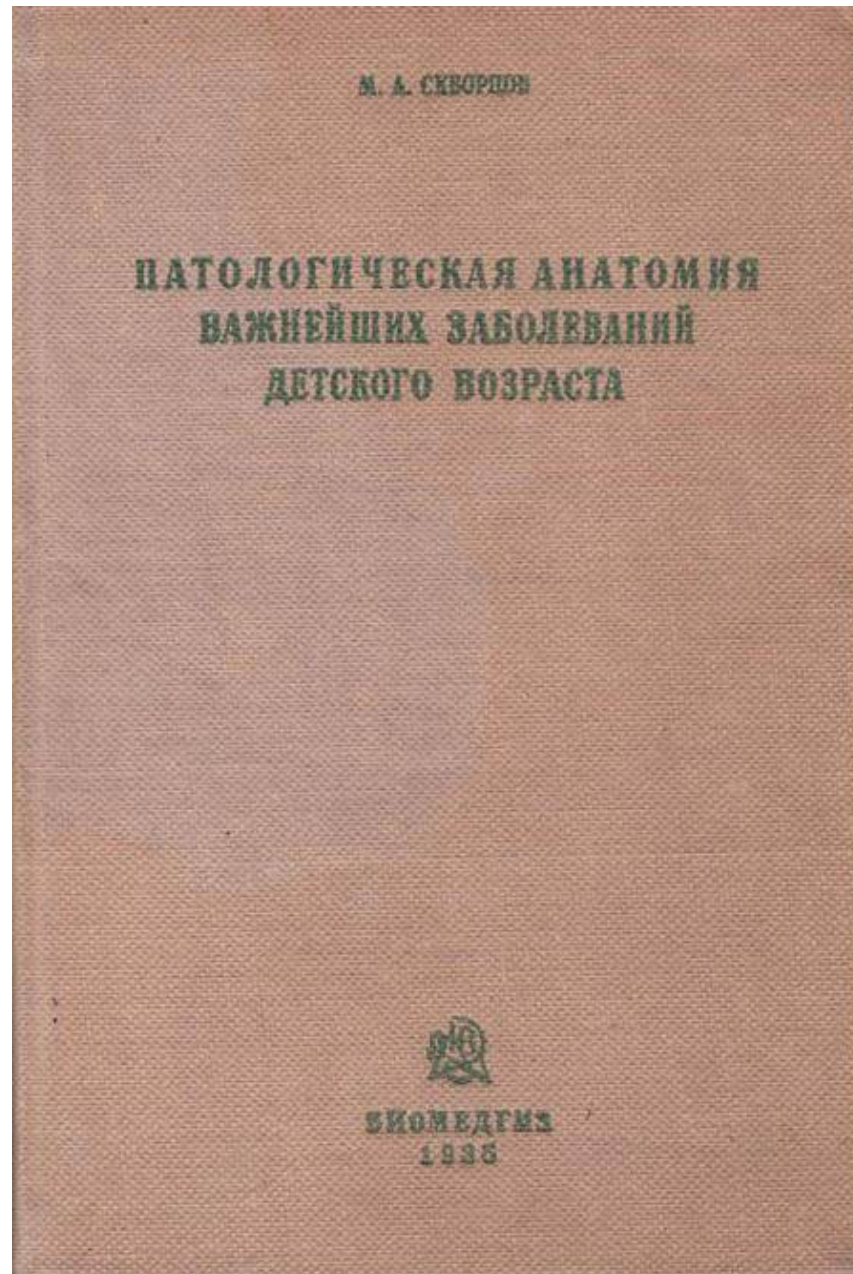
- ✓ 1-3 месяцев - 264 (53,6%),
- ✓ 4-6 месяцев – 127 (25,8%),
- ✓ 7-12 месяцев – 101 (20,6%).

Тяжёлые формы (клинические):

- ✓ 1-3 месяцев - 92,8%,
- ✓ 4-6 месяцев – 7,2%.

Взрослых госпитализировано 110 чел., из них:
беременных 12 чел. (10,9%), но тяжелых форм у них не наблюдалось.

Код по МКБ- 10	Нозология	Количество
A00-B99	Инфекционные и паразитарные заболевания	28
	<i>A09.1 Другие и неуточненные гастроэнтериты и колиты инфекционного происхождения</i>	<i>1</i>
	<i>A23.9 Бруцеллез неуточненный</i>	<i>1</i>
	<i>A37.0 Коклюш, вызванный Bordetella pertussis</i>	<i>3</i>
	<i>A39.2 Острая менингококкемия</i>	<i>2</i>
	<i>A48.8 Другие уточненные бактериальные болезни</i>	<i>20</i>
	<i>B34.8 Другие вирусные инфекции неуточненной локализации</i>	<i>1</i>



у описываемых больных, если не считать разумеется вышеупомянутых ранних пневмоний, всегда бывает случайной и наступает от каких-либо посторонних причин, прямой связи с коклюшем не имеющих.

Поэтому в дальнейшем изложении здесь будут полностью описаны лишь те немногие черты, которые являются исключительной принадлежностью патологоанатомической картины коклюша, в остальном же целесообразнее будет ограничиться простым проведением сравнения с соответствующими процессами при кори. Прежде

Только что приведенное сравнение с корью не случайно. Эти две инфекции, как уже упоминалось при описании кори, имеют так много сходного в их основном патологическом субстрате, что проведение параллелей между ними делается совершенно неизбежным. Действительно: одинаковая первичная локализация в дыхательном тракте; одинаковый характер первичного поражения и одинаковое дальнейшее его развитие; сравнительная незначительность общих токсических явлений у обеих, благодаря чему они своим тяжелым течением и смертельным исходом почти всегда бывают обязаны другим инфекционным агентам, присоединяющимся к первичному специфическому вирусу; свойственная обоим способность вызывать понижение мест-

с этой последней особенностью свойство оказывать нередко обостряющее и генерализующее влияние на туберкулезные фокусы, если таковые в организме имеются; наконец совершенно одинаковый характер и течение местных осложняющих процессов в легких, а также осложнений со стороны некоторых других органов (центральная нервная система)—все это взятое вместе создает столько общности в патологии этих болезненных форм, что описывать одну из них, не упоминая о другой, почти не представляется возможным, и, с другой стороны, давать отдельные описания всех патологоанатомических изменений для каждой из них становится совершенно излишним.

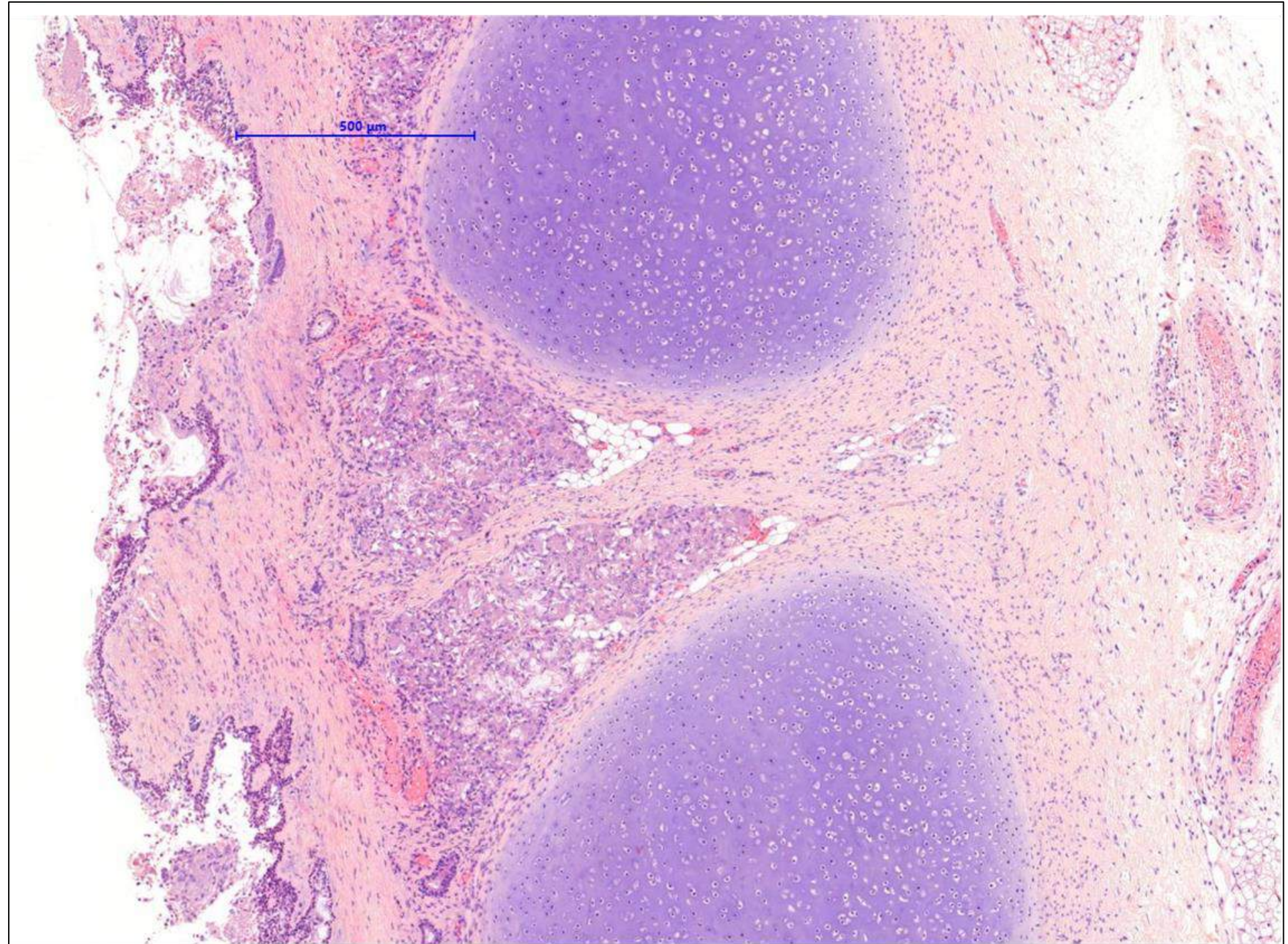
ного интерстиция, а также благодаря дальнейшему распространению его по перибронхиальным и периваскулярным лимфатическим путям. При этом в стенках бронхов, перибронхиальной клетчатке и альвеолярных перегородках изменения получают по преимуществу инфильтративно-пролиферативный характер, резко нарушая нормальную структуру этих частей, ведя к их утолщению, а в дальнейшем к развитию вторичных экссудативных процессов в пораженных альвеолах в виде так наз. перибронхиальных пневмоний. Что касается подробностей развития всех этих изменений и возможных исходов их (здесь имеются в виду хронические бронхиты, иногда с мета-

