

# Поражение сердца с транзиторной атриовентрикулярной блокадой II степени у ребенка с мультисистемным воспалительным синдромом, ассоциированным с новой коронавирусной инфекцией

Нагорных Г.Н.<sup>1</sup>, Вернигора С.В.<sup>1</sup>, Горохова Н.Е.<sup>2</sup>, Горбатилов К.В.<sup>2</sup>, Лукьянова В.Н.<sup>2</sup>, Потапова А.П.<sup>1</sup>, Новоселова Т.В.<sup>1</sup>, Смирнов А.В.<sup>1</sup>, Левина Н.Г.<sup>1</sup>, Дмитриев А.В.<sup>1</sup>, Ушакова С.А.<sup>3</sup>

<sup>1</sup> ГБУЗ ТО «Областная больница № 3», Тобольск, Российская Федерация

<sup>2</sup> ГБУЗ ТО «Областная больница № 1», Тюмень, Российская Федерация

<sup>3</sup> ФГБОУ ВО «Тюменский государственный медицинский университет» Минздрава России, Тюмень, Российская Федерация

**Актуальность.** Кардиальные нарушения, ассоциированные с новой коронавирусной инфекцией у детей, в подавляющем большинстве случаев развиваются в ходе мультисистемного воспалительного синдрома (МСВС), который проявляется фебрильной лихорадкой, внешними признаками болезни Кавасаки (БК), гиперовоспалительным состоянием и мультиорганным поражением.

**Цель исследования.** Продемонстрировать клинический случай эффективной курации мультидисциплинарной командой врачей пациентки с МСВС, развившей воспалительное поражение миокарда с преходящей атриовентрикулярной (АВ) блокадой II степени.

**Пациенты и методы.** Анализ медицинской документации пациентки 12 лет, госпитализированной экстренно в декабре 2021 г. в многопрофильный стационар ГБУЗ ТО ОБ № 3. Лечебно-диагностическая тактика согласовывалась со специалистами территориального ЦМК ГБУЗ ТО ОКБ № 1. Из анамнеза: лечилась амбулаторно по поводу острой респираторной инфекции, на 5-й день резкое ухудшение с лихорадкой 39 °С, головная боль, головокружение, боль в животе. Доставлена бригадой скорой медицинской помощи с подозрением на менингит. Предшествующие контакты по COVID-19 отрицает.

**Результаты.** При поступлении состояние тяжелое. Фебрильная лихорадка, проявления БК (конъюнктивит, сыпь на коже, отечность кистей и стоп). Ригидность затылочных мышц сомнительная. Приглушенность тонов сердца, ЧСС — 108/мин, АД — 90/60 мм рт. ст. При наблюдении в 1-е сут отмечена брадикардия с головокружением. ЭКГ: при поступлении синусовый ритм с ЧСС 108/мин; затем синусовая брадикардия — 48/мин, не

исключалась АВ-блокада II степени 2 : 1. Эхокардиография: фракция выброса — 60%. Лабораторные исследования: повышенный уровень С-реактивного белка (213 мг/л), прокальцитонина (5,7 нг/мл), тропонина I (0,17 нг/мл), ферритина (421 мкг/л), D-димера (2345 нг/мл); лейкоциты —  $14,1 \times 10^9$ /л, нейтрофилы —  $12,6 \times 10^9$ /л, лимфоциты —  $0,85 \times 10^9$ /л, тромбоциты —  $134 \times 10^9$ /л. Анализ ПЦР-мазка из носоглотки отрицательный, но антитела IgG SARS-CoV-2 положительные (10,8). Клинико-лабораторные показатели соответствовали критериям диагноза МСВС. Суточная ЭКГ: дисфункция синусового узла с ЧСС 42–145/мин, множественные эпизоды АВ-блокады II степени Мобитц I (в т.ч. 2 : 1). Проводимое лечение: допамин, внутривенный иммуноглобулин, дексаметазон, эноксапарин, цефотаксим. Лихорадка и кожно-слизистые проявления купировались к концу 1-х сут. На 7-й день ЧСС — 70/мин, АД — 110/70 мм рт. ст. Выписана на 20-й день с нормализацией воспалительных маркеров, без остаточных кардиальных нарушений.

**Заключение.** У всех поступивших в стационар детей с подозрением и с верифицированным МСВС, и особенно у имеющих высокие значения кардиомаркеров (тропонин I), следует тщательно контролировать функциональное состояние сердечно-сосудистой системы с акцентом на показатели сердечного ритма и проводимости при регулярной записи ЭКГ, чтобы обнаружить нарушения как можно раньше и мониторировать их. Несмотря на видимый благоприятный прогноз преходящих кардиальных нарушений к моменту выписки, необходимо продолжить амбулаторное наблюдение пациентки у детского кардиолога.