



ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ И ДИАГНОСТИКА ПЕРИКАРДИТА У ДЕТЕЙ, КАК СЛЕДСТВИЕ ПЕРЕНЕСЕННОЙ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ

Авторы: Дударева А.Л., Фоменкова М.А., Шпаковская К.С.

Научный руководитель: Легонькова Т.И., Штыкова О.Н.

Актуальность

В настоящее время актуальным вопросом ПЗ в условиях пандемии является мультисистемный воспалительный синдром, ассоциированный с новой коронавирусной инфекцией COVID-19. Постковидный синдром у переболевших детей, отмечается в 10-30% случаев. Доказано, что в условиях пандемии COVID-19 наиболее уязвимыми помимо легких, оказались сердце и сосуды и другие органы.

Цель исследования:

Изучить особенности течения и клинические проявления перикардита у подростка после перенесенной коронавирусной инфекции, вызванной дельта-штаммом COVID-19.

Материалы и методы

Под наблюдением находился пациент 17 лет с диагнозом: Выпотной перикардит, постковидный, острое течение, НК0. Проводилось клиничко-лабораторное, инструментальное обследование и лечение согласно стандартам оказания медицинской помощи по профилю заболевания, ПЦР исследование на COVID-19.

Результаты

Анамнез заболевания: пациент за 4 нед. до госпитализации перенес новую коронавирусную инфекцию.

Заболевание протекало с T-38,5 – 39,0 С и ознобом в течение 7-10 дней, резкой слабостью, потерей вкуса и обоняния, ринофарингитом, болями в мышцах и суставах, редким кашлем. Астенический синдром проявлялся отсутствием аппетита, признаками нервного истощения, потерей веса около 30 кг за период болезни.

Спустя 1 месяц, после перенесенной коронавирусной инфекции, у пациента появились жалобы на дискомфорт в грудной клетке, чувство нехватки воздуха и стеснения в груди, неприятные ощущения и боли в области сердца, которая усиливалась при глубоких вдохах, разговоре, смехе, смене положения тела.

Для облегчения состояния ребенок занимал вынужденное положение - сидел наклонив туловище вперед.

При проведении в поликлинических условиях ЭхоКГ выявлено наличие 500 мл перикардального выпота (симптом «плавающего сердца»), сдавление правых отделов сердца, снижение сократительной способности ЛЖ до 56%. В связи с этим, ребенок был направлен на стационарное обследование и лечение с предварительным диагнозом перикардит.

Общее состояние ребенка на момент поступления: средней степени тяжести за счет кардиального синдрома. ЧСС – 65/мин, АД – 100/60 мм.рт.ст. ЧДД – 20/мин. При осмотре ребенок астенического телосложения, кожные покровы бледные, Область сердца визуально не изменена, перкуторные границы сердца расширены относительно границы тупости, при аускультации тоны сердца приглушены, систолический шум в т.Боткина. При аускультации легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Стул и мочеиспускание в норме.

Было проведено лабораторное и инструментальное обследование: ОАК – лейкопения ($4,0 \cdot 10^9/\text{л}$). ОАМ – в пределах нормы. БАК – повышение АЛТ (68 Ед/л), тропонин 1 – отриц., СРБ – 6 мг/л, Na -134,7 ммоль/л (снижен) Ca -1,43 ммоль/л (повышен), pH крови – 7,96. R-графия ОГК – границы сердечной тени не расширены, КТИ – 36% (N). УЗИ ОБП – увеличение правой доли печени, диффузные изменения паренхимы поджелудочной железы, перегиб шейки ЖП.



ЭКГ – синусовая брадикардия, ЧСС – 41-46 /мин., ЭОС вертикальная. ЭхоКГ (на 24 день заболевания, 3 день пребывания в стационаре) – УЗИ признаки перикардита (300 мл), правые отделы сердца сдавлены, ФВ – снижена (56, 3%). МААС (АРХ).

Дифференциальная диагностика проводилась для исключения бактериальной инфекции (бактериологические методы, ПЦР), опухолевой инфильтрации в перикардальной жидкости, системных и метаболических заболеваний, уремии (АСЛО – отрицательный, ревмофактор - отрицательный, ИФА на ВУИ (хламидии, ВПГ 1 и 2 типа, ЦМВ, ВЭБ) - отрицательный. Профиль АД – склонность к гипотонии. Ps (45-52 уд/мин) – брадикардия, слабого наполнения. Перикардит у ребенка протекал на фоне конъюнктивита, пиелозктазии справа, дистрофических изменений со стороны кожи и ногтей, дисфункции гепатобилиарной системы.

Проводимое лечение

Лечение проводилось согласно стандартам оказания медицинской помощи по профилю заболевания.

При остром течении – ограничение двигательной активности, постельный или полупостельный режим.

Противовоспалительные препараты – диклофенак по 50 мг р/д под прикрытием омепразола 20 мг 2 р/д в течение 13 дней.

Кортикостероиды. В виду отсутствия положительной динамики диклофенак заменен, в терапию введен дексаметазон (с 14-го дня лечения) – 4 мг (1 мл) 2р/д – 5 дней, а также лоратадин 10 мг по 1 таб 1р/д,

Антибиотики - цефепим по 1 г 2р/д в/м (4 дня), линекс 1 капс 3 р/д,

Для коррекции метаболических процессов, активации жирового обмена, повышения аппетита - левокарнил по 2 мл 2 р/д,

На фоне приема дексаметазона на ЭхоКГ (на 17-й день лечения) – эхо-признаки перикардита с положительной динамикой. Объем жидкости уменьшился до 127 мм, увеличилась ФВ (65,94%).

Ребенок находился на стационарном лечении 20 дней, выписан с положительной динамикой.

Заключение

Наше исследование продемонстрировало особенности осложнений со стороны сердечно-сосудистой системы в виде перикардита в условиях пандемии новой коронавирусной инфекции COVID-19. Негативное влияние коронавирусной инфекции на качество жизни пациента диктует необходимость разработки стратегии постковидной реабилитации.