

Н.Н. Игнатьева, Н.И. Дуглас, С.С. Слепцова, Д.Д. Донская,
А.Г. Дьяконова, П.Н. Захарова, А.В. Эверстова

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ТЯЖЕЛОГО ТЕЧЕНИЯ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ, ОСЛОЖНЕННОЙ ДВУСТОРОННЕЙ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИЕЙ, У БЕРЕМЕННОЙ

DOI 10.25789/YMJ.2024.87.27

УДК 618.3/4-

06:615.371:616.9.578.834.1

В статье представлен клинический случай тяжелого течения COVID-19 у беременной женщины. Инфекционный процесс был осложнен двусторонней внебольничной пневмонией.

На фоне прогрессирования дыхательной недостаточности, острого респираторного дистресс-синдрома женщина родоразрешена путем кесарева сечения в экстренном порядке в сроке 39 недель. Родилась живая доношенная девочка, без асфиксии. На 2-е сутки послеоперационного периода у пациентки диагностирован сепсис, поражение паренхимы легких составило 75-100%.

Многокомпонентная терапия, включая рекомбинантные моноклональные антитела к рецептору интерлейкина-6, привела к улучшению состояния

Ключевые слова: COVID-19, беременность, дыхательная недостаточность, внебольничная пневмония, многокомпонентная терапия

This article presents a clinical case of a severe course of COVID-19 in a pregnant woman. The infectious process was complicated by bilateral out-of-hospital pneumonia.

Against the background of progressing respiratory failure, acute respiratory distress syndrome woman delivered by emergency cesarean section at 39 weeks' gestation. A live, premature baby girl was born, without asphyxia. The patient's condition remained extremely serious. On the 2nd day of the postoperative period sepsis was diagnosed, the lesion of lung parenchyma amounted to 75-100%.

Multicomponent therapy, including recombinant monoclonal antibodies to the interleukin-6 receptor, led to improvement of the condition.

Keywords: COVID-19, pregnancy, respiratory failure, community-acquired pneumonia, multicomponent therapy

Введение. Глобальная пандемия новой коронавирусной инфекции COVID-19, вызванная вирусом SARS-CoV-2, оказала сильное влияние на весь мир [3, 4, 8]. За прошедшее время был совершен огромный прорыв в области науки, разработаны новые методики диагностики, профилактики, лечения и организационные подходы в ведении лиц с COVID-19 [5, 9].

Инфекция COVID-19 характеризуется развитием осложнений со стороны различных органов и систем [10, 13, 14]. Достаточно часто поражаются дыхательная, сердечно-сосудистая, пищеварительная системы и система гомеостаза [6, 7, 11]. Поражения дыхательной системы проявляются в

виде вирусной пневмонии с развитием острого респираторного дистресс-синдрома, дыхательной недостаточности [15]. Развитие поражений дыхательной системы приводит к явлениям общей гипоксии, в данных условиях происходит нарушение гомеостаза и адаптивных процессов организма, что в свою очередь способствует развитию патологических состояний других органов и систем [16-18].

В настоящее время доказано, что заболеваемость у беременных COVID-19 выше, чем в популяции [1, 2]. Установлено, что вследствие уникальных иммунных характеристик и восприимчивости к респираторным патогенам, беременные, инфицированные SARS-CoV-2, должны рассматриваться как группа высокого риска по развитию тяжелых форм болезни и смертности. У беременных с COVID-19 возможно внезапное развитие критического состояния на фоне стабильного течения заболевания [12].

Цель исследования - анализ клинического случая беременной женщины с тяжелой формой коронавирусной инфекции, осложненной двусторонней внебольничной пневмонией, дыхательной недостаточностью (ДН) II степени.

Клиническое наблюдение. Пациентка И., 27 лет. Настоящая беременность вторая, желанная. Первая беременность в 2016 г. протекала без осложнений, завершилась в доношенном сроке путем операции кесарева сечения в экстренном порядке по поводу неэффективного лечения слабости родовой деятельности.

Течение настоящей беременности: в первой половине перенесла токсикоз умеренной степени, лечилась амбулаторно; вторая половина беременности протекала гладко. Общая прибавка в весе за период беременности составила 6 кг.

