

ВОПРОСЫ ПЕДИАТРИИ

О РЕДКОМ СЛУЧАЕ ИНФЕКЦИОННОГО ЭНДОКАРДИТА С ПЕРВИЧНЫМ ПОРАЖЕНИЕМ ТРЕХСТВОРЧАТОГО КЛАПАНА

Т.О. Омурбеков, С.Ж. Боконбаева, Ж.Ж. Анакеева

Кыргызско-Российский Славянский Университет
Кафедра педиатрии, медицинской генетики и детской хирургии
Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме: В статье отражен результат наблюдения и лечения ребенка с инфекционным эндокардитом. Выявлены причины и предрасполагающие факторы, приведшие к данному заболеванию. Приведен опыт лечения данного относительно редкого заболевания для городского стационара.

Ключевые слова: инфекционный эндокардит, предрасполагающие факторы, лихорадка, эхоКГ.

Ү4 ЖАРГАКТУУ КЛАПАНДЫН СЕЙРЕК КЕЗДЕШУУЧУ ИНФЕКЦИЯЛЫК ЭНДОКАРДЫН АЛГАЧКЫ БУЗУЛУШУ ЖОНУНДО

Т.О. Омурбеков, С.Ж. Боконбаева, Ж.Ж. Анакеева

Кыргыз-Россия Славян Университета
Педиатрия, медициналык генетика жана балдардын хирургиянын кафедрасы
Бишкек, Кыргызская Республикасы

Корутунду: Бул статьяда инфекциялык эндокардит менен ооруган баланы байкоо жана сакайтуунун жыйынтыгы чагылдырылган. Ушул ооруга алып келуучу себептер жана ага байланышкан факторлор айгинеленди. Шаардык стационардын шартында салыштырмалуу ете сейрек кездеше турган ооруну дарылоо тажрыйбасы керегузүлдү.

Негизги сездер: инфекциялык эндокардит, ооруга алып келуучу факторлор, дене табы жогорулашы, ЭхоКГ.

RARE CASES OF INFECTIVE ENDOCARDITIS WITH A PRIMARY LESION OF THE TRICUSPID VALVE

T.S. Omurbekov, S.J. Bokonbaeva, J.J. Anakeeva

Kyrgyz-Russian Slavic University
Department of Pediatrics, Medical Genetics and Pediatric Surgery
Bishkek, Kyrgyz Republic

Summary: In this article results of observation and treatment of infectious endocarditis are shown. The causes and risk-factors of this disease were found. Experience of such rare disease treatment for city hospital is shown.

Key words: infectious endocarditis, risk-factors, seizure, echocardiography.

Инфекционный эндокардит (ИЭ) - подростков (в отличие от взрослых) встречается тяжелое инфекционное (чаще бактериальное) системное заболевание с первоначальным поражением клапанов сердца и пристеночного эндокарда, которое сопровождается бактериемией, деструкцией клапанов, эмболическим, тромбогеморрагическим, иммунокомплексным поражением внутренних органов и без лечения приводит к смерти. Первое упоминание ИЭ относится к 1646 г., когда Lozare Riviere описал повреждение эндокарда при злокачественной лихорадке.

Со времени открытия заболевания прошло более 350 лет, но, несмотря на достижения современной медицины, проблема ИЭ приобретает особую актуальность в связи с увеличением заболеваемости в 3-4 раза (Соболева М.К., Белов Б.С.). ИЭ у детей и

подростков (в отличие от взрослых) встречается довольно редко, частота его составляет 3,0-4,3 случая на 1 млн. детей до 18 л.

Эпидемиология

В последнее время удельный вес ИЭ среди детей и подростков в специализированных стационарах постепенно нарастает, что связывают с увеличением числа операций на сердце при врожденных пороках, постоянным расширением спектра инвазивных диагностических и лечебных медицинских манипуляций.

В этиологии ИЭ у детей и подростков по данным разных авторов играют роль *S. viridians* (40-50%), *S. faecalis* (4-8%), *S. aureus* (12-24%), *S. epidermidis* (5-8%) и др.

