

Романчук Л.І.
ОСОБЛИВОСТІ КОМОРБІДНОГО ПЕРЕБІГУ КОРОНАВІРУСНОЇ ІНФЕКЦІЇ У
ДИТИНИ НА ТЛІ БРОНХОЕКТАТИЧНОЇ ХВОРОБИ І ТУБІНФІКОВАНOSTІ -
КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК

Кафедра педіатрії та дитячих інфекційних хвороб
Буковинський державний медичний університет

Клінічне спостереження показує, що у дітей перебіг коронавірусної інфекції у 80% був легким або безсимптомним, у 15% - тяжким, що вимагало кисневої терапії, 5% - критичні випадки, що вимагають штучної вентиляції легень. Рівень летальності становить 3-4% (Чернишова Л.І., 2020). В окремих дітей після можливої інфекції Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2 (SARS-CoV-2) можуть розвинути важкі серцеві ускладнення.

Метою роботи було дослідити особливості коморбідного перебігу коронавірусної інфекції у дитини на тлі бронхоектатичної хвороби і тубінфікованості.

Спостереження за пацієнтом Ю., 17 років проводилося на базі обласного комунального неприбуткового підприємства «Чернівецька обласна дитяча клінічна лікарня». Використано спектр лабораторних (загальний аналіз крові, сечі, біохімічний аналіз та гострофазові показники крові, коагулограма, хлориди поту, полімеразна ланцюгова реакція (ПЛР) на визначення рибонуклеїнової кислоти (РНК) SARS-CoV-2; інструментальних (ультразвукова діагностика, електрокардіографія, ехокардіографія, рентгенографія органів грудної клітки, бактеріоскопія, бронхоскопія), а також консультації вузьких спеціалістів.

Хлопець був госпіталізований в інфекційне відділення анестезіології та інтенсивної терапії зі скаргами на підвищення температури тіла до 39,9°C, кашель, задуху, запаморочення, біль за грудиною. Пацієнт з раннього віку страждає рецидивуючими бронхо-легеневими захворюваннями. У 2010 р. переніс туберкульоз внутрішньо-грудних лімфатичних вузлів, у березні 2020 р. - деструктивну пневмонію (перебуває на диспансерному обліку у пульмонолога та фтизіатра). При об'єктивному обстеженні: загальний стан важкий за рахунок проявів інтоксикації, дихальної недостатності II ступеня, больового абдомінально-торакального синдрому, гіпотензії. Блідість шкірних покривів, акроціаноз. Тахікардія, тахіпноє до 35-40 за хв., відставання лівої половини грудної клітки у акті дихання. Сатурація кисню – 94%. Аускультативно: над легеньми різке ослаблення дихання, в базальних відділах відсутність дихальних шумів. Справа на фоні жорсткого дихання – велика кількість вологих різнопухирцевих хрипів. Даних додаткових методів обстеження: лейкоцитоз, нейтрофіліз; підвищення С-реактивного білка, антистрептолізин-О, серомукоїду; ПЛР на РНК SARS-CoV-2 позитивна; ознаки перенавантаження міокарду правого шлуночка, феномен ранньої реполяризації шлуночків; наявність вільної рідини в перикарді, в плевральній порожнині зліва, зміщення серця вправо, рентгенологічних ознак лівобічної пневмонії на тлі бронхоектатичної хвороби з ознаками лівобічного пневмотораксу і ексудативного плевриту; бронхоскопічно: ознак лівобічного деформуючого гнійного ендобронхіту, консультацій дитячого хірурга та фтизіатра. Пацієнту був виставлений діагноз: Позалікарняна двобічна вірусно-бактеріальна пневмонія, гострий перебіг, ускладнена лівобічним пневмотораксом, лівобічним ексудативним плевритом. Дихальна недостатність II ступеня. 2019-nCoV гостра респіраторна хвороба. Бронхоектатична хвороба. Хронічний гнійний деформуючий ендобронхіт II ст. Постзапальний пневмофіброз. Інфікованість мікобактерією туберкульозу (МБТ). Категорія 5.4.(В). Пацієнт отримував лікування: цефтріаксон, аміцил, європенем, лефлацин, моксімак, ізоніазид, рифампіцин, біовен-моно, клексан, флуконазол, дексаметазон, лактовіт, аналгін, глюкозо-сольові розчини. Тривалість госпіталізації - з 22.06.2020 р. по 20.07. 2020 р.

Наведений клінічний випадок розширює знання коморбідного перебігу коронавірусної інфекції у пацієнта на тлі бронхоектатичної хвороби та тубінфікованості. Відповідно у

пацієнтів з преморбідним фоном спостерігається важчий перебіг, що потребує комбінації лікарських засобів, респіраторної підтримки та тривалішого лікування.