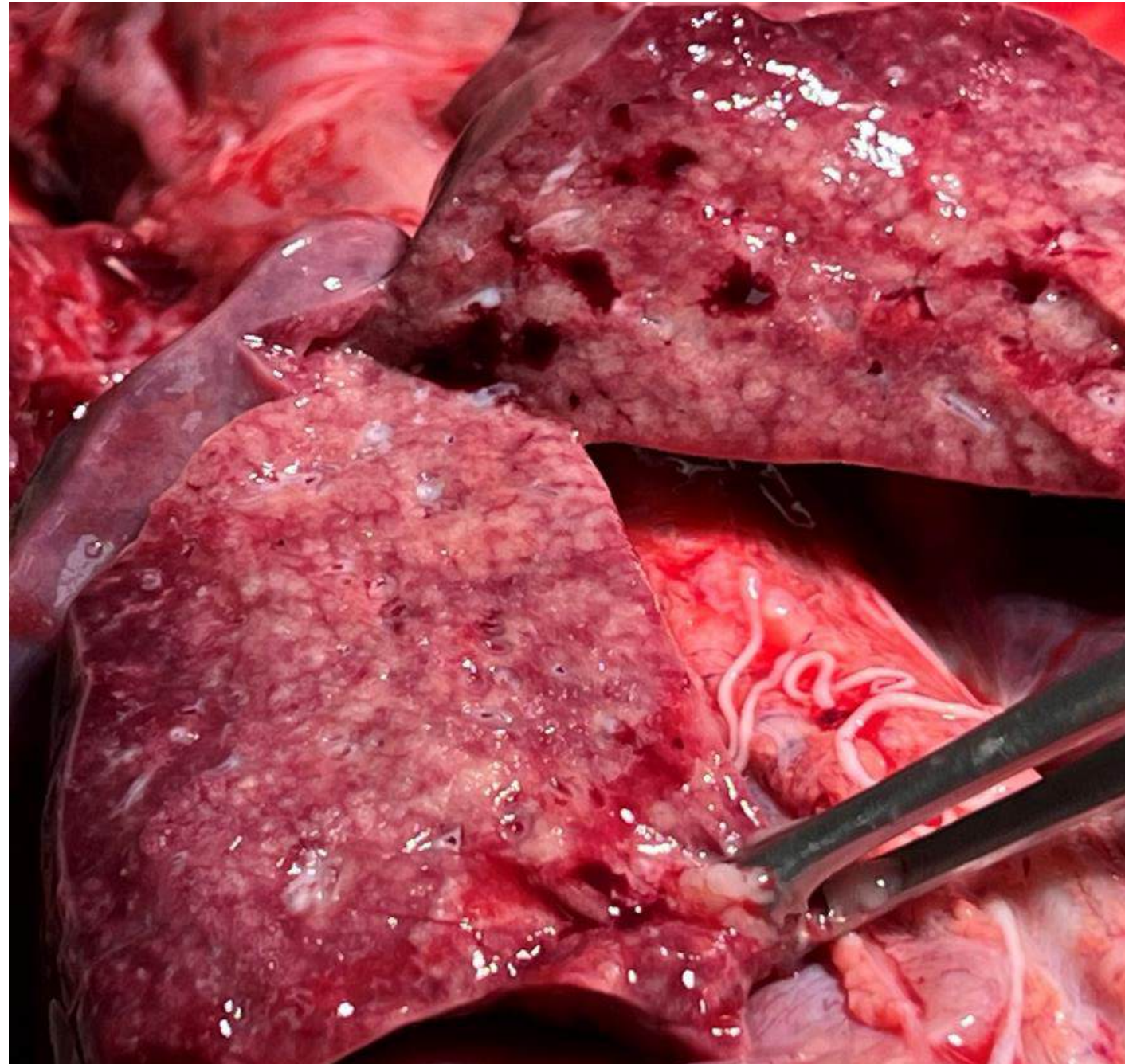
Коклюш.

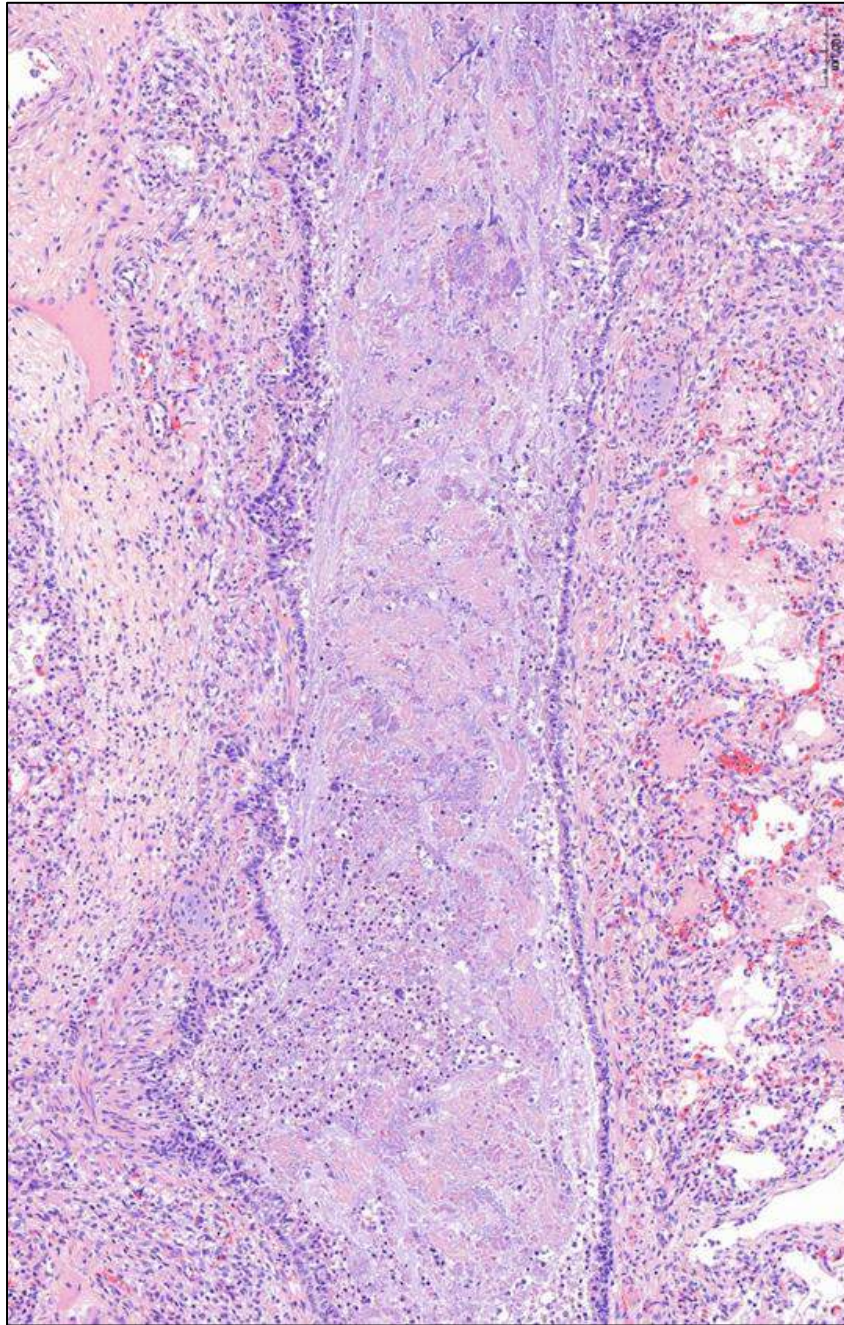
- ✓ Острая антропонозная воздушно-капельная бактериальная инфекция, наиболее характерным признаком которой является **приступообразный спазматический кашель**
- ✓ Иммуитет у младенцев обусловлен **материнскими антителами**, формируется у тех, чьи матери были вакцинированы от коклюша в начале третьего триместра беременности.
- ✓ **Вакцинация детей в 3, 4,5 , 6 месяцев , ревакцинация в 12-18 месяцев**

