

© Илендеева Н.В., Самосудова Е.В., 2004

Н.В. Илендеева, Е.В. Самосудова

ОСЛОЖНЕНИЕ ИНФЕКЦИОННОГО ЭНДОКАРДИТА У МАЛЬЧИКА 11 ЛЕТ

Детская городская клиническая больница № 1,
Областная детская клиническая больница, г. Ульяновск, РФ

Инфекционный эндокардит (ИЭ) — тяжелое воспалительное заболевание эндокарда с преимущественным поражением клапанов. Инфекционное поражение эндокарда — одно из осложнений врожденных пороков сердца (ВПС). Предрасположенность к развитию ИЭ вызвана нарушениями внутрисердечной гемодинамики и снижением резистентности организма. По данным литературы, в 10—30% случаев двустворчатый аортальный клапан (ДАК) осложняется ИЭ (Fulton M.N., Levine S.A., 1932). В то же время среди всех случаев ИЭ 25% обусловлены ДАК (Lamas C.C., Eукуп S.J., 2000). Важно отметить, что ИЭ при ДАК значительно чаще наблюдается у детей и лиц молодого возраста. В 1% случаев ИЭ осложняется абсцессом передней створки митрального клапана (МК) [1—7].

Вашему вниманию представляется редкое осложнение ИЭ у мальчика 11 лет с поражением аортального клапана (АК) на фоне ДАК, стеноза и недостаточности АК, и абсцессом передней створки МК с перфорацией створки в области абсцесса.

Больной Павел С., 11 лет, поступил в кардиоревматологическое отделение детской городской клинической больницы № 1 16.10.03. При поступлении предъявлял жалобы на повышение температуры тела до фебрильных цифр в течение 1,5 месяцев, слабость.

Из анамнеза заболевания и жизни выяснено, что с 2-летнего возраста заподозрен ВПС, так как выслушивался систолический шум над областью сердца. В 8-летнем возрасте в областном консультативно-диагностическом центре был верифицирован ВПС — ДАК, стеноз (с градиентом давления 18 мм рт.ст.) и недостаточность АК (регургитация II—III степени). Ребенок был взят на диспансерный учет, симптомов нарушения кровообращения не отмечалось, в срочном оперативном лечении не нуждался.

В июле 2003 г. отмечались эпизоды першения в горле и субфебрильная температура, в августе появились слабость и потливость, в начале сентября — стойкое повышение температуры тела до 39°C без катаральных проявлений. Лечился амбулаторно с диагнозом ОРВИ, получал бисептол без эффекта, затем внутримышечно линкомицин. На фоне антибактериальной терапии отмечалось временное улучшение, а затем вновь возникли повышение температуры тела до фебрильных цифр, максимально во 2-ю половину дня, озноб, вялость, слабость. В общем анализе крови — нейтрофилез (палочкоядерных нейтрофилов 15%, сегментоядерных — 53%), лимфопения (26%) при общем содержании лейкоцитов $8,4 \cdot 10^9/\text{л}$, СОЭ 46 мм/ч. 13.10 после осмотра кардиолога госпитализирован с подозрением на ИЭ.

При поступлении состояние ребенка тяжелое, резкая бледность кожных покровов с сероватым оттенком, периорбитальные тени. Границы сердца расширены влево, систо-

лодиастолический шум в проекции АК, тахикардия до 104 ударов в мин. Умеренно выраженная одышка, в легких хрипов нет. Печень у края реберной дуги.

В анализе крови: нейтрофилез (палочкоядерных нейтрофилов 2%, сегментоядерных — 69%), лимфопения 22%, общее содержание лейкоцитов $6,2 \cdot 10^9/\text{л}$, СОЭ 29 мм/ч.

Бактериологический посев крови трижды — роста нет.