Беременная обратилась 25.05.2021 в 17 ч 30 мин в акушерское инфекционное отделение перинатального центра Якутской республиканской клинической больницы с жалобами на приступообразный кашель со скудной мокротой, чувство сдавления в груди, насморк, слабость, повышение температуры тела до 37,9 °С. Методом ПЦР обнаружен РНК вируса SARS-CoV-2. Поставлен диагноз: COVID-19, средней степени тяжести. Беременность 39 недель, головное предлежание. Отягощенный акушерский анамнез – рубец на матке.

Якутская республ. клинич. б-ца: **ИГНАТЬЕВА Наталья Николаевна** – к.м.н., зав. отд., natalyaign@mail.ru, **ДОНСКАЯ Данара Даманцыреновна** – зам. гл. врача, **ДЬЯКОНОВА Анжелика Григорьевна** – зав. отд.; Медицин. ин-т Северо-Восточного федеральн. ун-та им. М.К. Аммосова: **ДУГЛАС Наталья Ивановна** – д.м.н., доцент, зав. кафедрой, **СЛЕПЦОВА Снежана Спиридоновна** – д.м.н., доцент, зав. кафедрой, **ЗАХАРОВА Прасковья Николаевна** – аспирант, **ЭВЕРСТОВА Алевтина Васильевна** – к.м.н., доцент.

Из анамнеза: считает себя больной в течение семи дней, когда появились боли в горле, сухой кашель. Заболела после контакта с больной подругой.

При поступлении состояние средней степени тяжести, сознание ясное. Телосложение гиперстеническое. Кожа и видимые слизистые без изменений. Лимфоузлы не увеличены. Температура тела 36 °С, масса тела 81,4 кг, рост 161 см, ИМТ – 31,4. Тоны сердца ритмичные, шумов нет. Пульс 125 уд/мин, АД 85/66 мм рт.ст. Дыхание в легких жесткое, хрипов нет, ЧД 22 в мин, SpO2 94% (на атмосферном воздухе), 97% (с кислородной поддержкой).

На компьютерной томограмме признаки интерстициальной двусторонней пневмонии COVID-19. Вовлечение паренхимы легких 25-50% - КТ-2.

При обследовании в общем анализе крови лейкоциты $8,34 \times 10^9/\text{л}$, лимфоциты $0,75 \times 10^9/\text{л}$, повышение печеночных трансаминаз АЛТ 51,2, АСТ 30,7, повышение показателя ЛДГ (лактатдегидрогеназа) до 585 ед/л, С-реактивный белок 88,4 мг/л, общий анализ мочи без особенностей.

Согласно версии №11 Временных методических рекомендаций от 07.05.2021г «Профилактика, диагностика и лечение НКВИ COVID-19», проводилась противовирусная и антибактериальная терапия: Интерферон альфа 2b по 3 капс. 5 раз в день назально, Фавипиравир 1800 мг 2 раза в день внутрь, далее 800 мг 2 раза в день; Ампициллин и сульбактам 1,0г+0,5 г х 3 раза в день внутривенно с 26.05.21 г., Азитромицин 0,5 г 1 раз в день внутривенно с 27.05.21 г. (№3). Назначены антикоагулянты в лечебной дозе – Эноксапарин натрия 0,5 г 2 раза в день с 25.06.21 г. С упреждающей целью пациентка получала глюкокортикостероиды: дексаметазон по 12 мг внутривенно капельно 2 раза в день с 26.05.21г, метилпреднизолон 125 мг 4 раза в день внутривенно с 27.05.21 г. Инсуффляция увлажненным кислородом проводилась со скоростью 10 л/мин, проп-позиция на боку не менее 16 ч в сут.

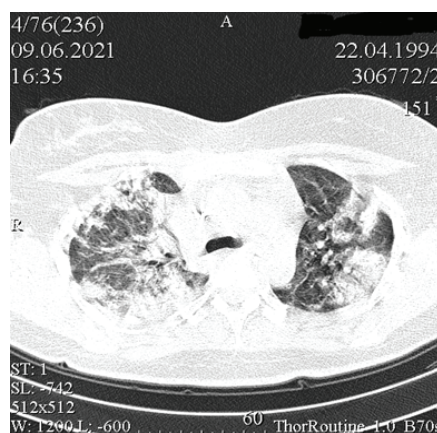
На 2-й день лечения беременная с ухудшением состояния переведена на неинвазивную искусственную вентиляцию легких (НИВЛ) аппаратом Hamilton C2 в режиме NIV с параметрами поддержки 17 см вод.ст., с учетом уровня сатурации и газов крови.