Девочка 30 суток жизни с множественными эмбриофетопатиями

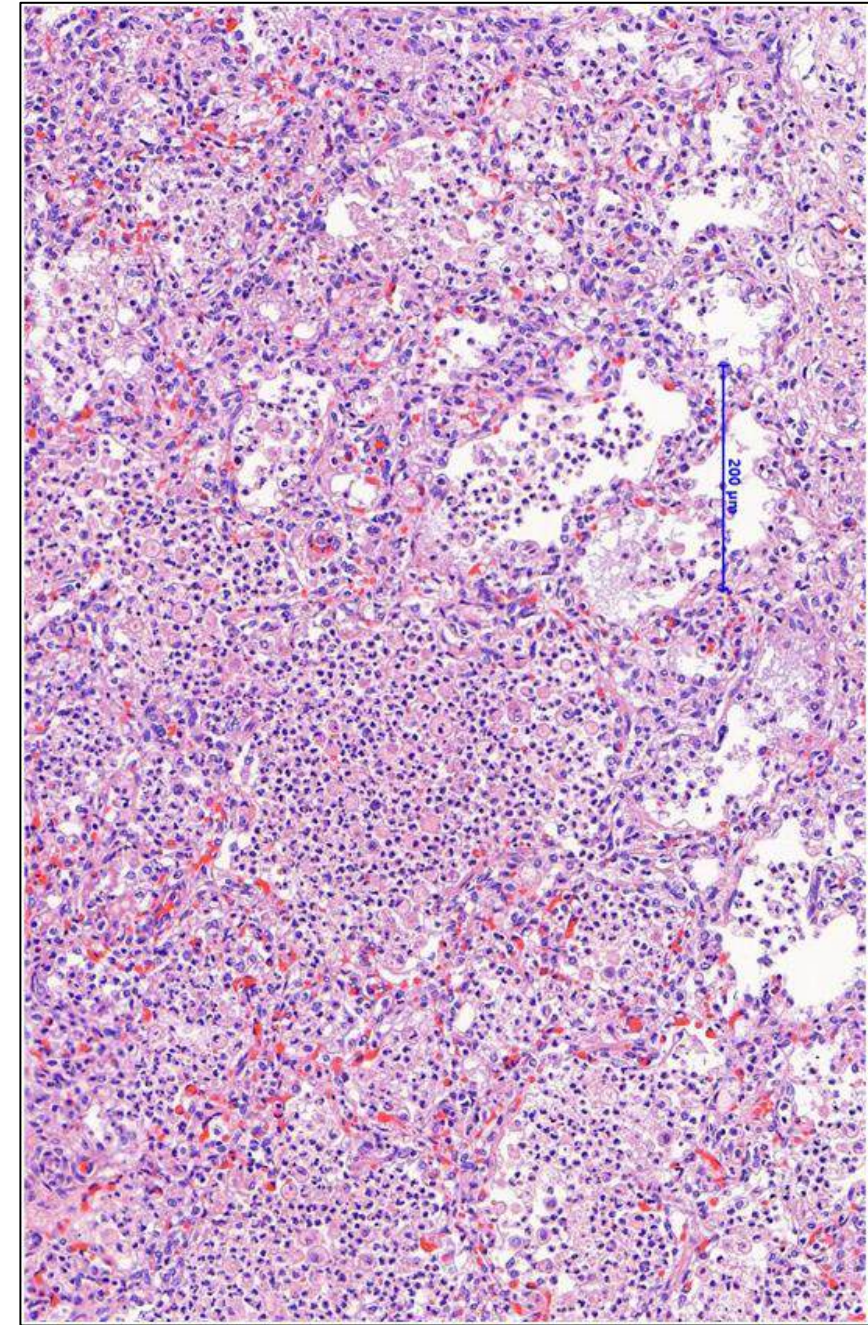
Некротический трахеит.





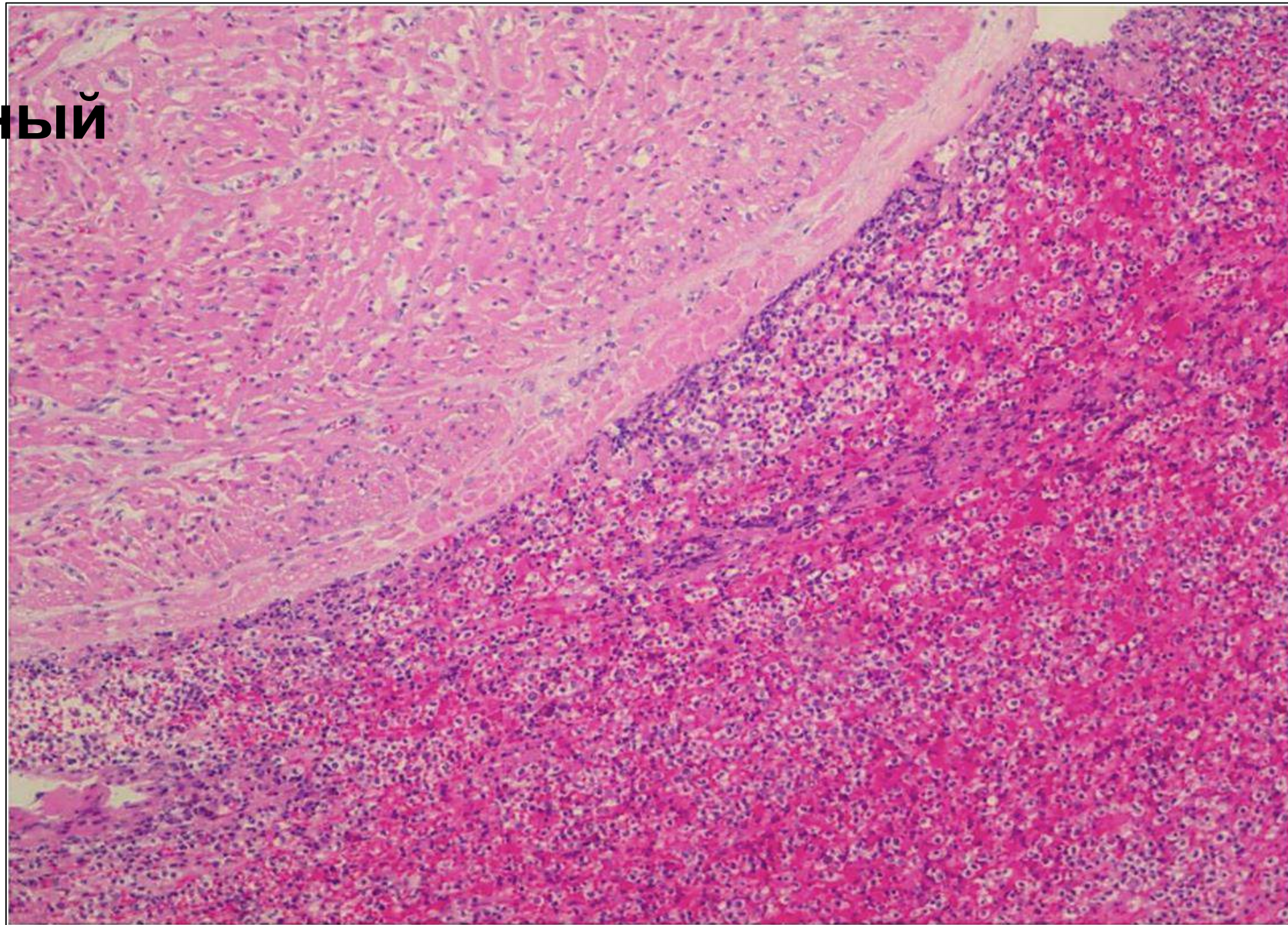


Гнойный бронхит.

