

Научная статья
УДК 616.9 : 618.3
DOI: 10.18101/2306-1995-2022-1-43-49

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ТЕЧЕНИЯ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ COVID-19 У БЕРЕМЕННОЙ

© **Гармаева Евгения Данзановна**

кандидат медицинских наук,
заведующая отделением патологии беременных
evjgarmaeva@yandex.ru

© **Дамбаева Александра Ринчиновна**

главный врач
grc@govrb.ru

© **Дегтярева Екатерина Иннокентьевна**

заместитель главного врача по лечебной работе
grc@govrb.ru

© **Санжиева Цыпилма Дамбаевна**

заведующая отделением анестезиологии и реанимации с оперблоком
grc@govrb.ru

© **Иванова Ирина Валерьевна**

заместитель главного врача по контрольно-экспертной работе
grc@govrb.ru

© **Жепхолова Туяна Николаевна**

заместитель главного врача по педиатрической помощи
grc@govrb.ru

© **Дашинимаев Алексей Вячеславович**

заведующий отделением реанимации и интенсивной терапии новорожденных
grc@govrb.ru

© **Дашидоржиева Евгения Борисовна**

заведующая акушерским отделением
grc@govrb.ru

© **Долонов Гомбо Борисович**

врач — анестезиолог-реаниматолог
grc@govrb.ru

© **Ширапов Чингис Дондокдугарович**

врач — анестезиолог-реаниматолог
grc@govrb.ru

© **Охинова Дарима Доржиевна**

врач — анестезиолог-реаниматолог
grc@govrb.ru

© **Жанчипов Цэрин-Надмэд Доржиевич**

врач — анестезиолог-реаниматолог

grc@govrb.ru

© **Балданова Елена Николаевна**

заведующая организационно-методическим отделом, врач-педиатр

grc@govrb.ru

Городской перинатальный центр

Россия, 670042, г. Улан-Удэ, пр. Строителей, 2

Аннотация. Проблема новой коронавирусной инфекции COVID-19 не потеряла своей актуальности до сегодняшнего дня, болезнь остается недостаточно изученной, а данные о влиянии вируса на плод и здоровье будущего ребенка противоречивы. Но вполне очевидно, что у беременных женщин повышена вероятность более тяжелого течения респираторных вирусных инфекций и внезапного развития критического состояния на фоне стабильного течения заболевания. Группу наиболее высокого риска развития тяжелых форм COVID-19 составляют беременные, имеющие сопутствующие заболевания легких, сердечно-сосудистой системы, артериальную гипертензию, сахарный диабет, ожирение, хроническую болезнь почек, заболевания печени, антифосфолипидный синдром (АФС).

Ключевые слова: новая коронавирусная инфекция COVID-19, беременность, родоразрешение, вирус, новорожденный.

Для цитирования

Клинический случай течения новой коронавирусной инфекции COVID-19 у беременной / Е. Д. Гармаева, А. Р. Дамбаева, Е. И. Дегтярева [и др.] // Вестник Бурятского государственного университета. Медицина и фармация. 2022. № 1. С. 43–49.

Пациентка К., возрастная первобеременная, первородящая, находилась на стационарном лечении во временном ковидном госпитале ГАУЗ «Городской перинатальный центр г. Улан-Удэ». Из анамнеза жизни — в 2009 г. диагностирован цирроз печени. В 2012 г. при МСКТ выявлены признаки цирроза печени, стеноза тромбоза печеночного сегмента нижней полой вены и ствола воротной вены. В 2013 г. произведена пересадка печени от посмертного донора в исходе синдрома Бадда — Киари в Национальном медицинском исследовательском центре трансплантологии и искусственных органов (НМИЦ ТИО) им. академика В. И. Шумакова. Билиарная реконструкция путем наложения холедохо-холедохоанастомоза. Ревизия органов брюшной полости по поводу гематомы. Гемотрансфузия. Объем кровопотери до 20 литров. Длительная иммуносупрессия. В октябре 2013 г. криз о. клеточного отторжения, пульс-терапия ГКС. В сроке 3–4 недели беременности консультирована в НМИТ и ИО им. ак. В. И. Шумакова, рекомендован пожизненный прием иммунодепрессантов (метилпреднизолон 4 мг, такролимус 6 мг). Наблюдается в научном центре каждые 3–6 месяцев г. Москве, во время беременности проходила ежемесячное обследование.

