

КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ МУЛЬТИСИСТЕМНОГО ВОСПАЛИТЕЛЬНОГО СИНДРОМА У ДЕТЕЙ

*Рагимова Наилия Джалил., Мирсалаева Лейла Шамсаддин, Ашрафова Кенуль Назим,
Насирова Севиндж Рамиз.*

Научно-Исследовательский Институт Педиатрии имени К.Я.Фараджевой, AZ 1065, Баку, Азербайджан.

E-mail: sevincnesirova40@gmail.com

Ключевые слова: мультисистемный воспалительный синдром, COVID-19, дети, SARS-CoV2

Введение. Мультисистемный воспалительный синдром у детей (MIS-C) обычно возникает через 2–6 недель после коронавирусной болезни 2019 (COVID-19) у ранее здоровых детей и подростков, характеризующееся клиническими и лабораторными доказательствами полиорганного воспаления. Несмотря на то что у детей COVID-19 обычно протекает легко, однако в редких случаях у детей может быть тяжелое течение, а клинические проявления отличаться от взрослых. Трудности диагностики могут возникнуть, если COVID-19 протекало в малосимптомной форме. Однако, начиная с марта 2020 г., из ряда европейских стран и США появились сообщения о наличии у детей картины болезни, похожей на неполный синдром Кавасаки (СД) или синдромом токсического шока. С тех пор растет число сообщений о детях с подобным синдромом во всем мире. Синдром был назван «мультисистемный воспалительный синдром у детей» (MBC у детей); его также называют педиатрический мультисистемный воспалительный синдром (ПМВС).

Цель исследования. определить клинико-лабораторные особенности мультисистемный воспалительный синдром у детей, ассоциированного с SARS-CoV2.

Материалы и методы. Под наблюдением находились 22 детей с MBC, поступивших в отделение реанимации и интенсивной терапии Научно-Исследовательского Института Педиатрии в возрасте от 1 до 13 лет. Мальчики составили 18 (81%) от общего числа детей, а девочки 4 (18%). Большинство детей прибыли из регионов Азербайджана, число больных в Баку составило 12 (36,4%). Возраст матерей колебался в пределах 19–39 лет. Естественные роды зарегистрированы у 10 (45%), оперативные роды у 12 (54%) матерей. При поступлении в стационар общее состояние больных оценивалось как среднетяжелое, тяжелое, очень тяжелое. Всем детям проводился комплекс лабораторно-инструментальных методов исследования в соответствии с общепринятыми стандартами: общие анализы крови и мочи, биохимические показатели крови, определение кислотно-основного состояния газов крови, посев крови и кала. В работе были также использованы клинические, инструментальные, иммунологические методы исследования.

Результаты. Из клинических симптомов было отмечено кашель 3 (13,6%), рвота 7 (31,8%), конъюнктивит 4 (18,2%), диарея 6 (27,2%), боль в суставах 5 (22,7%), мелкоточечная сыпь на ладонях и стопах 3 (13,6%). У 17 больных (37,4%) наблюдалась высокая температура. Кожные покровы были бледные, отмечался склерит, хейлит, гиперемия ротоглотки. Отмечалось увеличение лимфатических узлов шеи. Пневмония была рентгенологически подтверждена у 3 (13,6%) пациентов, инфекция верхних дыхательных путей зарегистрирована у 19 (86,3%) ребенка. При эхограмме сердца у 17 больных (37,4%) выявлено патология (перикардит, митральная, трикуспидальная недостаточность).

Иммуноферментный анализ (ИФА) крови: IgM к SARS-CoV-2 4,59 ед/мл, IgG к SARS-CoV2 3,35 ед/мл (референтные значения 0,00–0,99 ед/мл). При проведении ПЦР мазка отделяемого из носо- и ротоглотки РНК SARS-CoV-2 — не обнаружено.

В клиническом анализе крови у большинства больных отмечалась анемия, лейкоцитоз, тромбоцитопения, гипохромия, микроцитоз. В биохимическом анализе крови значительное повы-

шение уровня СРБ у 10 больных (45,5%), креатинина у 7 больных (31,8%), в коагулограмме повышение уровня ферритина у 6 больных (27,2%), D-димера у 10 больных (45,5%), удлинение протромбинового времени у 6 больных (27,2%), мозговой натрийуретический пептид В тип у 5 больных (22,7%). В терапии детей с МВС наряду с базисным лечением назначались внутривенные препараты иммуноглобулинов и метилпреднизолон.

Заключение. Несмотря на легкое течение COVID-19 у детей, у некоторых из них может развиваться мультисистемный воспалительный синдром. При неконтролируемом течении мультисистемный воспалительный синдром у детей может осложниться шоком, сепсисом, привести к полиорганной недостаточности и летальному исходу. Поэтому детям, перенесшим МВС, в связи с риском развития поражения сердца, сосудов, легких необходимо длительное катамнестическое наблюдение, для предотвращения неблагоприятных исходов и формирования хронической патологии в будущем.