

У 39 новорожденных (39%) ранний неонатальный период протекал без особенностей, у остальных 61 ребенка (61%) имели место заболевания, отягощающие течение раннего неонатального периода. Проявление внутриутробной инфекции отмечалось у 44 новорожденных (72%), неонатальная желтуха – 11 детей (18%), неврологические отклонения – у 6 человек (10%).

Домой из роддома были выписаны 49 новорожденных (49%), 48 человек (48%) были переведены в педиатрическое или неврологическое отделение У «Гомельская областная детская клиническая больница» для дальнейшего лечения и наблюдения по поводу заболеваний в раннем неонатальном периоде, 3 ребенка (3%) были переведены в хирургическое отделение этого же стационара для лечения врожденных пороков развития органов брюшной полости.

Заключение

Дети с врожденными пороками развития чаще рождались от повторных беременностей (74%). Экстрагенитальная патология имела у 71% матерей. Отягощающие беременность факторы отмечались у 84% женщин. Из всех врожденных пороков развития у новорожденных исследуемой группы лидируют пороки сердца (53%). 61% новорожденных имели заболевания в раннем неонатальном периоде, нарушающие его физиологическое течение. Таким образом, отягощенное течение беременности, наличие экстрагенитальной патологии у матерей, могли быть причиной формирования пороков развития у новорожденных и причиной заболеваний детей в раннем неонатальном периоде.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Анализ динамики и структуры заболеваемости новорожденных, распространенности врожденных пороков развития в Белгородской области / И. Н. Верзилина [и др.] // Научные ведомости Белгородского государственного университета. Серия: Медицина. Фармация. – 2011. – Т. 15, № 16. – С. 153-158.
2. Дюрдь, А. И. Структура и частота врожденных пороков развития у новорожденных Гродненской области / А. И. Дюрдь, Г. И. Индушко, И. Н. Мотюк // Актуальные проблемы экологии : матер. VII междунар. науч.-практ. конф., 2011, Гродно, 26–28 окт. – Гродно : ГрГМУ, 2011. – С. 132–133.
3. Матулевич, С. А. Опыт Кубанской МГК / С. А. Матулевич // Медицинская генетика. – 2006. – № 1. – С. 46–49.

УДК 616.98:578.834.1]-002-053.2(476.2)

А. И. Зарянкина, А. В. Харлан

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

МУЛЬТИСИСТЕМНЫЙ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЙ СИНДРОМ, АССОЦИИРОВАННЫЙ С SARS-COV-2, У ДЕТЕЙ ГОМЕЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ

Введение

С начала пандемии новой коронавирусной инфекции (COVID-19) заболеваемость COVID-19 среди детей была значительно ниже, по сравнению со взрослыми и, в боль-

шинстве случаев, протекала бессимптомно, с минимально выраженными симптомами, в легкой или в среднетяжелой форме, приводя к выздоровлению в течение 2–3 недель.

Однако, начиная с весны 2020 г. на фоне пандемии COVID-19 в странах Европы и США стали появляться сообщения о вспышках заболевания, соответствующего критериям болезни Kawasaki, сопровождавшегося развитием выраженного гипервоспалительного ответа, с частым шоковым состоянием, лихорадкой, желудочно-кишечными проявлениями, сыпью, гипотензией, повреждением миокарда, сердечной недостаточностью, положительными тестами на SARS-CoV-2, сопровождаемыми лабораторными маркерами цитокинового шторма, включая высокие уровни интерлейкинов 1 β , 6 (ИЛ-1 β , ИЛ-6). Такое состояние назвали мультисистемным воспалительным синдромом (MBC), ассоциированным с SARS-CoV-2 (коронавирусом, вызывающим новую коронавирусную инфекцию) [1, 2, 3].

MBC у детей, ассоциированный с SARS-CoV-2 (наиболее часто используемый в международной практике термин MIS-C) [4], развивается после фазы вирусемии, чаще через 1–6 недель после заражения, однако может совпадать и с острыми респираторными проявлениями COVID-19.

Цель

Провести анализ состояния здоровья детей с мультисистемным воспалительным синдромом, ассоциированным с SARS-CoV-2 (MIS-C), необходимость интенсивной терапии MIS-C.

Материалы и методы исследования

В исследование включены 8 пациентов, госпитализированных в учреждения здравоохранения «Гомельская областная инфекционная клиническая больница» и «Гомельская областная детская клиническая больница» в период с марта 2020 по сентябрь 2022 г. с мультисистемным воспалительным синдромом, ассоциированным с SARS-CoV-2.

Результаты исследования и их обсуждение

Среди пациентов исследуемой группы соотношение девочек и мальчиков было не равнозначным и составило 5:3, медиана возраста – 3,5 года [2,4; 4,3].

Физическое развитие детей с MBC: 5 (62%) детей имели сниженный индекс массы тела, у 2 (24%) детей физическое развитие было среднее гармоничное, один пациент (12%) имел экзогенно-конституциональное ожирение 2 степени.