Беременность наступила спонтанно, течение беременности без особенностей. Эпидемиологический анамнез заболевания: первые клинические проявления COVID-19 — боль в горле, насморк, редкий кашель с небольшим слизистым отделяемым, повышение температуры тела не отмечалось. Госпитализирована на 2-е сутки

с момента заболевания. При поступлении в стационар состояние расценено как средней степени тяжести, SpO₂ — 95–97% на воздухе, в кислородной поддержке не нуждалась, АД — 104/76 мм. рт. ст., 100/74 мм. рт. ст., ЧСС-81, ЧДД-18, температура тела — 36,3 °С, по шкале NEWS — 2 балла, срок гестации — 25 недель 1 день. Согласно временным методическим рекомендациям по профилактике, диагностике и лечению новой коронавирусной инфекции (COVID-19) (версия 11) и методическим рекомендациям по организации оказания медицинской помощи беременным, роженицам, родильницам и новорожденным при новой коронавирусной инфекции COVID-19 (версия 4) выполнен весь алгоритм обследования¹. По данным рентгенографии органов грудной клетки: картина левосторонней полисегментарной пневмонии, высокая вероятность вирусной с примерным поражением до 50%. По лабораторным данным обращало внимание высокие показатели Д-димеров — 3,14 мкг/мл (норма 0, 457), прокальцитонин — 0,15 нг/мл (норма 0,05), С-реактивный белок — 11 мг/л (норма до 10), лимфоцитопения до 0,8 г\л, такролимус 7,7 нг/мл (норма). Фетометрия, доплерометрия: в полости матки один живой плод, околоплодные воды в нормальном количестве. Нарушений плодово-плацентарного кровотока не выявлено. Заключение: беременность 25 недель 1 день.

Диагноз при поступлении: беременность 25 недель 1 день. НКВИ, подтвержденная, средне-тяжелое течение. Левосторонняя нижнедолевая пневмония (РГ-2). Первородящая в 33 года. Диффузный зоб 1 ст. Наличие трансплантированной печени от посмертного донора от 28.07.2013 по поводу ЦП в исходе синдрома Бадда — Киари. Состояние после ревизии органов брюшной полости по поводу гематомы от 31.07.2013. Инвалид 2-й группы. Анемия 1 ст. Состояние длительной медикаментозной иммуносупрессии.

Получала симптоматическую и противовирусную, иммуносупрессивную, антибактериальную, антикоагулянтную терапию. Мониторирование плода ежедневное (кардиотокография, доплерометрия). В сроке 26 недель проводился нифедипиновый токолиз с целью лечения угрожающих преждевременных родов. В динамике на 7-й день от момента госпитализации проведена рентгенография органов грудной клетки: без динамики. По лабораторным данным в динамике отмечалось нарастание уровня С-реактивного белка до 41 мг\л, трансаминаз — АСТ до 741 Ед\л (норма 31), АЛТ до 55 Ед\л (норма 34), Д-димеры — (норма 0, 457) 2040.6 мкг/мл. Фетометрия, доплерометрия в динамике: в полости матки один живой плод, околоплодные воды в нормальном количестве. Нарушение плодово-плацентарного кровотока выявлено — 1 А степени. Заключение: беременность 26 недель 1 день. НМПК 1 А степени. По данным кардиотокографии (КТГ) — состояние плода расценивалось удовлетворительным.

Пациентка до периода родоразрешения была дважды консультирована в ФГБУ «НМИЦ ТИО им. В. И. Кулакова» Минздрава России, ФГБУ «НМИТ и ИО им. ак. В. И. Шумакова», коррекция лечения и тактика ведения проводились согласно рекомендациям.

¹ Временные методические рекомендации: профилактика, диагностика и лечение новой коронавирусной инфекции (covid-19). URL: <https://admin.opensystems.ru/data/magzn/lvrach/pdf/vmr-covid-19-v15.pdf> (дата обращения: 22.02.2022). Текст: электронный.

На 14-е сутки пребывания в рододовом отделении стационара при плановой записи КТГ зафиксирована гипоксия плода тяжелой степени, dip3 (децелерация до 90–100 ударов в минуту), в экстренном порядке проведена доплерометрия: НМПК и ФПК 3-й степени. Нулевой диастолический компонент в артерии пуповины. В связи с антенатальной гипоксией плода тяжелой степени пациентка была родоразрешена путем операции «кесарево сечение» в экстренном порядке. Извлечен живой недоношенный плод женского пола весом 760 г, длиной 32 см, с оценкой по шкале Апгар 3/4/5 баллов. После родоразрешения состояние пациентки стабилизировалось. Выписана из стационара на 7-е сутки послеоперационного периода.

Состояние ребенка с рождения очень тяжелое за счет реализации респираторного дистресс-синдрома новорожденных (по Сильверману: 6 баллов), на фоне недоношенности (По Ballard: 8 баллов — 27 недель). Оценка по центильным шкалам (Fenton): масса и длина тела в интервале между 10 и 50 перцентилями, окружность головы на 90 перцентиле.