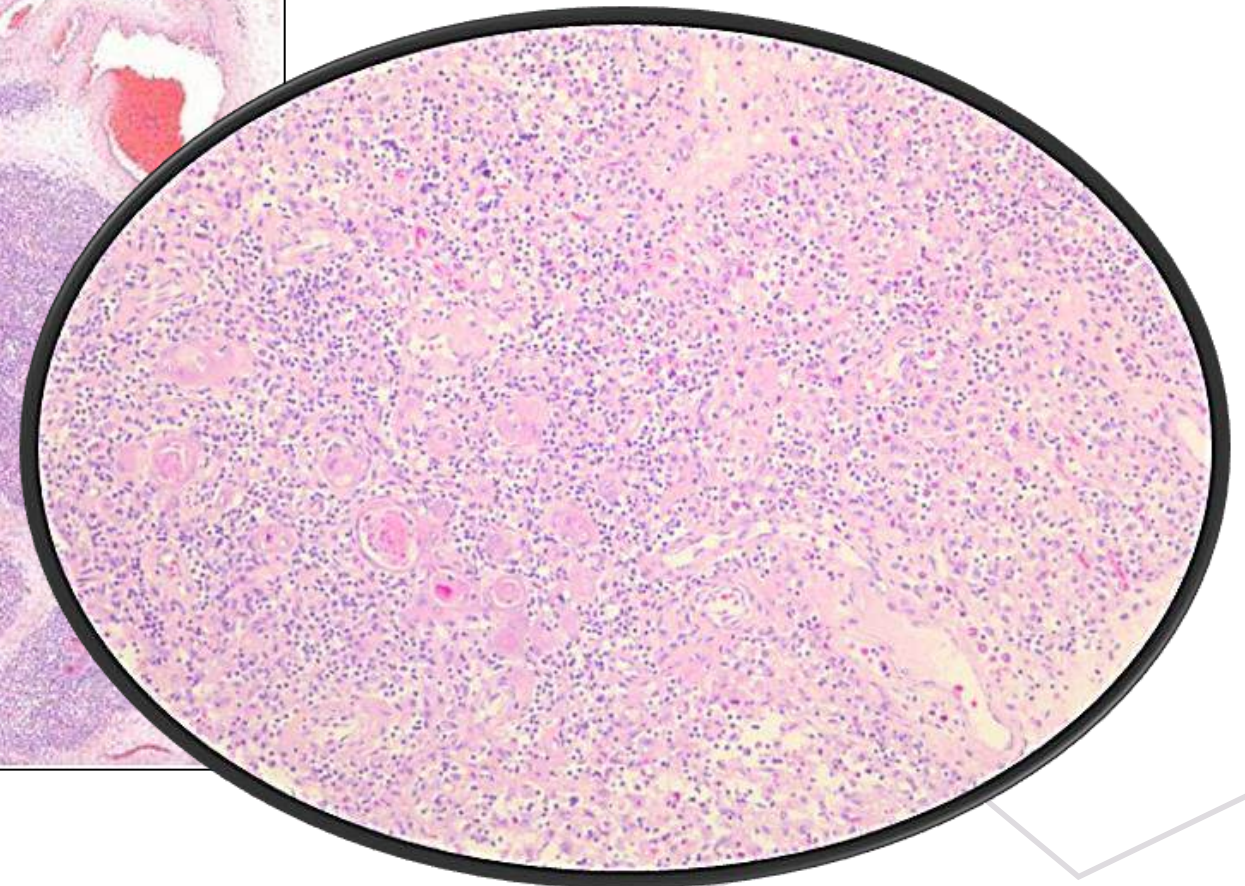
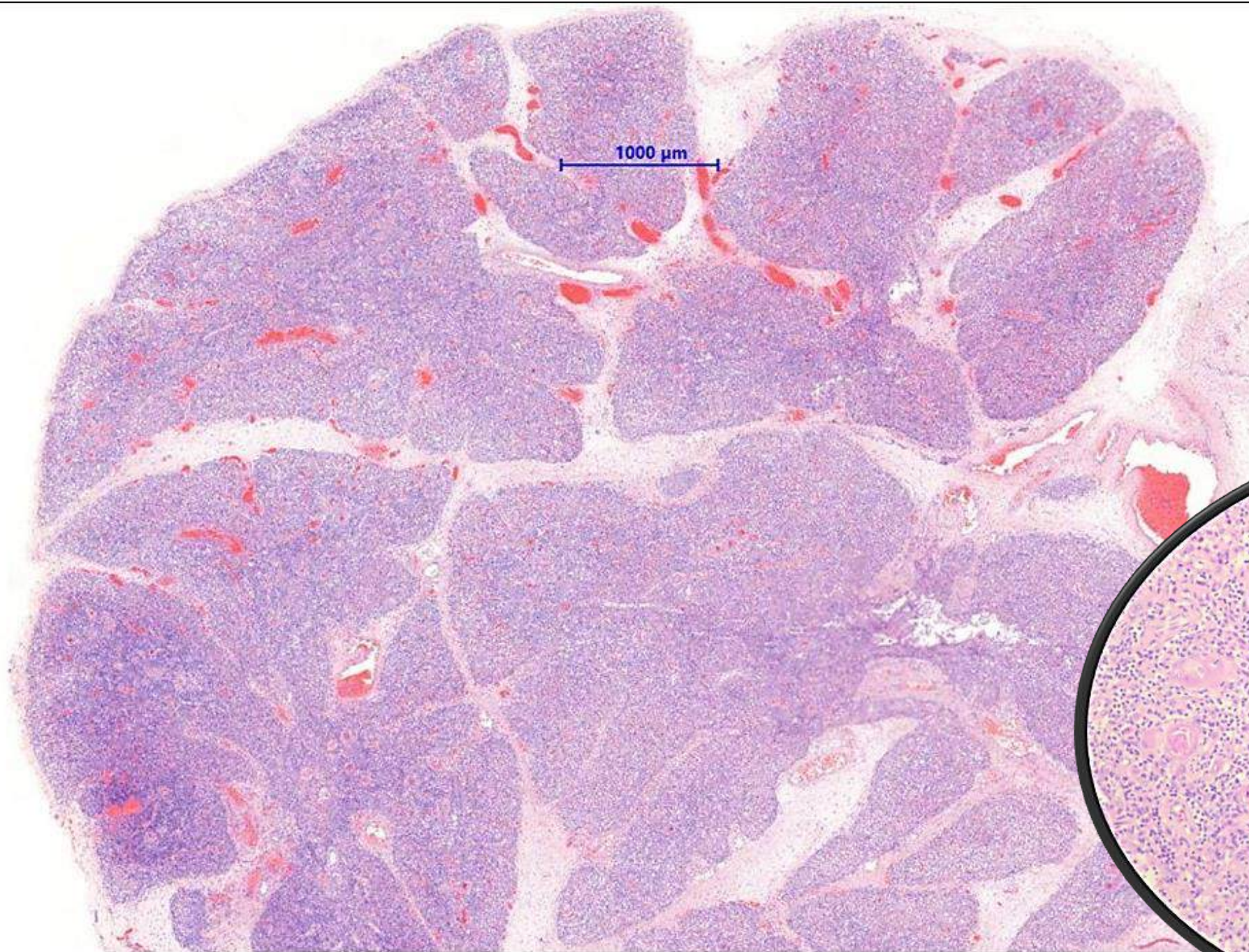