Неблагоприятный соматический фон имели 6 (75%) из 8 пациентов, это: терминальная стадия поражения почек; аллотрансплантация почки от умершего донора; анемия лёгкой степени тяжести, смешанного генеза, тиреоидит, атопический дерматит, экзогенно-конституциональное ожирение 2-й степени, малая аномалия сердца: ложные хорды левого желудочка, без нарушения кровообращения.

Медиана времени от момента подтверждения коронавирусной инфекции или контакта с инфицированными COVID-19 людьми до момента госпитализации составляла, в среднем, 12 дней [7;14].

На момент госпитализации у всех детей отмечалась фебрильная лихорадка более 24 часов, в 87% случаев (7 детей) – полиморфная (эритематозная, геморрагическая) сыпь, в 62% случаев (5 детей) – отечный синдром (отек век, лица, конечностей), в 50% (4 детей) – конъюнктивит. Боли в животе отмечались у всех детей (100%), расстройство стула отмечено у 5 детей (62%). При инструментальном обследовании острая пневмония диагностирована у 4 детей (50%), гидроторакс – у 1 ребенка (12%), поражение сердца в виде миокардита без поражения коронарных артерий – у 1 ребенка (12%), гидрперикард – у 2 детей (24%), наличие свободной жидкости в брюшной полости (по данным УЗИ) – у 2 детей (24%).

СЕКЦИЯ Педиатрия

В общем анализе крови лимфопения менее 10% отмечена у всех пациентов (100%), тромбоцитопения (112–240 тыс/мкл) – у 5 детей (62%).

Повышение уровня биохимических маркеров воспаления наблюдалось у всех детей с МВС: СРБ – медиана показателя 35,5 мг/л (19; 51,7) (норма до 5,0 мг/л), D-димера – 723,5 мкг/л (571; 870,5) (норма 0 – 500 мкг/л), ферритина – 585 мкг/л (247; 656,5) (норма 7,0–84,0 мкг/л). Повышение ИЛ-6 (124,3 пг/мл) зафиксировано у одного пациента.

Лечение в отделении реанимации и интенсивной терапии получали 6 (75%) пациентов. Показанием для перевода в отделение реанимации было крайне тяжёлое состояние за счет мультисистемности поражения, синдрома системного воспалительного ответа, «капиллярной утечки», мукокутаных и абдоминальных симптомов, артериальной гипотензии, двусторонней полисегментарной пневмонии с дыхательной недостаточностью; симптомокомплекса системного воспаления в сочетании с интоксикационным синдромом, обусловленным фебрильной лихорадкой, нарастающей дыхательной и сердечной недостаточностью. Эти пациенты получали кислородную поддержку, один ребенок находился на ИВЛ. В связи с развитием кардиогенного шока инотропная поддержка потребовалась 1 пациенту.

Терапия оказалась эффективной у всех пациентов. Средняя длительность пребывания в стационаре составила 16,5 койко-дней (от 4 до 27 дней). Летальных исходов не было, все дети выписаны на амбулаторное наблюдение с улучшением клинического состояния и нормализацией маркеров системного воспаления.

Заключение

Мультисистемный воспалительный синдромом, ассоциированным с SARS-CoV-2 – тяжелейшее осложнение новой коронавирусной инфекции у детей, требующее обязательной госпитализации, в большинстве случаев (75%) в отделение интенсивной терапии. Медиана времени от перенесенной COVID-19 или контакта с инфицированным SARS-CoV-2 человеком до развития MIS-C составила 12 дней. Наиболее часто МВС развивается у детей раннего возраста (3,5 года [2,4;4,3]), с пониженным физическим развитием, неблагоприятным соматическим фоном. Ведущими клиническими проявлениями мультисистемного воспалительного синдрома у детей является фебрильная лихорадка и боли в животе, реже полиморфная сыпь и отечный синдром. Для МВС характерна лимфопения, которая отмечалась у всех детей, тромбоцитопения, зарегистрированная в 62% случаев, высокие показатели биохимических маркеров воспаления (СРБ, D-димера, ферритина).

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. An outbreak of severe Kawasaki-like disease at the Italian epicentre of the SARS-CoV-2 epidemic: an observational cohort study / L. Verdoni [et al.] // Lancet. – 2020. – May 13.
2. COVID-19 associated Multisystem Inflammatory Syndrome in Children (MIS-C) guidelines; a Western New York approach / T. R. Hennon // Prog Pediatr Cardiol. – 2020. – May 23. – Art. 101232.
3. Riphagen S, Gomez X, Gonzalez-Martinez C, Wilkinson N, Theocharis P. Hyperinflammatory shock in children during COVID-19 pandemic / S. Riphagen [et al.] // Lancet. – 2020. – May 23. – Vol. 395, № 10237. – P.1607–1608.
4. Хидирова, Л. Д. Роль новой коронавирусной инфекции, вызванной вирусом SARS-CoV-2, в манифестации мультисистемного воспалительного синдрома // Профилактическая медицина. – 2021. – № 6. – С. 110–115.