После проведения первичных реанимационных мероприятий в операционной ввели порактант альфа в терапевтической дозе, перевели в отделение реанимации (ОРИТ), где продолжена респираторная терапия: НСРАР. Учитывая неэффективную оксигенацию, вентиляцию, перевод на традиционную ИВЛ, с последующим переводом на высокочастотную ИВЛ. В течение первых суток потребовалось повторное введение порактанта альфа. Гемодинамика со стабилизацией на фоне титрования кардиотоников в минимальных дозировках. В лечении: инфузионная терапия, парентеральное питание, антибактериальная терапия (ампициллин + сульбактам 75 мг/кг/с, амикацин 10мг/кг/с), трофическое энтеральное питание смесью Пре НАН. НСГ: Выраженный перивентрикулярный отек.

ВЧИВЛ в течение 41 ч, перевод на традиционную ИВЛ, с последующим переводом на NIPPV на 4-е сутки жизни. Объем энтерального питания существенно расширить не удалось. В течение первых трех суток жизни был проведен стандартный объем лабораторно-инструментальных исследований. Тесты на НКВИ отрицательные.

На 7-е сутки жизни клиника некротического энтероколита, перевод повторно на традиционную ИВЛ, консервативная терапия без эффекта, перфорация полого органа на 8-е сутки жизни, разлитой перитонит. Проведена смена антибактериальной терапии меропенем, ванкомицин, усилена метронидазолом. На 8-е сутки жизни в условиях Городского перинатального центра хирургами Детской республиканской клинической больницы проведена операция: поперечная лапаротомия справа, ревизия, санация брюшной полости. Илеостомия. Дренирование брюшной полости. Интраоперационная трансфузия компонентов крови (эритроцитарная взвесь, свежезамороженная плазма).

Послеоперационный период протекал на этапе ГПЦ без осложнений. Энтеральное питание начато на 11-е сутки (на 3-е сутки после оперативного вмешательства), с расширением до 149 мл/кг/с на 27-е сутки. Гемодинамика стабильная на фоне кардиотонической поддержки в «минимальных» дозах. На 24-е сутки жизни — перевод на NIPPV. Неврологический статус соответствовал сроку гестации, патологической неврологической симптоматики не отмечено. По данным НСГ, в динамике выраженный перивентрикулярный отек с уменьшением, расширение наружных ликворных пространств, передних рогов боковых желудочков.

ЭХО КГ- ОАП 1,3 мм, сброса нет, ООС 1,8 мм. На рентгенограмме органов грудной клетки показано снижение пневматизации легочных полей, усиление легочного рисунка, синусы свободны, сердце не увеличено. В ОАК на фоне реализации перитонита — выраженный лейкоцитоз до $64,0 \cdot 10^9/\text{л}$, со сдвигом формулы влево, на фоне АБТ со снижением. В динамике прогрессирование анемии недоношенного ребенка. Общее состояние с положительной динамикой, продолжено наблюдение детским хирургом ДРКБ, после стабилизации состояния плановый перевод в ДРКБ на 27-е сутки жизни.

В ДРКБ за время госпитализации состояние ребенка с положительной динамикой. Ребенок переведен на самостоятельное дыхание в течение 4 дней после перевода, дополнительная оксигенация через кислородную палатку. Гемодинамика стабильная. Живот мягкий, энтеральное питание усваивает. Объем питания с расширением, парентеральное питание прекращено. Проведена коррекция анемии тяжелой степени, трансфузия эритроцитарной взвеси.

В возрасте 38 недель постконцептуального возраста офтальмологом выставлен диагноз: ретинопатия недоношенных I–II ст, активная. По данным ЭХОКГ 30.09.21: ДМПП вторичный. Расширение правых отделов сердца. СДЛА 31 мм. рт. ст. ФВ 81%. Заключение кардиолога: ВПС: ДМПП. Легочная гипертензия I ст. ХСН I ФК.

На фоне интенсивного лечения состояние ребенка стабилизировалось, но из-за развившейся бронхолегочной дисплазии не удавалось отлучить ребенка от дополнительной оксигенации до 74 суток жизни.

В неврологическом статусе динамика стала активнее, крик громче, мышечный тонус и двигательная активность с улучшением. В весе восходящая кривая. Проведена в плановом порядке операция закрытия илеостомы. Выписана домой в удовлетворительном состоянии.

По результатам катамнестического наблюдения в кабинете катамнеза Городского перинатального центра в возрасте 8 месяцев 2 недели (скорректированный возраст 5 месяцев 1 неделя) — физическое развитие среднее, гармоничное. Оценка по шкале функционального развития мозга (ШФРМ) 13 баллов соответствует 5 месяцам. Заключение офтальмолога: ретинопатия недоношенных I ст. рубцовая фаза.