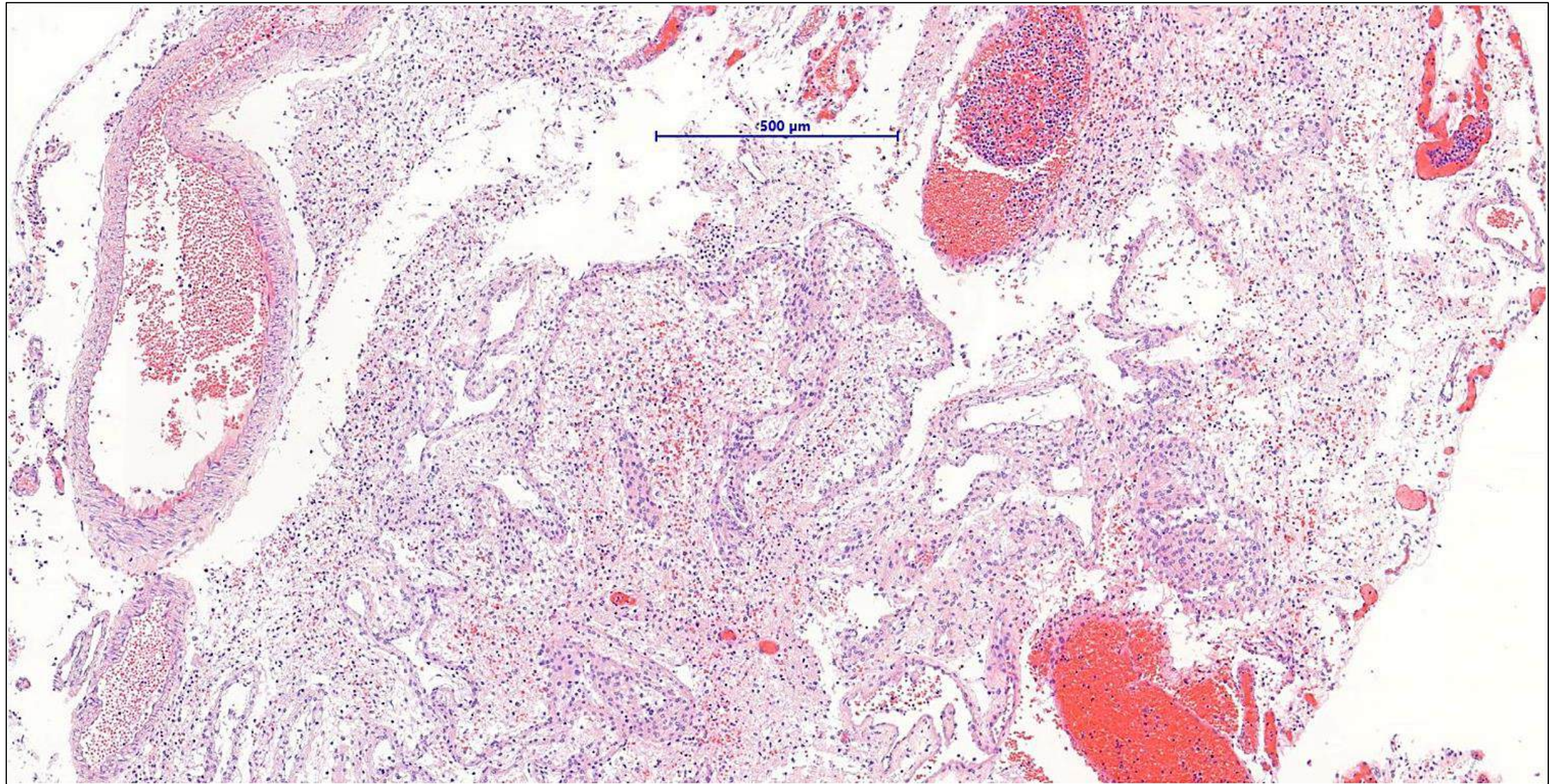
Очаговая пневмония.

Продуктивный эпикардит.

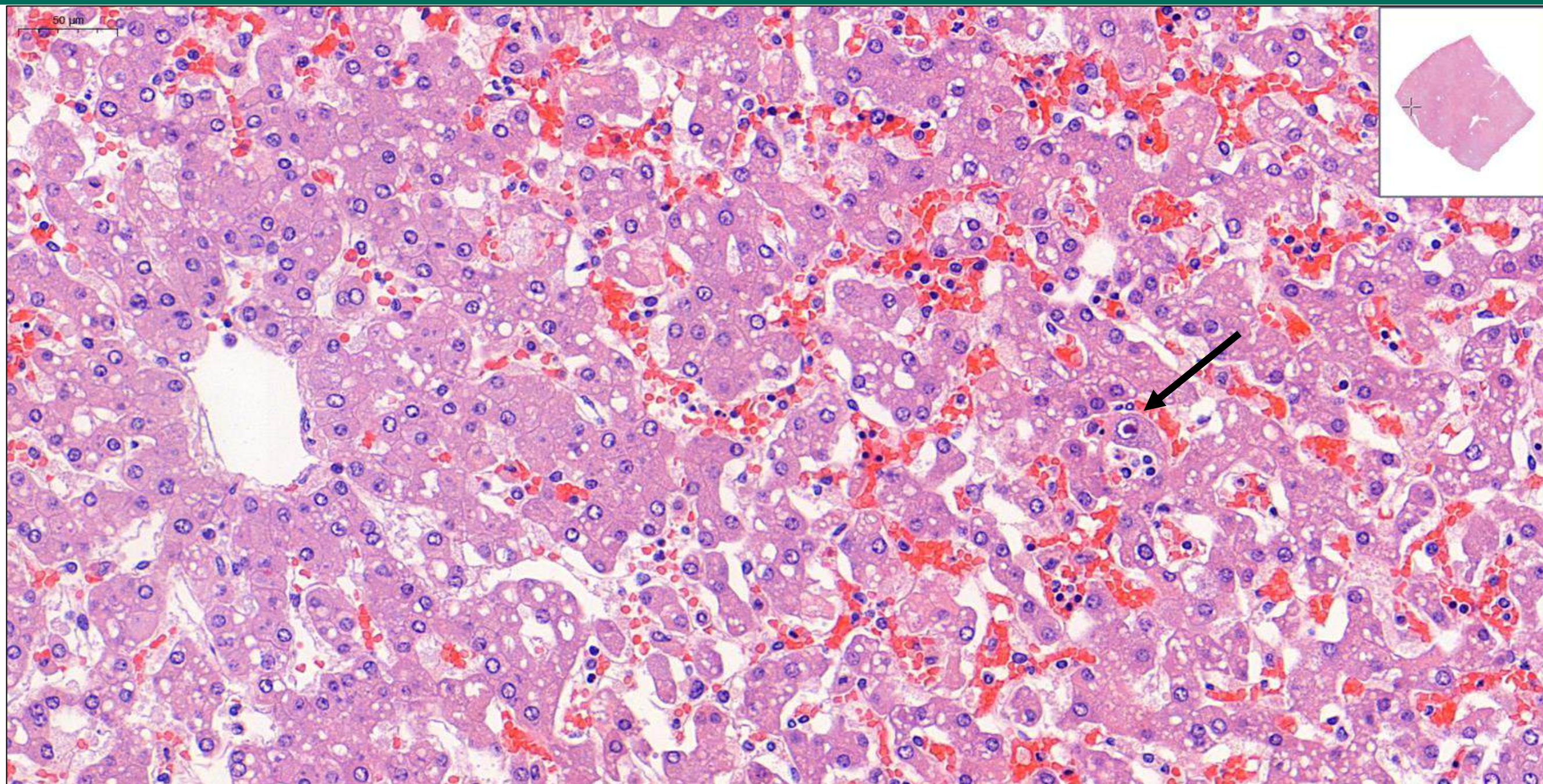


Делимфатизация тимуса.





Продуктивный менингит.