ЭХОКГ проводили с использованием стандартных режимов сканирования на аппарате Siemens G-60. Стандартные ЭХОКГ-измерения (парастернальная позиция, длинная ось левого желудочка, диастола): правый желудочек 14 мм, левый желудочек (ЛЖ) 52 мм, левое предсердие 23 мм, задняя стенка ЛЖ 7,6 мм, межжелудочковая перегородка 7,6 мм, диаметр аорты на уровне синусов Вальсальвы 31 мм, фиброзное кольцо АК 25 мм, раскрытие створок АК 18 мм, скорость трансаортального кровотока 2,37 м/с, градиент давления 22,4 мм рт.ст., скорость трансмитрального кровотока 1,61 м/с, градиент давления 10,3 мм рт.ст. Определялась дилатация ЛЖ, систолическая функция ЛЖ снижена (ФВ 59% по Teichholz), умеренно выраженная концентрическая гипертрофия миокарда ЛЖ. Бикуспидальный АК, створки АК изменены — уплотнены, деформированы, «парусовидное» движение створок, неполное их смыкание, на створках АК лоцируются плотные плоские наложения (рис. 1), под створками АК определялась регургитация III—IV степени. В области средней трети передней створки МК со стороны левого предсердия выявлено большое объемное образование полукруглой формы с тонкой стенкой, размерами 10×16 мм (рис. 2), створка уплотнена, подвижность ее ограничена, определялась перфорация (прерывание эхосигнала) передней створки МК в области объемного образования створки (рис. 3). На конце передней створки МК лоцировалось эхопозитивное нитевидное образование 9 мм, движущееся с током крови (рис. 4). Под створками МК определялась регургитация I степени. На всем протяжении передней створки МК лоцировались множественные наложения небольших размеров, распространяющиеся на хорды и папиллярные мышцы. Створки трикуспидального и легочного клапанов были не изменены. Заключение: бикуспидальный АК, стеноз и недостаточность АК, ультразвуковые признаки вегетаций небольших размеров на створках АК, плоские вегетации на базальных хордах передней створки МК, вегетация больших размеров на конце передней створки МК, абсцесс больших размеров в области средней трети передней створки МК со стороны левого предсердия, перфорация передней створки МК в области абсцесса, дилатация камер сердца, умеренное снижение сократительной функции миокарда ЛЖ.

Мальчику выставлен диагноз: ВПС — ДАК, стеноз и недостаточность АК; вторичный ИЭ, умеренной степени



Рис. 1. ЭХОКГ (парастеральная позиция, длинная ось левого желудочка, В-режим, диастола): вегетации на створках аортального клапана. LV — ЛЖ, LA — левое предсердие, АО — аорта, стрелкой отмечены неподвижные плоские вегетации на утолщенных деформированных створках АК.



Рис. 3. Цветовая доплерЭХОКГ (верхушечный доступ, четырехкамерная позиция, систола): перфорация передней створки митрального клапана. LV — ЛЖ, LA — левое предсердие, RV — правый желудочек, показан ток крови из выходного отдела ЛЖ в полость абсцесса через перфорацию в створке МК.

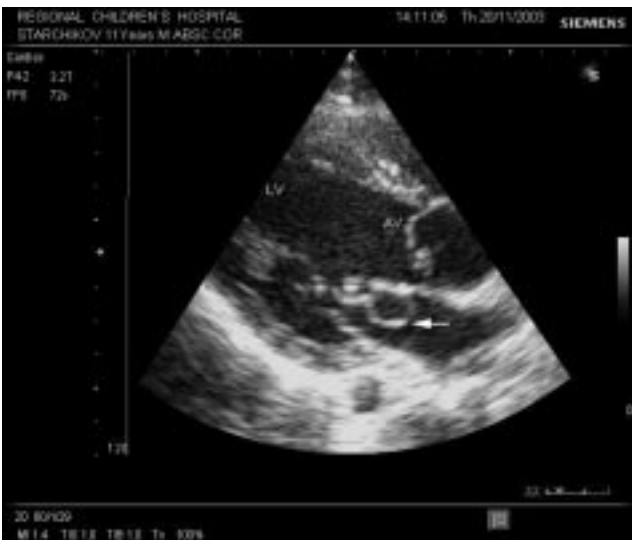


Рис. 2. ЭХОКГ (парастеральная позиция, длинная ось левого желудочка, В-режим, диастола): абсцесс передней створки митрального клапана. LV — левый желудочек, LA — левое предсердие, AV — аортальный клапан, стрелкой отмечен абсцесс передней створки МК.



Рис. 4. ЭХОКГ (парастеральная позиция, длинная ось левого желудочка, В-режим, систола): вегетация на створке митрального клапана. LV — ЛЖ, LA — левое предсердие, AV — аортальный клапан, MV — МК, стрелкой отмечена вегетация больших размеров на конце передней створки МК, пролабирующая в выходной отдел левого желудочка.

активности, подострое течение, опорожнившийся абсцесс передней створки МК с перфорацией створки в области абсцесса.

При поступлении вновь начата антибактериальная терапия — ампиокс в сочетании с гентамицином, затем внутривенно цефазолин, дезинтоксикационная и симптоматическая терапия.

На фоне лечения состояние ребенка улучшилось, нормализовалась температура тела, исчезли симптомы интоксикации, значительно уменьшилась бледность кожных покровов, ЧСС 75—80 ударов в мин.