Предрасполагающими факторами в развитии ИЭ являются, ВПС, врожденные аномалии развития коронарных артерий,

ВОПРОСЫ ПЕДИАТРИИ

имплантаты, пейсмекеры, опухоли сердца, инородные тела, кардиомиопатии, ревматические пороки сердца. Наряду с этим к значимым факторам риска ИЭ у детей и подростков относится пролапс митрального клапана (ПМК), особенно с миксоматозным утолщением клапанных створок и митральной регургитацией, длительно стоящие катетеры центральных вен и оперированное сердце. Основным клиническим синдромом заболевания является эндокардит с быстрым развитием клапанной регургитации (преимущественно - аортальной) при локализации процесса на нативных (естественных) клапанах. При современном ИЭ у детей и подростков наблюдается тенденция к учащению поражения митрального и трикуспидального клапанов, а также клапанов легочной артерии как в отдельности, так и в виде поливальвулярной патологии.

Приводим случай нашего клинического наблюдения.

Фатима М., 14 лет, поступила в отделение реанимации ГДКБ СМП Бишкек, 9 января 2013 года с диагнозом острая пневмония справа. Острый пиелонефрит?

Основные жалобы: лихорадка до 40° в течении 3-х недель, озноб, одышка, кашель, плохой аппетит.

Девочка была больна в течение месяца. Перенесла с ее слов ОРВИ, осложнившийся гнойным отитом. Получала амбулаторное лечение с периодическим улучшением.

Из анамнеза: росла здоровым ребенком. Последние 2 года страдала частыми бронхитами, фарингитами и гайморитом, анемией коррекция, которой не проводилась.

Состояние при поступлении было тяжелым за счет сердечно-сосудистой и дыхательной недостаточности, симптомов интоксикации и выраженной анемии. Положение вынужденное. Девочка астенического телосложения. За период болезни значительно потеряла в массе. Вес 39 кг при норме 48 кг. Кожные покровы бледные с восковидным оттенком, сухие на ощупь, эластичность снижена, губы потрескавшиеся, сухие. Отмечались отеки на ногах. Суставы внешне не изменены, движения в полном объеме. Одышка смешанного характера, с участием вспомогательных мышц. Дыхание через нос затруднено. Над легкими укорочение легочного звука в нижних отделах с обеих сторон, там же дыхание ослаблено, хрипов нет.

Отмечалась пульсация шейных сосудов. Пульс слабого наполнения и напряжения - до 116 ударов/минуту. Верхушечный толчок разлитой, ослаблен. Границы относительной тупости сердца расширены больше влево. Тоны сердца приглушены. Выраженный систолический шум на верхушке и в точке Боткина-Эрба, тахикардия, усиливающаяся при малейшей физической нагрузке. Живот мягкий, болезненный при пальпации в области правого подреберья и эпигастрия. Печень увеличена на 2см ниже реберной дуги, плотная. Мочилась редко, малыми порциями, стул со склонностью к запору.

Были проведены следующие обследования:

Общий анализ крови - гипохромная анемия III степени (гемоглобин 57г/л, эритроциты $2,4 \times 10^{12}$ /л, ЦП-0,7, лейкоцитоз ($9,6 \times 10^9$ /л), нейтрофилез со сдвигом влево (п/я-14%, с/я-70%), ускоренная СОЭ (28мм), анизоцитоз, пойкилоцитоз, гипохромия. Кровь на гемокультуру - отр.

Общий анализ мочи - протеинурия-0,8г/л. Биохимический анализ крови - общий белок-39,4, альбумины-20,1 г/л, остальные печеночные и почечные тесты б/о. СРБ-++, АСЛ-0++++, ревмат. фактор-отр, Са-1,96ммоль/л, Mg-0,71ммоль/л, К-4,29ммоль/л, Ыа-127,84ммоль/л. Рентгенография органов грудной клетки - данные за двустороннюю очаговую пневмонию, сердце расширено в поперечнике, сердечные дуги слева сглажены. ЭКГ -выраженная синусовая тахикардия до 150 ударов/мин. Умеренное отклонение ЭОС вправо.

Девочка находилась в отделении ОРИТ в течении 3-х дней, выставлен предварительный диагноз острая двусторонняя пневмония, постинфекционный миокардит. Проводилась дифференциация с субсепсисом Висслера-Фанкони, туберкулезом легких и бруцеллезом.

