

Энтеровирусная инфекция у новорожденного

А. В. БОГДАНОВА¹, О. В. САМОДОВА¹, Е. А. КРИГЕР¹, А. В. ЛОБАНОВ²

ГБОУ ВПО Северный государственный медицинский университет МЗ РФ¹,
ГБУЗ Архангельской области Архангельский клинический родильный дом
им. К. Н. Самойловой, отделение реанимации и интенсивной терапии новорожденных²

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 in Newborn

A. V. Bogdanova¹, O. V. Samodova¹, E. A. Krieger¹, A. V. Lobanov²

Northern State Medical University, Arkhangelsk, Russian Federation¹,
Samoilova Maternity Home, Arkhangelsk, Russian Federation²

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.

Keywords: enteroviral infection, newborn, encephalitis, myocarditis

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

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

УДК 616.022:578.835.1

Энтеровирусные инфекции — группа заболеваний, вызываемых различными энтеровирусами и характеризующихся 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 38,5 °С, появилась выраженная вялость, угнетение. В общем анализе крови выраженных признаков воспаления не было — лейкоциты $12,8 \times 10^9/\text{л}$, 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 $433 \times 10^6/\text{л}$, лимфоцитарный. При культуральном исследовании ликвора и крови роста микрофлоры не было. Ликвор и кровь исследованы в полимеразной цепной реакции (ПЦР) на наличие перинатальных патогенов, нуклеиновых кис-

лот 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 на ЭКГ зафиксированы множественные суправентрикулярные экстрасистолы (10 566 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/ 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. Лобзин Ю.В. Энтеровирусные инфекции. Руководство для врачей / Ю.В. Лобзин, Н.В. Скрипченко, Е.А. Мурина — СПб. НИИДИ. — 2012. — 432 с.
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.