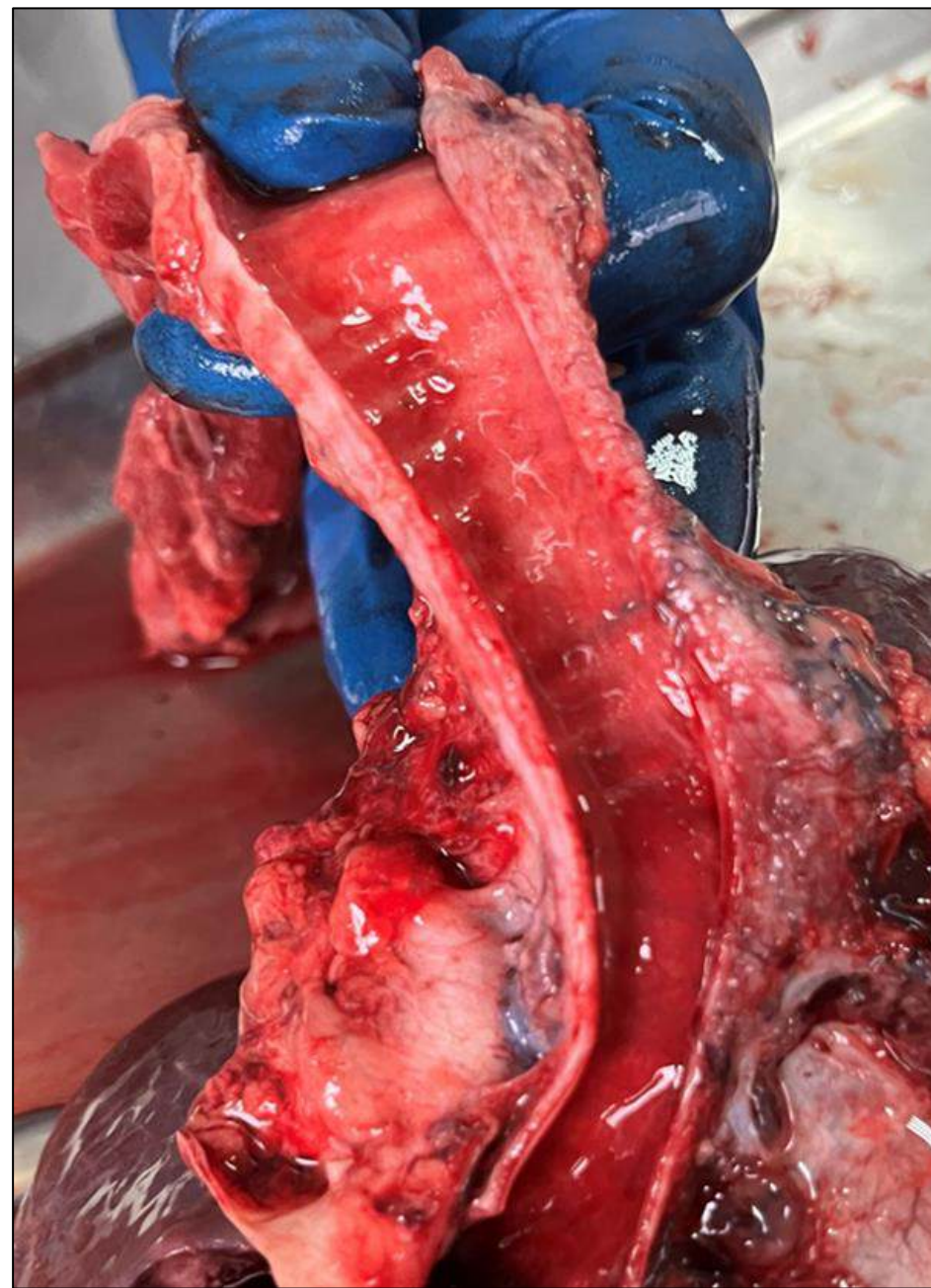
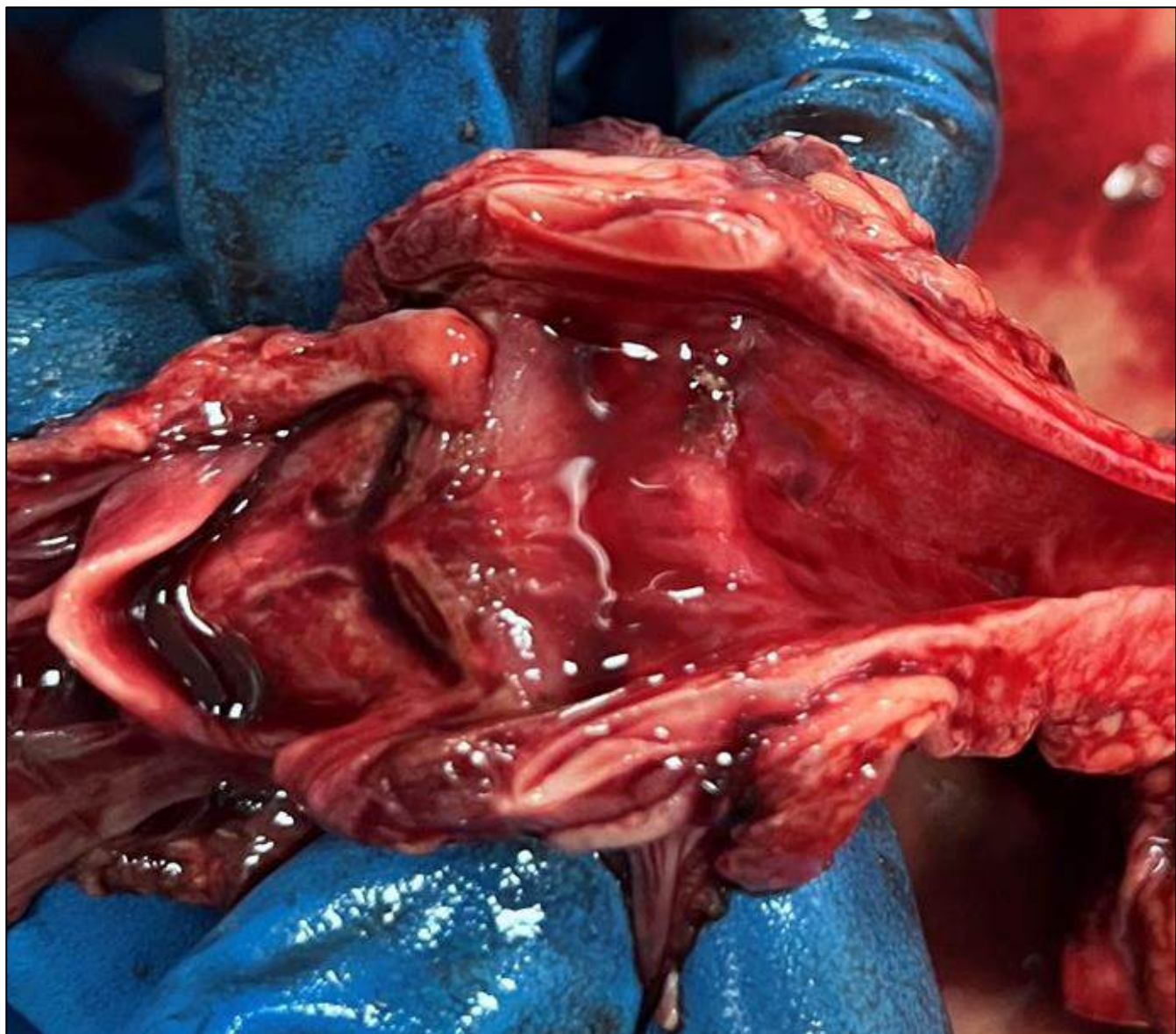
Печень. Вирусологическое исследование CMV+

КОРЬ

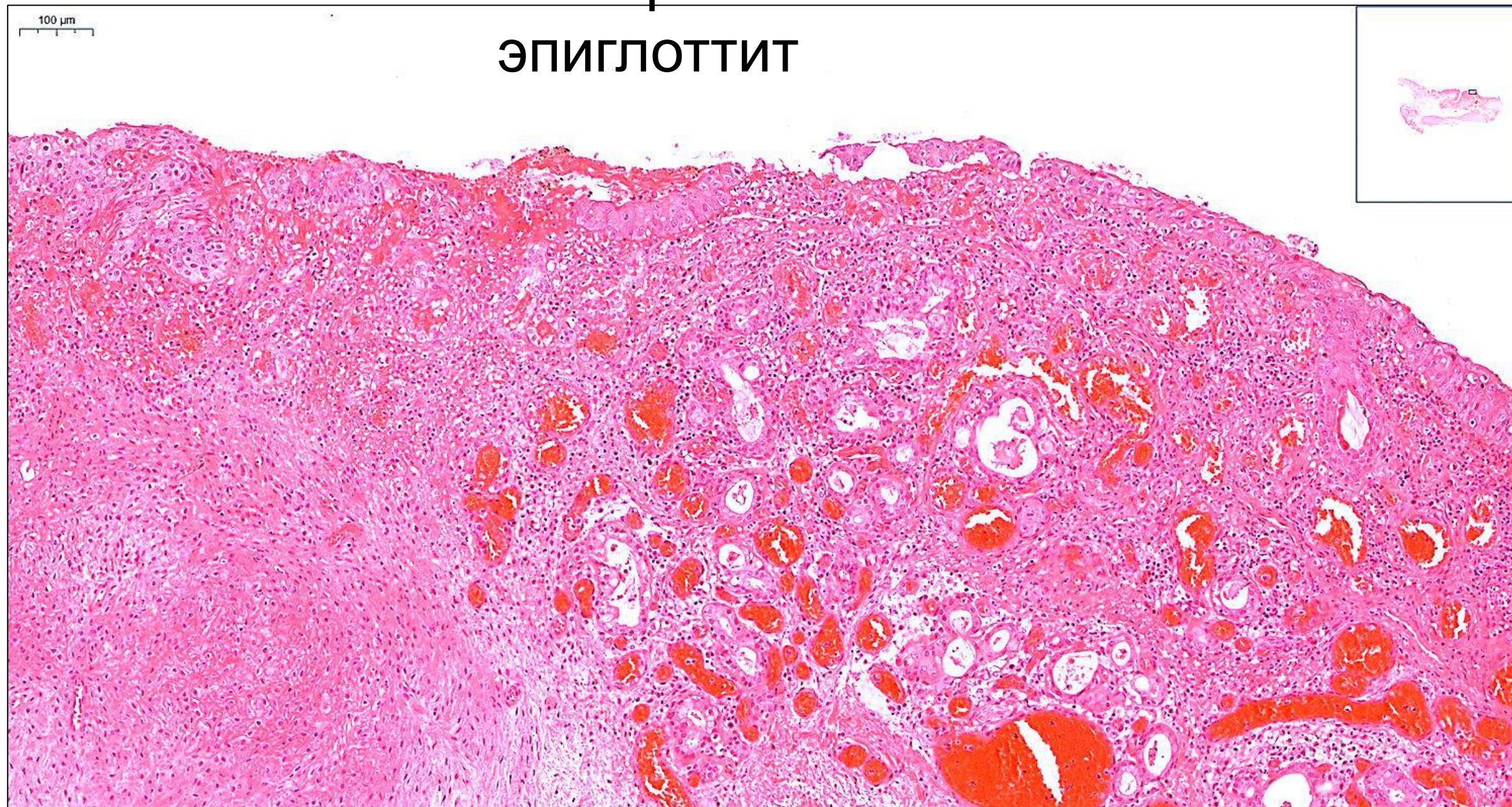
- ✓ острое инфекционное вирусное заболевание с очень высоким уровнем заразности
- ✓ Клинические проявления: высокая температура (до 40,5 °С), воспаление слизистых оболочек полости рта и верхних дыхательных путей, конъюнктивит, пятнисто-папулёзная сыпь на кожных покровах с этапностью высыпания, общая интоксикация
- ✓ Летальность - дети в возрасте до пяти лет
- ✓ Вакцинация детей в 12 месяцев и 6 лет