В течение 3 сут интенсивного лечения состояние продолжало ухудшаться, нарастала дыхательная недостаточность, насыщение крови кислородом снижалось до 88%. Учитыва-

вая тяжелое состояние беременной, отсутствие эффекта от проводимой терапии, доношенный срок гестации, проведено родоразрешение путем операции кесарево сечение. Операция проведена в условиях спинномозговой анестезии. Извлечена живая доношенная девочка, без асфиксии, по шкале Апгар 8-8 баллов, с массой тела 3366 г, длиной 56 см. Кровопотеря в родах составила 600 мл. После родоразрешения лечение женщины продолжалось в условиях реанимационного отделения. Пациентка находилась на неинвазивной искусственной вентиляции легких 5 дней. Ребенок наблюдался в изоляторе, ПЦР на COVID 19 был отрицательным, выписана домой на 11-е сут жизни.

На фоне интенсивной терапии состояние пациентки оставалось крайне тяжелым. Ежедневный контроль показателей крови отражал прогрессивный рост уровня лейкоцитов до 27,77 ($10^9/\text{л}$), тромбоцитоз до 445 ($10^9/\text{л}$), повышение уровня С-реактивного белка до 114,7 мг/л, повышение лактатдегидрогеназы до 1120 ед/л, интерлейкина-6 до 27 мг/мл, пресепсина до 732 пг/мл. На 2-е сут послеоперационного периода диагностирован сепсис, к лечению добавлен Иммуновенин 25 мл внутривенно микроструйно через шприц-насос и Флуконазол 250 мг внутрь. На контрольной компьютерной томографии легких на серии срезов выявлена отрицательная динамика: вовлечение паренхимы легких 75-100% (рисунок).

За время лечения неоднократно проводилась телемедицинская консультация с ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр



Компьютерная томограмма легких на 12-й день болезни. Диффузное поражение легких по типу матового стекла и консолидации в сочетании с ретикулярными изменениями. Вовлечение паренхимы легких более 80%

акушерства, гинекологии и перинатологии им. академика В.И. Кулакова» Министерства здравоохранения Российской Федерации. К лечению назначен препарат Илсира (Левилимаб) 324 мг внутривенно капельно однократно 28.05.21 г.; проведена смена антибактериальной терапии на препараты из группы карбопенемов и оксазолидинов - Меропенем 1 г 3 раза в день в/в капельно с 28.05.21 г., Линезолид 600 мг 2 раза в день в/в капельно. Проводилась интубационная поддержка на норадреналине микроструйно в/в 0,2мг/ч, инфузионная терапия по рестриктивному типу в объеме 15 мл/кг/сут, коррекция водно-электролитного баланса, белковое энтеральное питание.

На 10-е сут послеоперационного периода при ультразвуковом исследовании выявлена лохиометра и подплевротическая гематома: расширение полости матки до 33 мм, гематома размерами 68x71x60 мм, объемом 153 см³. Произведена операция: вскрытие и опорожнение гематомы передней брюшной стенки, вакуум-аспирация полости матки. Кровопотеря составила 200 мл. После операции – дополнительная смена антибактериальной терапии на Цефоперазон и сульбактам 2 г 2 раза в день в/в с 07.06.21 г., Левофлоксацин 500 мг 2 раза в день внутрь.

При дальнейшем стационарном лечении одышка уменьшилась, купировался кашель, восстановилось самостоятельное дыхание без увлажненного кислорода. Многокомпонентная терапия привела к улучшению состояния, нормализации показателей клинических анализов на 21-й день болезни. В реанимационном отделении в общей сложности пациентка провела 16 сут.

На фоне улучшения клинико-лабораторных показателей, на 36-е сут, в состоянии ближе к удовлетворительному, с астеническим синдромом пациентка выписана на амбулаторное лечение.

