



**ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ
ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«ДОНЕЦКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ М. ГОРЬКОГО»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

***К ВОПРОСУ О КЛИНИЧЕСКОМ
ПРОЯВЛЕНИИ COVID-19 С ПОРАЖЕНИЕМ
ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА У ДЕТЕЙ***

***А.И. Бобровицкая, Р.Ф. Махмутов, О.А. Лихобабина,
Ю.В. Пошехонова, Л.А. Сухорукова***

Высокая контагиозность SARS-CoV-2, способность к длительной репликации, тропность к клеткам иммунной системы, обеспечивают вирусу возможность одновременного полиорганного поражения с быстрым развитием осложнений. В связи с этим важным является изучение особенностей течения, частоты развития тяжелых форм и осложнений инфекции.

Харитонова Л. А. Поражения органов пищеварения при Covid-19 у детей // Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. – 2021. - № 185 (1). - С. 53 – 66.

Fehr A.R. Coronaviruses: an overview of their replication and pathogenesis. Methods Mol Biol. 2015; 1282:1-23.

Song Z. From SARS to MERS, thrusting coronaviruses into the spotlight. Viruses. 2019 Jan 14;11(1):59.

Namazova-Baranova L. S. Coronaviral Infection (COVID-19) in Children (Situation on April 2020). Pediatric pharmacology. 2020;17(2):85-94.



Цель работы.

***Оценить клиническое проявление
COVID-19 инфекции с полиорганным
поражением у ребенка.***



*Материалы и методы исследования.
Проведена оценка клинико-лабораторно-
инструментальных данных и заключения узких
специалистов.*



Результаты и их обсуждение.

Ребенок 5 лет поступил в отделение с жалобами на боль в горле, повышение температуры тела до 38,5⁰С, слабость, снижение аппетита, однократную рвоту.

Анамнез заболевания.

Мама ребенка его самостоятельно лечали.

Состояние ребенка не улучшилось.

Через два дня отмечалась повторная рвота, повышение температуры тела (39,0⁰C), слабость, появилось потемнение мочи.

Обратились в больницу по месту жительства (диагноз: Вирусная инфекция. Ацетонемия. Гепатит, тяжелое течение. COVID-19? Токсическое поражение почек.).

По линии экстренной медицинской помощи ребенок госпитализирован в клинику.

Анамнез жизни.

Родился от 1-й беременности, протекавшей на фоне кандидоза, с 20-й недели беременности у матери были отеки. Роды на 30-й неделе, 1-м плодом из двойни. Масса тела при рождении 1100,0 г.

На 11-й день переведен на второй этап выхаживания (находился 3 месяца).

Выписан с массой тела 2600,0 г.

Наблюдался неврологом по поводу перинатального поражения ЦНС.

Переносил ОРВИ, atopический дерматит, острый бронхит. Прививался своевременно.



Эпидемиологический анамнез.

Туберкулез, венерические заболевания, ВИЧ, гепатиты, гемотрансфузии, контакт с больными COVID-19 родители отрицают.

Объективно при поступлении.

Температура тела 37,4⁰С. Сатурация 99%.

Общее состояние тяжелое, за счет интоксикационного синдрома. Сознание ясное.

Кожные покровы бледные, сухие.

Запах ацетона изо рта.

Периферические лимфатические узлы по типу микрополиадении.

Язык сухой, обложен белым налетом.

Слизистая задней стенки глотки умеренно гиперемирована.

Дыхание в легких жесткое (24 /минуту), хрипов нет. Деятельность сердца ритмичная (116 /минуту), тоны приглушены, тахикардия.

Живот мягкий, при глубокой пальпации безболезненный. При пальпации нижний край правой доли печени выступает из-под края реберной дуги справа на 1,5 см, острый, мягко-эластичной консистенции, ровный, безболезненный.

При пальпации нижний край селезенки выступает из-под края реберной дуги слева на 0,5 см, острый, мягко-эластичной консистенции, безболезнен.

Диурез снижен.

Острой неврологической симптоматики нет.

Данные обследования.

Анализ крови. Эритроциты $4,3 \times 10^{12}$ /л. Нв 133 г/л.

ЦП 0,93. Тромбоциты 237 Г/л. Лейкоциты $8,7 \times 10^9$ /л. Палочкоядерные нейтрофилы 22%.

Сегментоядерные нейтрофилы 67%.

Лимфоциты 4%. Моноциты 7%. СОЭ 5 мм/ч.

Анализ крови. Эритроциты $4,0 \times 10^{12}$ /л. Нв 123 г/л.

ЦП 0,93. Тромбоциты 283 Г/л. Лейкоциты $8,4 \times 10^9$ /л. Палочкоядерные нейтрофилы 2%.

Сегментоядерные нейтрофилы 57%.

Лимфоциты 31%. Моноциты 7%.

Эозинофилы 3%. СОЭ 20 мм/ч.