Анализ крови: эр. $4,26 \cdot 10^{12}/л$, Нб 127 г/л, цв. пок. 0,89, л. $6,0 \cdot 10^9/л$, э. 2%, с. 57%, лимф. 33%, мон. 8%, СОЭ 18 мм/ч.

Анализ мочи без патологии.

Таким образом, у ребенка, несмотря на отрицательные бактериологические посевы крови, которые проводи-

лись на фоне антибактериальной терапии, имел место ИЭ, диагноз которого был поставлен на основании клинических данных и эхокардиографического заключения.

В плане дальнейшего лечения было рекомендовано оперативное лечение ИЭ, показаниями к которому являются наличие опорожнившегося абсцесса на передней створке МК с перфорацией последней, наличие подвижной вегетации размером 9 мм на передней створке МК. 09.12.03 в НЦ ССХ им. Бакулева было проведено протезирование МК протезом ЭМИКС-27 и протезирование АК протезом ЭМИКС-23 в условиях ИК, гипотермии и ФХКП (кустодиол). На операции: передняя створка МК перфорирована в области абсцесса, расположенного со стороны левого предсердия, грубые вегетации на хордах и створках МК; АК двустворчатый, створки утолщены, кальцинированные вегетации.

При поступлении в кардиоревматологическое отделение детской городской клинической больницы № 1 после операции у мальчика отмечена положительная динамика: самочувствие ребенка улучшилось, состояние удовлетворительное, температура тела нормальная, лабораторной активности нет, аускультативно нормальный шум протезов, тахикардии нет, по данным ЭХОКГ уменьшение полости ЛЖ, нормализация сократительной функции миокарда ЛЖ.

Описанный выше случай интересен тем, что у больного с двустворчатым АК, стенозом и недостаточностью АК выявлено редкое осложнение ИЭ — большой абсцесс передней створки МК с перфорацией створки в области абсцесса. Редкое осложнение ИЭ было диагностировано при трансторакальной ЭХОКГ и подтверждено во время проведения операции.

ЛИТЕРАТУРА

1. Рыбакова М.К. Инфекционный эндокардит. Клиническое руководство по ультразвуковой диагностике. / Под ред. Митькова В.В. — Т.5. — М., 1999. — 360 с.
2. Белозеров Ю.М., Иразиханова Х.А. // 3-й Всерос. семинар памяти проф. Н.А. Белоконь. — Архангельск, 2003. — 342 с.
3. Рыбакова М.К. // Ультразвуковая и функциональная диагностика. — 2003. — № 1. — С. 140—141.
4. Белоконь Н.А., Подзолков В.П. Врожденные пороки сердца. — М., 1991. — 352 с.
5. Болезни сердца и сосудов у детей. Руководство для врачей. / Под ред. Н.А. Белоконь, М.Б. Кубергер. — Т. 2. — М., 1987. — 480 с.
6. Фегенбаум Х. Эхокардиография: Пер. с англ. / Под ред. Митькова В.В. — 5-е изд. — М., 1999. — 512 с.
7. Шевченко Ю.Л., Матвеев С.А. Абсцессы сердца. — СПб., 1996.

РЕФЕРАТЫ

ЭРИТРОМИЦИН ПОВЫШАЕТ СМЕРТНОСТЬ

Пероральный прием эритромицина повышает риск внезапной смерти от сердечно-сосудистых заболеваний в 2 раза. Эритромицин метаболизируется цитохромом P450 3A. При одновременном приеме препаратов с ингибирующим действием на этот цитохром повышается его концентрация в крови, возрастает риск желудочковой аритмии, что может привести к внезапной смерти. Поэтому кардиологи в США рекомендуют отказаться от приема эритромицина в тех случаях, когда пациенты принимают ингибиторы СYP 3A.

N. Euro J. Med. — 2004. — Vol. 351, № 11. — P. 1089—1096.

НЕВРОЛОГИЧЕСКИЕ ОСЛОЖНЕНИЯ У «ДЕТЕЙ ИЗ ПРОБИРОК»

Принято считать, что риск неврологических расстройств у близнецов, рожденных в результате использования различных техник экстракорпорального оплодотворения (ЭКО), несколько выше по сравнению с обычными близнецами. Датские специалисты опровергли это мнение. По их данным, частота неврологических заболеваний у близнецов, зачатых «в пробирке», у нормальных близнецов, а также у других детей, рожденных в результате ЭКО, не различается.

Brit. Med. J. — 2004. — Vol. 329. — P. 311.