Заключение. Клинический интерес наблюдения заключается в крайне тяжелом течении коронавирусной инфекции у беременной со множественными осложнениями. При ухудшении общего состояния, нарастающей одышке обоснованно и своевременно проведено родоразрешение операцией кесарево сечение, использовались антибактериальные препараты из группы резерва и генно-инженерные биологические средства. Женщина имеет положительный прогноз для дальнейшей реализации репродуктивной функции.

Родоразрешение при нарастающих симптомах дыхательной недостаточности, адекватное лечение тяжелой формы коронавирусной инфекции с тотальным поражением легких способствовало выздоровлению пациентки. Данный клинический случай свидетельствует о необходимости индивидуального подхода в ведении каждого пациента с коронавирусной инфекцией.

Литература

1. Белокриницкая Т.Е., Артымук Н.В., Филиппов О.С. Динамика эпидемического процесса и течение новой коронавирусной инфекции COVID-19 у беременных Дальневосточного и Сибирского федеральных округов // Гинекология. 2020. 22 (5). С. 6-11. DOI: 10.26442/20795696.2020.5.200439
2. Belokrinitskaya T.E., Artymuk N.V., Filippov O.S. Dynamics of the epidemic process and course of a new coronavirus infection COVID-19 in pregnant women of the Far Eastern and Siberian Federal Districts. Gynaecology. 2020. No. 22 (5), P. 6-11.
3. Белокриницкая Т.Е., Артымук Н.В., Филиппов О.С. Клиническое течение, материнские и перинатальные исходы новой коронавирусной инфекции COVID-19 у беременных Сибири и Дальнего Востока // Акушерство и гинекология. 2021. 2. С.48-54.
4. Belokrinitskaya T.E., Artymuk N.V., Filippov O.S. Clinical course, maternal and perinatal outcomes of novel COVID-19 coronavirus infection in pregnant women in Siberia and the Far East. Obstetrics and Gynaecology. 2021. No. 2. P. 48-54.
5. Иванова Г.Е. Актуальные вопросы реабилитации пациентов с инсультом на фоне новой коронавирусной инфекции (COVID-19). Резолюция Совета экспертов // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. Спецвыпуски. 2020. №120(8). С.81–87.
6. Ivanova G.E. Current issues of rehabilitation of stroke patients against the background of a new coronavirus infection (COVID-19). Resolution of the Council of Experts // S.S. Korsakov Journal of Neurology and Psychiatry. Special issues. 2020. No. 120(8). P. 81-87.
7. Прокопенко С.В. COVID-19-ассоциированный инсульт: опыт Краевой клинической больницы г. Красноярск // Известия Российской Военно-медицинской академии. 2021. Т. 40, № 4. С.79–85.
8. Prokopenko S.V. COVID-19-associated stroke: experience of the Krasnoyarsk Clinical Hospital. Proceedings of the Russian Military Medical Academy. 2021. Vol. 40. No. 4. P. 79-85.
9. Aslam J. Predictors of fatal neurological complications among admitted COVID-19 patients with their implication in outcome: A Case Control study. / Aslam J., Luqman S., Nazly S. [et al.] // PLoS One. 2022. Vol. 17(9). No. e0274485.
10. Bradley B.T. Histopathology and ultrastructural findings of fatal COVID-19 infections in Washington State: a case series. / Bradley B.T., Maioli H., Johnston R. [et al.] // Lancet. 2020. Vol. 396(10247). P.320-332.
11. Choi Y.H. Molecular Mechanisms of Neuro-immune Crosstalk in the Pathogenesis of Stroke. / Choi Y.H., Laaker C., Hsu M., et al. // Int J Mol Sci. 2021. Vol. 22(17), No. 9486.
12. Divani A.A. Coronavirus Disease 2019 and Stroke: Clinical Manifestations and Pathophysiological Insights. / Divani A.A., Andalib S., Di Napoli M. [et al.] // J Stroke Cerebrovasc Dis. 2020. Vol. 29(8). No.104941.
13. Grasselli G. Pathophysiology of COVID-19-associated acute respiratory distress syndrome: a multicentre prospective observational study. / Grasselli G., Tonetti T., Protti A. [et al.] Lancet Respir Med. 2020. Vol. 8(12). P.1201-1208
14. Iwasaki M. Inflammation Triggered by SARS-CoV-2 and ACE2 Augment Drives Multiple Organ Failure of Severe COVID-19: Molecular Mechanisms and Implications. / Iwasaki M., Saito J., Zhao H. [et al.] // Inflammation. 2021. Vol. 44(1). P.13-34.
15. Johansson A. Neurological manifestations of COVID-19: A comprehensive literature review and discussion of mechanisms. / Johansson A., Mohamed M.S., Moulin T.C. [et al.] // J Neuroimmunol. 2021. Vol. 358(577658).
16. Vallejo V, Ilagan JG. A Postpartum Death Due to Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) in the United States. Obstet Gynecol. 2020 May 8. doi: 10.1097/AOG.0000000000003950.
17. Rummelink M. Unspecific post-mortem findings despite multiorgan viral spread in COVID-19 patients. / Rummelink M., De Mendonça R., D'Haene N. [et al.] // Crit Care. 2020. Vol. 24(1). P.495.
18. Kiss P. The impact of the COVID-19 pandemic on the care and management of patients with acute cardiovascular disease: a systematic review. / Kiss P., Carcel C., Hockham C., Peters S.A.E. // Eur Heart J Qual Care Clin Outcomes. 2021. No. 7. P.18–27.
19. Kakarla V. Pathophysiologic mechanisms of cerebral endotheliopathy and stroke due to Sars-CoV-2. / Kakarla V., Kaneko N., Nour M. [et al.] // J Cereb Blood Flow Metab. 2021. Vol. 41(6). P.1179-1192.
20. Middeldorp S. Incidence of venous thromboembolism in hospitalized patients with COVID-19. / Middeldorp S., Coppens M., van Haaps T.F. [et al.] // J Thromb Haemost. 2020. Vol. 18(8). P.1995-2002.
21. Viguier A. Acute ischemic stroke complicating common carotid artery thrombosis during a severe COVID-19 infection. / Viguier A., Delamarre L., Duplantier J. [et al.] // J Neuroradiol. 2020.
22. Yang A.P. Infection with SARS-CoV-2 causes abnormal laboratory results of multiple organs in patients. / Yang A.P., Li H.M., Tao W.Q. [et al.] // Aging (Albany NY). 2020. Vol.12(11). P.10059-10069.