Биохимический анализ крови. Общий белок 71 г/л. Мочевина 2,9 ммоль/л. Креатинин 32 мкмоль/л. Глюкоза 5,5 ммоль/л. Общий билирубин 14,8 мкмоль/л за счет непрямого билирубина. АлАТ 264,5 мкмоль/л в сек. АсАТ 251,7 мкмоль/л в сек. α -амилаза 31 г/ч.л. Протромбиновое время 17,3 сек. ПТИ 81%. МНО 1,29. АЧТВ 26 сек. Фибриноген 3,09 г/л. ЩФ 222,1. ГГТ 159,5 Е/л, ЛДГ 630 Е/л, D-димер 372 нг/мл, ИЛ-6 <2 пг/мл, СРБ 18,15 мг/л.

Биохимический анализ крови. Общий белок 66 г/л. Мочевина 6,7 ммоль/л. Креатинин 56 мкмоль/л. Глюкоза 4,7 ммоль/л. Билирубин 9,3 мкмоль/л за счет непрямого билирубина. АлАТ 30,7 мкмоль/л в сек. АсАТ 19,2 мкмоль/л в сек. Протромбиновое время 14,7 сек. ПТИ 95%. МНО 1,06. АЧТВ 34 сек. Фибриноген 2,56 г/л. ЩФ 158,7. ГГТ 87,7 Е/л, ЛДГ 409,5 Е/л, СРБ 3,49 мг/л.

ИФА. Антитела суммарные (IgA, IgM, IgG) к SARS-CoV-2 - 13,91 положительный.

Ферритин 83,6 нг/мл.

IgG_{CMV} - отрицательный.

IgM_{CMV} - отрицательный.

IgM_{EBNA} - отрицательный.

IgG_{EBNA} - положительный.

Гепатит В и С - не обнаружены.

IgE - 317.

ПЦР. Антитела суммарные (IgA, IgM, IgG)

SARS-CoV-2 - положительный.

*Анализ мочи общий. Удельный вес 1002. Белок нет.
Сахар нет. Ацетон 3+. Лейкоциты 3-5 в п.з.
Эритроциты единичные в п.з. Эпителий плоский
единичный в п.з. Мочевая кислота.*

*Анализ мочи общий. Удельный вес 1013. Белок нет.
Сахар нет. Ацетон нет. Лейкоциты 0-1 в п.з. Эпителий
плоский единичный в п.з.*

*Кал на яйца глистов и соскоб на энтеробиоз -
отрицательный.*

*Бак посев из зева на флору - не обнаружено.
Бак посев кала на кишечную группу. Ps. aeruginosa 106
(чувствителен к меропенем, амикацин, цефтазидим).*

КТ ОГК. Данных за объемную очаговую патологию в легких не выявлено.

Консультации специалистов.

ЛОР врача. На момент осмотра ЛОР патологии не выявлено.

Офтальмолог. Глазное дно без патологии.

Невролог. Очаговой симптоматики нет, менингеальные знаки отрицательные. Задержка речевого развития.

Состояние ребенка улучшилось, и в стабильном состоянии был переведен в инфекционное отделение этой же клиники.

Анализ крови. Эритроциты $3,93 \times 10^{12}$ /л. Нв 131 г/л. ЦП 1,0. Лейкоциты $7,6 \times 10^9$ /л. Палочкоядерные нейтрофилы 1%. Сегментоядерные нейтрофилы 42%. Лимфоциты 48%. Моноциты 8%. Эозинофилы 1%. СОЭ 38 мм/ч.

Биохимический анализ крови. Общий белок 71 г/л. Мочевина 3,71 ммоль/л. Глюкоза 3,7 ммоль/л. Билирубин 13,6 мкмоль/л за счет непрямого билирубина. АлАТ 0,39 мкмоль/л в сек. АсАТ 0,36 мкмоль/л в сек.



***Установлен клинический диагноз.
Основной. Коронавирусная инфекция COVID-19,
подтвержденная, тяжелое течение.***

***Сопутствующий. Паренхиматозный гепатит.
Энтероколит, вызванный Ps. aeruginosa.
Ацетонемическое состояние. Кандидоз
слизистых.***



Лечение:

цефтриаксон, бензилпенициллин, анальгин, амикацин, гепарин, велпеном, флюканазол, дексаметазон, ондасетрон, дротаверин, реамберин, альбумин 10%, глюкозо-солевые растворы, дуфалак, полисорб, максилак-беби.

В удовлетворительном состоянии на 26-е сутки ребенок выписан из стационара под наблюдение участкового врача-педиатра.

ВЫВОДЫ.

Данный случай свидетельствует о сложности клинической диагностики COVID-19 инфекции у детей и важности раннего применения инструментальных методов исследования.

Наблюдение за детьми, перенесшими COVID-19 инфекцию, должно быть обязательным, поскольку им требуется комплексная медицинская помощь, с оптимизацией стратегических подходов к оценке постковидного состояния, для разработки моделей реабилитации и профилактики осложнений.