При осмотре в возрасте 11 месяцев, скорректированный возраст 7 месяцев 3 недели, физическое развитие среднее, гармоничное. Оценка по ШФРМ 20 баллов = 10 месяцев.

Диагноз: перинатальное поражение ЦНС, поздний восстановительный период, синдром двигательных нарушений. Мышечная дистония. Даны рекомендации по развитию.

Выводы

Клинический пример успешного выхаживания недоношенного новорожденного не является единичным. Но в описанном случае имеет место сочетание тяжелой экстрагенитальной патологии у матери (наличие трансплантированной печени от посмертного донора по поводу ЦП в исходе синдрома Бадда — Киари) с течением НКВИ.

Изменения в плаценте, обусловленные вирусом, приводят к хронической и острой гипоксии плода, преждевременному родоразрешению, что обуславливает тяжесть состояния детей при рождении. Инфицирование женщин SARSCoV-2 ассоциировано с более высоким уровнем частоты диагностирования дистресс-синдрома

плода и уровнем перинатальной смертности. Данных, отражающих особенности течения неонатального периода детей из этой группы, нет.

Итогом мультидисциплинарного подхода, скоординированной работы специалистов различных профилей, с применением клинических рекомендаций стал благополучный исход как для матери, так и для новорожденного ребенка.

Литература

1. Санаева М. Д., Дударева Ю. А. Течение заболевания, акушерские и перинатальные исходы у беременных с COVID-19 (обзор литературы) // Лечащий врач. 2022. № 5–6 (25). С. 20–24. DOI: 10.51793/OS.2022.25.6.003. Текст: непосредственный.

2. Задумина Д. Н., Скворцов В. В. Изменение гематологических показателей при COVID-19 // Лечащий врач. 2022. № 11(25). С. 30–36. DOI: 10.51793/OS.2022.25.11.005. Текст: непосредственный.

Статья поступила в редакцию 15.10.2022; одобрена после рецензирования 20.11.2022; принята к публикации 01.12.2022.

A CLINICAL CASE OF THE COURSE OF A NEW CORONAVIRUS INFECTION
COVID-19 IN A PREGNANT WOMAN

Garmaeva Evgeniya D.

Ph.D., Head of the Department of the City Perinatal Center
evjgarmaeva@yandex.ru

Dambaeva Alexandra R.

Chief Physician of the City Perinatal Center
gpc@govrb.ru

Degtyareva Ekaterina I.

Deputy. The chief physician for medical work of the City Perinatal Center
gpc@govrb.ru

Sanzhieva Tsybilma D.

Head of the Department of Anesthesiology and Resuscitation with the operating unit of the City Perinatal Center
gpc@govrb.ru

Ivanova Irina V.

Deputy Chief Physician of the City Perinatal Center
gpc@govrb.ru

Zhepkholova Tuyana N.

Deputy Chief Physician for Pediatric Care of the City Perinatal Center
gpc@govrb.ru

Dashinimaev Alexey V.

Head of the Department of Intensive Care and Neonatal Intensive Care of the City Perinatal Center
gpc@govrb.ru

Dashidorzhieva Evgeniya B.

Head of the obstetric department of the City Perinatal Center
gpc@govrb.ru

Dolonov Gombo B.

Anesthesiologist-resuscitator of the City Perinatal Center
gpc@govrb.ru

Shirapov Genghis D.

Anesthesiologist-resuscitator
gpc@govrb.ru

Ohinova Darima D.

Anesthesiologist-resuscitator
gpc@govrb.ru

Zhanchipov Tserin-Nadmed D.

Anesthesiologist-resuscitator
gpc@govrb.ru

Baldanova Elena N.

Head of the organizational and methodological Department,
pediatrician of the development of the faculty of catamnaestic research.
Pediatrician of the catamnaesis room of the City Perinatal Center
gpc@govrb.ru

Department of Intensive Care and Neonatal intensive care of the City Perinatal Center
Russia, Ulan-Ude, 670042, Stroiteley ave., 2

Abstract. The problem of the new coronavirus infection COVID-19 has not lost its relevance until today. To date, the disease remains insufficiently studied, and data on the effect of the virus on the fetus and the health of the future child are contradictory. But it is quite obvious that pregnant women have a higher probability of a more severe course of respiratory viral infections and the sudden development of a critical condition against the background of a stable course of illness. The group at the highest risk of developing severe forms of COVID-19 is pregnant women with concomitant lung diseases, cardiovascular system, hypertension, diabetes mellitus, obesity, chronic kidney disease, liver disease, antiphospholipid syndrome (AFS).

Keywords: new coronavirus infection COVID-19, pregnancy, delivery.