

Кучук В. А.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ПОСТСЕПТИЧЕСКОГО ЭНДОКАРДИТА У РЕБЕНКА

*Научные руководители: канд. мед. наук, доц. Рубан А. П.¹,
канд. мед. наук Лазарчик И. В.²*

*Минская областная детская клиническая больница, аг. Лесной,
Белорусская медицинская академия последипломного образования, г. Минск*

Актуальность. Инфекционный эндокардит – эндоваскулярная, чаще бактериальная инфекция, поражающая не только эндокард (клапанный аппарат, муральный эндокард, перегородки сердца), но и имплантированные устройства.

Цель: проанализировать особенности течения заболевания у ребенка раннего возраста с постсептическим эндокардитом.

Материалы и методы. Материалом послужила медицинская документация ребенка. Метод – клиничко-анамнестический.

Результаты и их обсуждение. Мальчик А., возраст 1 год 10 месяцев, поступил в Минскую областную детскую клиническую больницу (МОДКБ) с жалобами на отек и нагноение в области левого коленного сустава. Направлен в хирургическое отделение для дальнейшего лечения. На фоне проведения антибактериальной терапии цефотаксимом появились панариций на указательном пальце левой руки и фурункул носа. Состояние ребенка постепенно ухудшалось - выраженная интоксикация, фебрильная лихорадка, значительные изменения в анализах крови воспалительного характера. Выполнена рентгенография органов грудной клетки, выявившая пневмонию. По результатам ультразвукового исследования (УЗИ) сердца - сепарация листков перикарда и дисфункция митрального клапана в виде стабильной клапанной регургитации. Выставлен диагноз: сепсис, септикопиемическая форма. Проведено усиление антибактериальной терапии, состояние мальчика стабилизировалось. По настоянию родителей на 18-е сутки госпитализации ребенок был выписан домой в удовлетворительном состоянии. Однако, через неделю мальчик был доставлен бригадой скорой помощи в МОДКБ с жалобами на выраженные слабость, бледность кожных покровов, отказ от еды, рвоту, тахикардию. Выполнено УЗИ сердца, обнаружившее полостное образование неустановленной природы в полости левого предсердия. Состояние ребенка ухудшалось (гиповолемический шок), что потребовало перевода в отделение реанимации с последующей транспортировкой в РНПЦ ДХ, где у ребенка возникла брадикардия с резким падением системного артериального давления и исчезновением пульса на центральных артериях. Проведен ряд реанимационных мероприятий с последующим оперативным лечением: пластика аневризмы корня аорты, пластика восходящей аорты, ревизия атриовентрикулярных клапанов, формирование хирургического дефекта межпредсердной перегородки. В виду низкой сократительной функции миокарда обоих желудочков принято решение о переводе ребенка на экстракорпоральную мембранную оксигенацию (ЭКМО) с кардиотонической, вазопрессорной и волемической поддержками. Деканюляция ЭКМО выполнена на 5-е сутки, одновременно начато проведение заместительной почечной терапии. Через 15 суток ребенок в стабильном состоянии переведен в кардиохирургическое отделение, на 25-е сутки – в МОДКБ. Диагноз при переводе: первичный постсептический эндокардит, абсцесс корня аорты с формированием ложной аневризмы. Недостаточность атриовентрикулярных клапанов 3-4 степени, аортального клапана 1-2 степени.

Выводы. Подобные случаи в отечественной литературе ранее описаны не были. Абсцесс корня аорты является редким грозным осложнением септического процесса у пациентов раннего детского возраста. Клинический пример демонстрирует быстрое развитие нарушений витальных функций организма, потребовавших проведения экстренного кардиохирургического вмешательства, а также применения впервые в Республике Беларусь нового высокотехнологичного метода лечения (ЭКМО), что позволило сохранить жизнь пациента.