Учитывая сохраняющийся систолический шум на основании сердца, а также длительную септическую лихорадку, на 5-й день проведено ЭхоКГ - у основания трикуспидального клапана, ближе к септальной створке, визуализируется подвижное дополнительное образование больших размеров 35ммx16мм. Края бахромчатые (свежая вегетация с очагами абсцедирования). Регургитация I ст. Правая кардиомегалия. Гидроперикард. Нарушение ритма сердца - тахикардия. Рентгенография придаточных пазух носа - данные за острый

ВОПРОСЫ ПЕДИАТРИИ

гайморит справа с наличием уровня жидкости. УЗИ органов брюшной полости: признаки реактивных изменений печени. Почки и желчный пузырь без патологии.

Лор-врач: «Острый гайморит справа».

На основании наличия двух больших (появление и изменение шума над областью сердца. вегетации над трикуспидальном клапане) и малых - частые инфекции бронхолегочной системы, гнойный отит в анамнезе и острый гайморит в настоящее время, интермиттирующую длительную лихорадку, установлен основной клинический диагноз: Острый инфекционный эндокардит, первичный, высокой степени активности.

Девочке проведена мощная антибактериальная терапия в течение 5-ти недель (роцефин, меркацин, цебанекс, зоперцин, метрид, меристат, флуконазол), нестероидные препараты, мочегонные и симптоматические препараты. Так как у девочки длительно сохранялся анемический синдром, после консультации гематолога проведено переливание трижды отмытых эритроцитов по индивидуальному подбору, после чего гемоглобин повысился с 41 г/л до 80г/л.

На фоне данного лечения состояние девочки постепенно улучшилось: исчезли отеки на ногах, сократились размеры печени, нормализовалась температура, уменьшилась одышка и тахикардия. Размеры вегетации значительно уменьшились, что подтверждено на Эхо-КГ, дисфункции створок клапанов нет. На контрольных рентгенограммах очаги инфильтрации исчезли. В анализах крови нейтрофилия нет, СОЭ ускорена. Улучшились показатели ЭКГ в динамике и выписана в относительно удовлетворительном состоянии.

В нашем случае на первый план выступила клиническая картина двусторонней пневмонии, гайморита, отита, которые на фоне лечения давали кратковременное улучшение с периодическими вспышками септического процесса, что объясняется повторными микротромбоэмболиями с поражением трехстворчатого клапана и только своевременное проведение эхоКГ и выявление вегетаций позволило выйти на заключительный диагноз.

Вместе с тем прогноз заболевания и жизни в данном случае представляется достаточно сложным, учитывая значимую вероятность развития повторного ИЭ. Подозрение на

ИЭ вызвано наличием следующих клинико-лабораторных признаков:

1. Данные анамнеза: наличие гнойных очагов инфекции (частые фарингиты, гаймориты, отиты), которые лечились эпизодически.

2. Кардиомегалия, систолический шум и тахикардия.

3. Гепатомегалия.

4. Длительная гектическая лихорадка с ознобами

5. Повышение острофазовых показателей крови.

6. Развитие двусторонней пневмонии, которая является одним из типичных симптомов начала поражения трикуспидального клапана при ИЭ. При анализе данного клинического случая обращают на себя внимание следующие особенности:

- дебют заболевания с гнойного отита и гайморита;

- длительность течения заболевания около 2 месяцев;

- отсутствие врожденных и приобретенных пороков сердца в анамнезе;

- необоснованная и эпизодическая антибактериальная терапия на предыдущих этапах;

- поздняя ЭхоКГ-диагностика поражения клапанного аппарата сердца;

Выводы

Таким образом, знание предрасполагающих факторов, клинических симптомов и своевременное ЭхоКГ сердца, позволяет практическим врачам заподозрить инфекционный эндокардит на ранней стадии.

Литература

1. Демин А.А., Скопин И.И., Соболева М.К. и др. Инфекционный эндокардит: новые стандарты диагностики и лечения // Клиническая Медицина - 2003 - №6 - С. 68-71.

2. Соболева М.К. Инфекционный эндокардит у детей и подростков. Кардиология и ревматология детского возраста. Практическое руководство по детским болезням. М. С. 264-278

3. Соболева М.К., Соболева Е.Г., Веселова Е.А., Скоблякова М.Е. Инфекционный эндокардит у детей и подростков - инъекционных наркоманов // Педиатрия - 2003 - №6. С.43-51.

4. Тюрин В.П. Инфекционные эндокардиты. М.: 2002