

Энтеровирусная инфекция у новорожденного

А.В. Богданова (1), О.В. Самодова (1), Е.А. Кригер (1), А.В. Лобанов

(2)

1 - Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего профессионального образования «Северный государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, 2 - государственное бюджетное учреждение здравоохранения Архангельской области «Архангельский клинический родильный дом им. К. Н. Самойловой», отделение реанимации и интенсивной терапии новорожденных

В статье представлен клинический случай генерализованной энтеровирусной инфекции новорожденного (энцефаломиокардита новорожденных) с формированием дилатационной кардиомиопатии в исходе болезни. Тяжесть заболевания определялась выраженностью сердечно-сосудистой недостаточности. Диагноз подтвержден выделением рибонуклеиновых кислот энтеровирусов в стерильном материале - ликворе и крови.

Ключевые слова: энтеровирусная инфекция, новорожденные, энцефалит, кардит

Enteroviral infection of a newborn

A.V. Bogdanova (1), O.V. Samodova (1), E.A. Krieger (1), A.V. Lobanov (2)

1 – Northern State Medical University, Arkhangelsk, Russian Federation, 2 –
Samoilova Maternity Home, Arkhangelsk, Russian Federation.

A case of generalized enteroviral infection of a newborn (encephalomyocarditis and dilated cardiomyopathy) was described. The 6 day old patient required close monitoring and intensive care because of severe heart failure. Diagnosis of enteroviral infection was made by detection of enterovirus RNA in the sterile body fluids – blood and cerebrospinal fluid.

Key words: enteroviral infection, newborn, encephalitis, myocarditis.

Контактная информация: Самодова Ольга Викторовна, д.м.н., заведующая кафедрой инфекционных болезней СГМУ, адрес: 163000, Архангельск, пр. Троицкий, 51, тел. 8(8182) 24-20-42, ovsamodova@mail.ru

Contact information:

Prof. Samodova Olga Victorovna, the head of department of infectious diseases of Northern State Medical University, 163000, Arkhangelsk, Troitski Avenue 51, phone. 8 (8182) 24-20-42, ovsamodova@mail.ru

Энтеровирусные инфекции – группа заболеваний, вызываемых различными энтеровирусами, которые характеризуются полиморфизмом клинической симптоматики. Спектр клинических проявлений варьирует от легких лихорадочных заболеваний до тяжелых сепсис-подобных, с полиорганной недостаточностью [1]. Особой формой энтеровирусной инфекции является энцефаломиокардит новорожденных, который развивается у новорожденных и детей первых месяцев жизни, характеризуется бурным развитием симптомов менингоэнцефалита в сочетании с нарастающей сердечной недостаточностью и отличается очень тяжелым течением [2]. Клинический пример демонстрирует тяжесть течения и развитие осложнения после перенесенного заболевания.

Ребенок Н., родился от 2 беременности у женщины 27 лет. Беременность протекала на фоне гипотиреоза, бактериурии в 17 недель. Роды 1-ые в 38 недель. После рождения состояние расценивалось как удовлетворительное, оценка по Апгар 8/8 баллов. На 6 сутки состояние ребенка ухудшилось, повысилась температура до 38,5⁰С, появилась выраженная вялость, угнетение. В общем анализе крови выраженных признаков воспаления не было - лейкоциты 12,8 x10⁹/л, п/я 6%, с/я 37%, л 41%, м 16%. На рентгенограмме органов грудной клетки – двусторонняя очаговая инфильтрация легочной ткани. Проведенная люмбальная пункция выявила менингоэнцефалит, ликвор вытекал под давлением, белок 1,3 г/л, цитоз 433 10⁶/л, лимфоцитарный. При культуральном исследовании

ликвора и крови роста микрофлоры не было. Ликвор и кровь исследованы в полимеразной цепной реакции (ПЦР) на наличие перинатальных патогенов, нуклеиновые кислоты вирусов простого герпеса, краснухи, цитомегалии, токсоплазмы не обнаружены. Однако в ликворе и в крови обнаружены рибонуклеиновые кислоты (РНК) энтеровируса при исследовании в ПЦР.

Ребенок был переведен в реанимационное отделение, назначена антибактериальная терапия (ампициллин, гентамицин), внутривенный иммуноглобулин (пентаглобин). На фоне лечения фебрильная лихорадка сохранялась 5 дней, температура плохо купировалась антипиретиками. На 10 сутки жизни появились симптомы дыхательной и сердечно-сосудистой недостаточности. Нарастала одышка, тахикардия, нарушение микроциркуляции (мраморность кожных покровов), акроцианоз, цианоз носогубного треугольника. Ребенок был интубирован, начата ИВЛ, инотропная терапия. Состояние продолжало ухудшаться по сердечно-сосудистой недостаточности, снизилась сократительная функция миокарда (ФВ до 38%), эпизоды суправентрикулярной тахикардии повторялись до 2-3 раз в час (ЧСС 230-260 в минуту), нарастала гепатомегалия, снизилось артериальное давление. На фоне лечения (увеличение дозы сердечных гликозидов, гормональной терапии, уменьшения объема инфузии) сердечный ритм стабилизировался, появилась положительная динамика по ЭХО-КГ. Искусственная вентиляция легких продолжалась 7 дней, затем

ребенок был переведен на СРАР-терапию (Continuous Positive Airway Pressure — постоянное положительное давление в дыхательных путях) в течение 2 суток, далее - без респираторной поддержки. В лечении: инотропная терапия (добутамин, дигоксин), неотон, инфузионная с ограничением по объему, полное парентеральное питание, антибактериальная терапия (ампициллин, гентамицин с заменой на сульперазон и ванкомицин), противогрибковая, гормональная (преднизолон), диуретики (лазикс, верошпирон).