**Ребенок 7 лет с врожденным пороком сердца:
транспозицией магистральных артерий,
ДМПП, ДМЖП, многократными оперативными
вмешательствами по поводу коррекции ВПС,
тимэктомией (вакцинация не проводилась)**

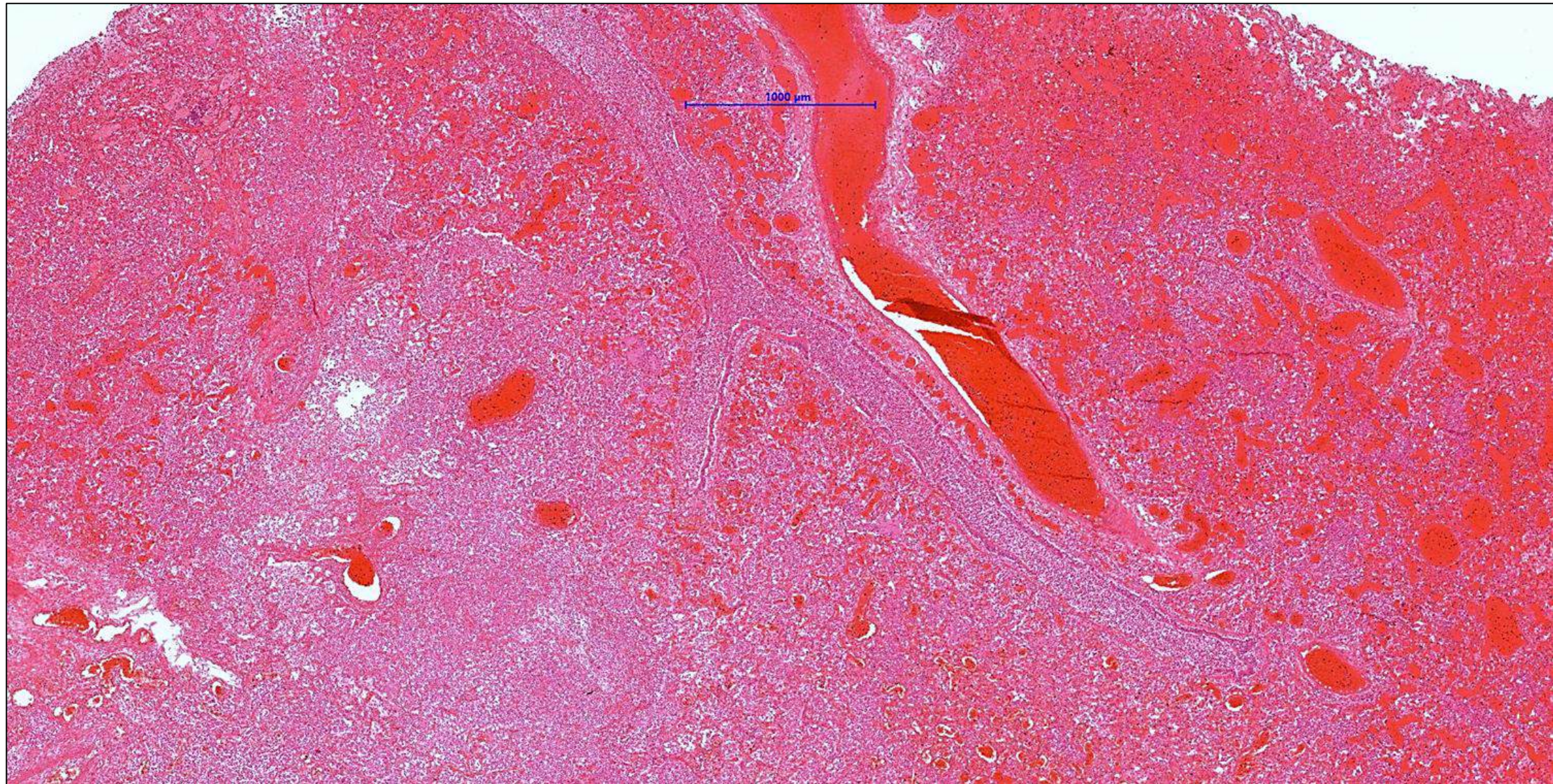
8 сутки от появления сыпи



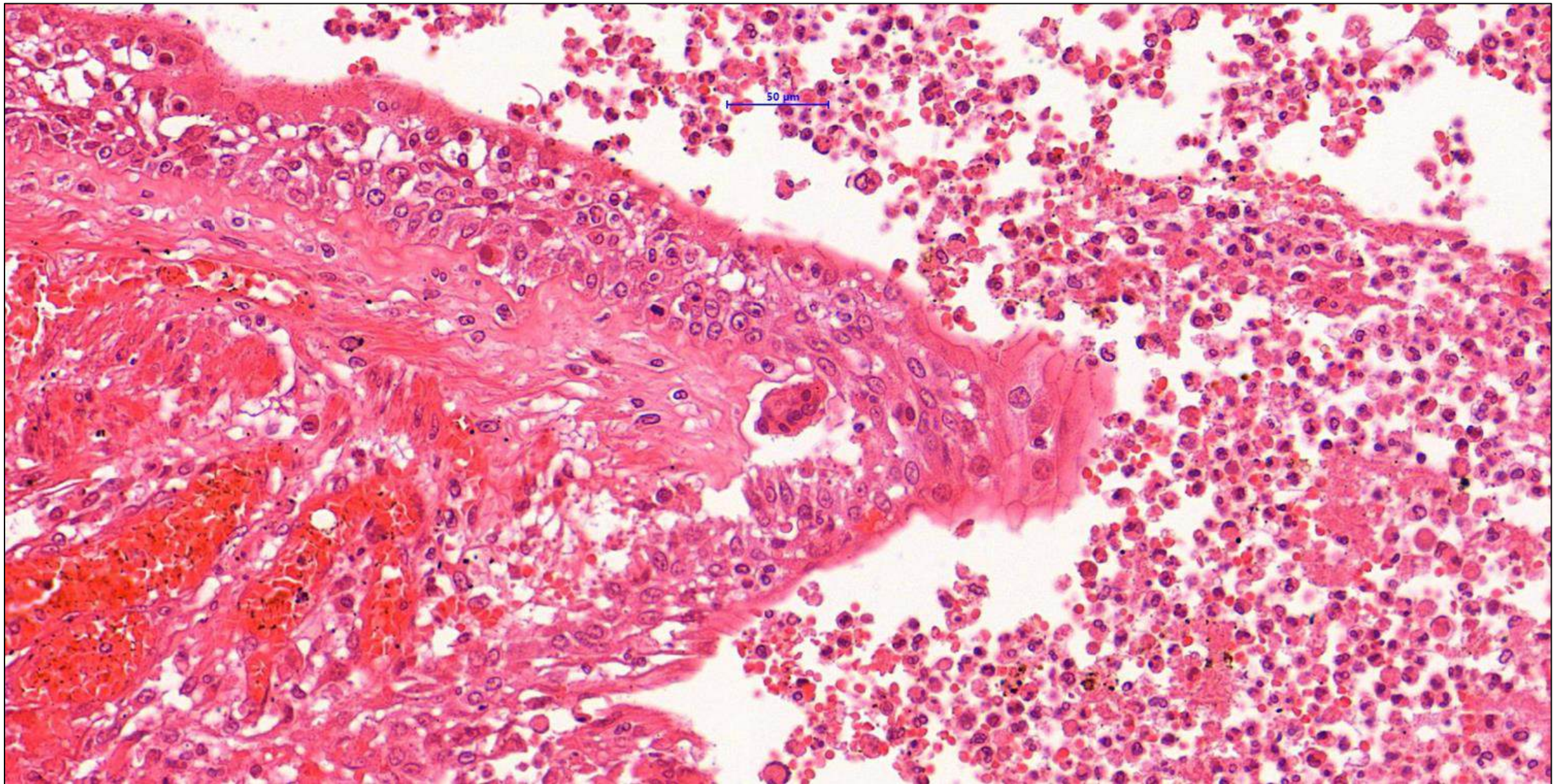
Гнойно-некротический эпиглоттит

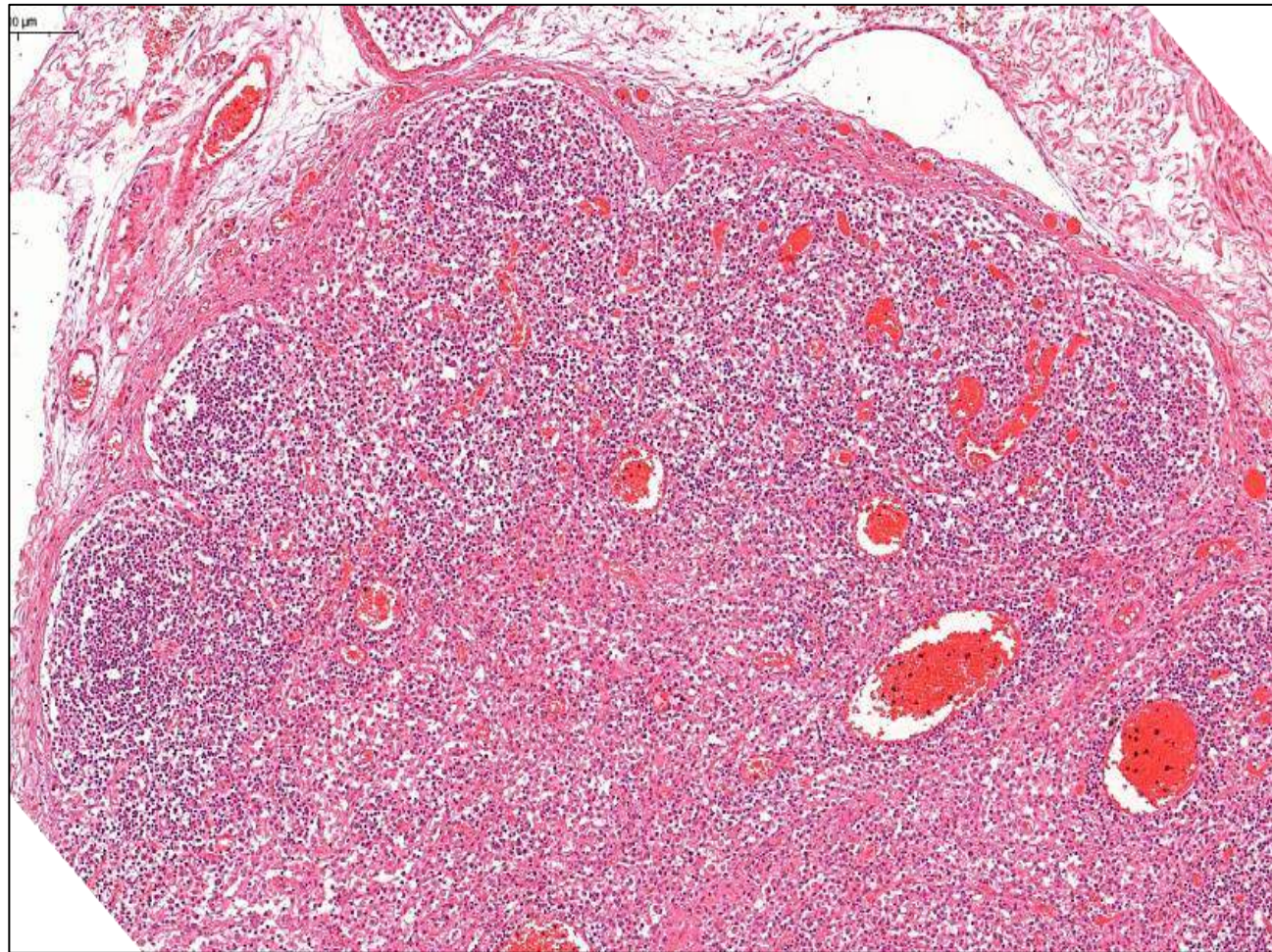


ОЧАГОВО-СЛИВНАЯ ПНЕВМОНИЯ С АБСЦЕДИРОВАНИЕМ

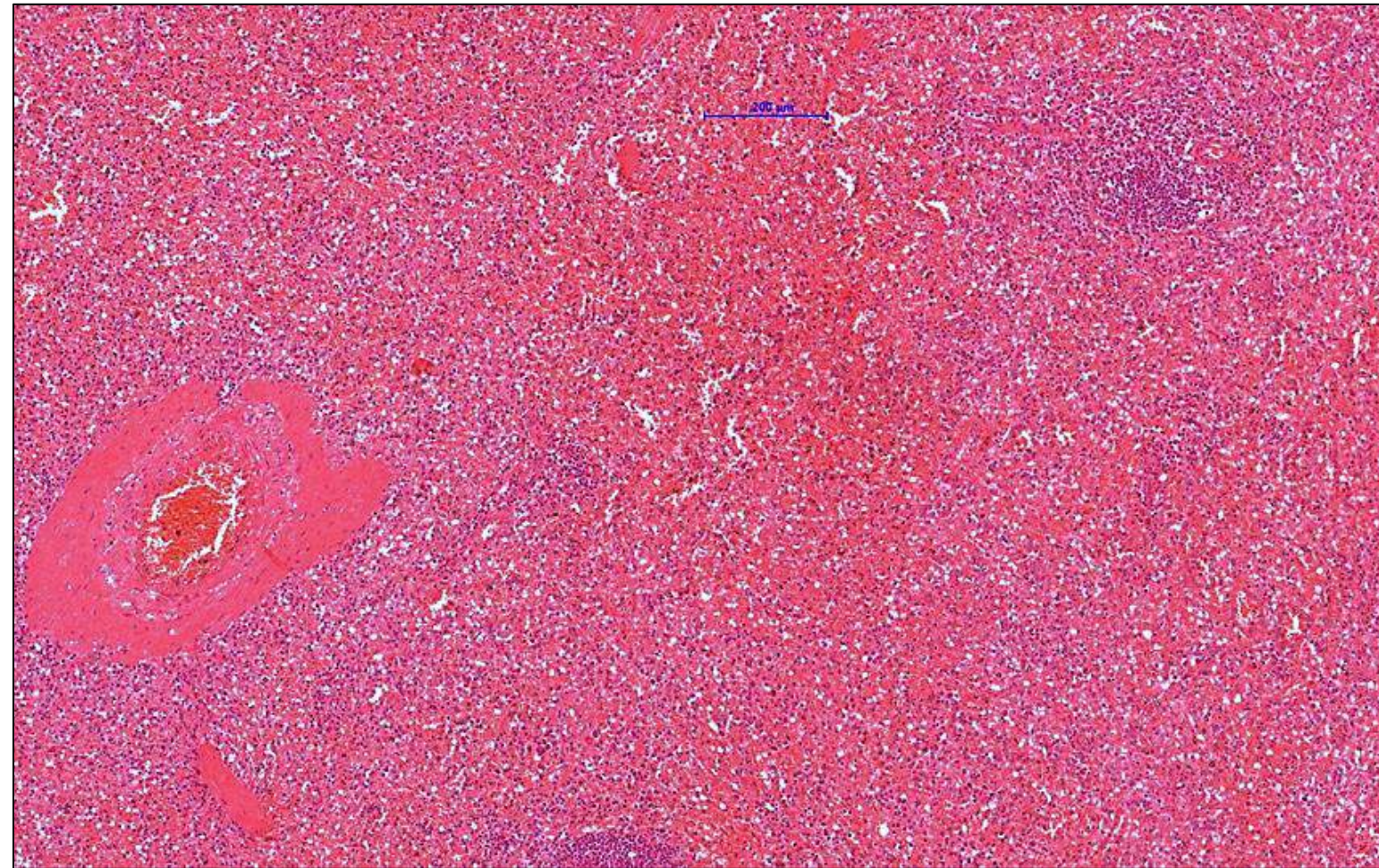


ГИГАНТСКАЯ МНОГОЯДЕРНАЯ КЛЕТКА





Лимфатический узел.



Селезенка.

1916 года. 14 февраля

Протоколъ вскрытія № 96

Исторія болѣзни № 731

Изъ отдѣленія Сестринское I

Имя Анастасія Георгиевна

Возрастъ 2 г. 3 мес.

Поступил а 4/2

Умер а 13/2 } 4 ч.

Клиническій діагнозъ:

M. m. coli. Инфекционный. тип. тип.
Pertussis
Staphylococcus aureus. A. caruncularis
Инфекция?

Анатомическій діагнозъ:

Некрозическая ангина, флегмона
и лимфаденит. Обширные ка-
вернозные. Флегмоны и лимфадениты
печени и селезенки. Печень
и селезенка перерасширены, перенасыщены
кровою. Обширные некрозы и ка-
вернозные.

Тѣлосложеніе, питаніе, наружныя покровы:

W

Спасибо за внимание.