М.С. Саввина, Н.А. Данилов, Т.Е. Бурцева, О.Н. Иванова,
И.С. Иванова, М.П. Слободчикова

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ГИПОПИТУИТАРИЗМА У РЕБЕНКА 8 ЛЕТ

DOI 10.25789/YMJ.2024.87.28

УДК 617.741-004.1-053.1

Описано клиническое наблюдение редкого заболевания - гипопитуитаризма у ребенка 8 лет. Из-за специфичности клинических проявлений ранняя диагностика часто бывает затруднена. В данном случае поздняя постановка диагноза и поздняя заместительная терапия привели к задержке роста ребенка.

Ключевые слова: гипопитуитаризм, задержка роста, гипофиз, заместительная терапия.

САВВИНА Майя Семеновна – к.м.н., с.н.с. ЯНЦ КМП, may_savvina@mail.ru;
ДАНИЛОВ Николай Андреевич – врач-эндокринолог Педиатрического центра РБ№1-НЦМ им. М.Е. Николаева; **БУРЦЕВА Татьяна Егоровна** – д.м.н., проф. МИ СВФУ; зав. лаб. ЯНЦ КМП; **ИВАНОВА Ольга Николаевна** – д.м.н., проф. МИ СВФУ им. М.К. Аммосова; **ИВАНОВА Ирина Семеновна** – студент 5 курса МИ СВФУ; **СЛОБОДЧИКОВА Майя Павловна** – препод. СПб ГПМУ.

The clinical observation of a rare disease hypopituitarism in a child of 8 years old is described. Due to the specificity of clinical signs, the early diagnosis is difficult. In this case, the late diagnosis and the late replacement therapy caused the child's growth retardation.

Keywords: hypopituitarism, growth inhibition, hypophysis, substitutes therapy.

Введение. Гипопитуитаризм (ГП) [код по МКБ E23.0] – эндокринное заболевание, возникающее вследствие дефицита одного или нескольких гормонов, вырабатываемых гипофи-

зом. Является редким заболеванием, может быть врожденным или приобретенным, следовательно, может возникать у новорожденных, детей младшего возраста, подростков и взрослых