На 22 сутки жизни отмечена стойкая положительная динамика, уменьшились явления сердечно-сосудистой недостаточности. По ЭХО-КГ - снижение гемодинамической перегрузки правых отделов сердца, уменьшение степени митральной регургитации, но при этом сохранялось снижение сократительной функции до 53,6%, выявлена дилатация полостей сердца (увеличение левых отделов).

В возрасте 23 дней пациент был переведен в отделение патологии новорожденных для дальнейшего лечения.

В возрасте 1 месяца при нагрузке сохранялась одышка до 60-64 дыханий в мин. без тахикардии. Во сне на фоне брадикардии выслушивались множественные экстрасистолы. При проведении холтеровского мониторирования ЭКГ зафиксированы множественные суправентрикулярные экстрасистолы (10566 за сутки) по типу бигеминии и тригеминии. При контроле Эхо-КГ в возрасте 1 мес. 19 дней динамика

положительная, фракции выброса увеличилась до 68%, легочной гипертензии нет, однако сохраняется дилатация полостей сердца (увеличение левых отделов сердца). Признаков сердечной недостаточности нет, сердечный ритм восстановился, ЧСС 140 в мин.

Из стационара пациент был выписан в возрасте 1 месяц 19 дней с диагнозом: основное заболевание: «Генерализованная энтеровирусная инфекция с поражением сердечно-сосудистой системы (кардит, ФК III), головного мозга (менингоэнцефалит), легких (двусторонняя очаговая пневмония); осложнение: дилатационная кардиомиопатия.

Таким образом, особенностью данного клинического случая было развитие у доношенного ребенка на 6 день жизни одной из наиболее тяжелых форм энтеровирусной инфекции – энцефаломиокардита новорожденных [3]. Заболевание проявилось не только сочетанием кардита и менингоэнцефалита, но и пневмонии. Именно мультисистемность поражения является одним из факторов риска неблагоприятного прогноза для жизни [4]. Этиология заболевания подтверждена обнаружением рибонуклеиновых кислот (РНК) энтеровирусов в двух стерильных биотопах (крови и ликворе). Несмотря на высокий риск летального исхода при возникновении данной клинической формы у новорожденных, особенно при системном поражении (сердце, легкие, ЦНС) заболевание закончилось благоприятно для жизни. Однако в исходе болезни сформировалась дилатационная кардиомиопатия, которая требует

динамического наблюдения и характеризуется неопределенным течением и прогнозом.

Литература:

1. Infections néonatales à entérovirus en France en 2012 / S. Soudée, I. Schuffenecker, J. Aberchih, L. Josset, B. Lina, O. Baud, V. Biran // Archives de Pédiatrie. – 2014. – № 21 – P. 984-989.
2. Лобзин Ю.В. Энтеровирусные инфекции. Руководство для врачей / Ю.В. Лобзин, Н.В. Скрипченко, Е.А. Мурина – СПб. НИИДИ. – 2012. – 432 с.
3. Principles and practice of pediatric infectious diseases. – 4th ed. / [edited by] Long S.S. [et al.] Philadelphia, Elsevier sounder. – 2012. – P.1178-1179.
4. Nelson textbook of pediatrics. — 19th ed. / [edited by] Robert M. Kliegman [et al.] Philadelphia, Elsevier sounder. – 2011. – P. 1092-1093, 1630-1631.

References:

1. Infections néonatales à entérovirus en France en 2012 / S. Soudée, I. Schuffenecker, J. Aberchih, L. Josset, B. Lina, O. Baud, V. Biran // Archives de Pédiatrie. – 2014. – № 21 – P. 984-989.
2. Lobzin Ju.V. *Jenterovirusnye infekcii. Rukovodstvo dlja vrachej* [Enteroviral infection. A Guideline for Physicians] / Ju.V. Lobzin, N.V. Skripchenko, E.A. Murina – SPb. NIIDI. – 2012. – 432 s. (In Russ.)

3. Principles and practice of pediatric infectious diseases. – 4th ed. / [edited by] Long S.S. [et al.] Philadelphia, Elsevier sounder. – 2012. – P.1178-1179.
4. Nelson textbook of pediatrics. — 19th ed. / [edited by] Robert M. Kliegman [et al.] Philadelphia, Elsevier sounder. – 2011. – P. 1092-1093, 1630-1631.