КОРОТКІ ПОВІДОМЛЕННЯ

УДК 616.12–089+616.126–002+616.831–005

СПОСТЕРЕЖЕННЯ НЕВІДКЛАДНОГО КАРДІОХІРУРГІЧНОГО ВТРУЧАННЯ У ДИТИНИ З ПРИВОДУ ІНФЕКЦІЙНОГО ЕНДОКАРДИТУ ТА ГОСТРОГО ПОРУШЕННЯ КРОВООБІГУ ГОЛОВНОГО МОЗКУ

С. О. Сіромаха, Л. М. Прокопович, К. В. Руденко, А. О. Руснак, Я. П. Труба, І. С. Дьордяй, О. С. Головенко, В. А. Жовнір, Т. А. Ялинська, В. П. Захарова, В. В. Лазоришинець, Г. В. Книшов

Національний інститут серцево—судинної хірургії імені М. М. Амосова НАМН України, м. Київ,
Науково—практичний центр дитячої кардіології та кардіохірургії МОЗ України, м. Київ

OBSERVATION OF URGENT CARDIOSURGICAL INTERVENTION IN A CHILD, MADE FOR INFECTIOUS ENDOCARDITIS AND ACUTE DISORDER OF THE BRAIN BLOOD CIRCULATION

S. O. Siromakha, L. M. Prokopovych, K. V. Rudenko, A. O. Rusnak, Ya. P. Truba, I. S. Dyordyay, O. S. Golovenko, V. A. Zhovnir, T. A. Yalynska, V. P. Zaharova, V. V. Lazoryshynets, G. V. Knyshov

Наводимо спостереження невідкладного хірургічного лікування інфекційного ендокардиту (ІЕ) з ураженням мітрального клапана (МК) у дитини віком 7 років при гострому порушенні кровообігу головного мозку (ГПКГМ). ІЕ — це запально—інфекційне захворювання з переважним ураженням клапанного і пристінкового ендокарда, характеризується швидким формуванням клапанної недостатності, системних емболічних ускладнень, імунопатологічних симптомів [1]. ІЕ виявляють з частотою 0,6 на 100 000 дитячого населення за рік, смертність становить 11 — 20% [2]. У 20 — 40% спостережень при ІЕ виникають порушення центральної нервової системи (ЦНС), зокрема, ГПКГМ, менінгіт, енцефаліт, абсцес мозку, психоневрологічні розлади [3].

Хвора М., 7 років, маса тіла 20 кг, каретою швидкої допомоги 04.04.14 доставлена в реанімаційне відділення Інституту з діагнозом: інфекційний ендокардит; тромбоз судин головного мозку, порушення кровообігу головного мозку за ішемічним типом, вторинний менінгіт. Скарги (зі слів матері) на обмеження рухів у верхніх і нижніх кінцівках праворуч, надмірне збудження, неспокій, відсутність контакту з дитиною, підвищення температури тіла до 38 °С, значне обмеження фізичної активності. Діагноз ІЕ встановлений під час комплексного обстеження та лікування в дитячій інфекційній лікарні, до якої дитина госпіталізована 01.04.14.

За даними анамнезу, у дитини протягом 3 міс періодично підвищувалась температура тіла до 38 — 39 °С, що супроводжувалось кашлем, утрудненим носовим диханням, задишкою, загальною слабістю. Під час обстеження виявлені лабораторні маркери бактеріальної інфекції. При люмбальній пункції у спинномозковій рідині відзначений цитоз — 864 (98%) нейтрофільних гранулоцитів. 03.04.14 стан дитини погіршився — прогресували ознаки інтоксикації, виникли неврологічні симптоми. У невідкладному порядку проведена МРТ головного мозку,

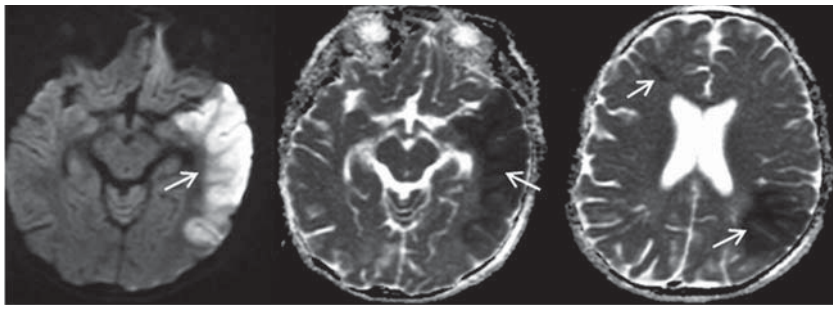

Рис. 1.
МРТ.
Ішемічний інфаркт в басейні лівої середньої мозкової артерії.

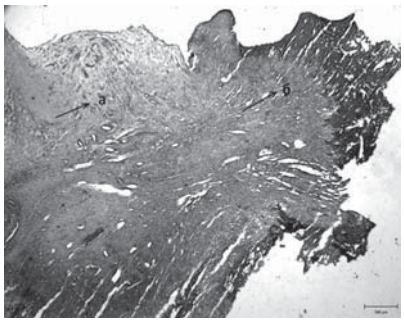

Рис. 2.
Мікрофото.
Крайова частина стулки.
а - грануляційна тканина;
б - вегетації з грибковим міцелієм.
Забарвлення гематоксиліном та еозином. Зб. × 20.

діагностоване ГПКГМ за ішемічним типом ліворуч (*рис. 1*).

На момент госпіталізації стан дитини тяжкий, свідомість порушена, контакту не доступна, збуджена, мова відсутня, рухи у правих верхній та нижній кінцівках обмежені, тонус м'язів та рефлекси праворуч знижені, асиметрії зіниць та обличчя немає. Відзначені блідість шкіри, помірний ціаноз губ. Діяльність серця ритмічна, І тон ослаблений, над верхівкою виявлений м'який систолічний шум. ЧСС 112 за 1 хв, АТ 10,7/5,3 кПа (80/40 мм рт. ст.). За даними ехокардіографії діагностований ІЕ з ураженням МК, значно виражена недостатність. Великі, рухомі, масивні вегетації на МК з загрозою відриву, деструкція клапана. У невідкладному порядку (через 3 год після госпіталізації) здійснене протезування МК в умовах штучного кровообігу. Тривалість операції 280 хв, перфузії — 124 хв, ішемії — 77 хв. Перебіг післяопераційного періоду без ускладнень. Проведена антибактеріальна терапія: меропенем по 400 мг тричі на добу. За даними гістологічного дослідження встановлено грибкову етіологію захворювання (*рис. 2*), призначений флюконазол по 100 мг на добу. Для профілактики тромботичних ускладнень проведена комбінована антикоагулянтна терапія з застосуванням еноксипарину та варфарину, корекцію дози препаратів проводили під контролем МНО (міжнародна нормалізована одиниця).

До загальносоматичного відділення пацієнтка переведена на 5—ту добу. Перед виписуванням (через 18 діб) стан пацієнтки задовільний, наслідки ішемічного інсульту у вигляді сенсорної (часткової) афазії та акалькулії. Під час повторного огляду через 2 міс відзначена позитивна динаміка неврологічних симптомів: дитина активна, доступна контакту, розмовляє з незначними зупинками, рухових порушень немає, акалькулія регресувала. За даними ехокардіографії порушення функцій протеза немає, скоротливість міокарда задовільна. Застосовує варфарин під контролем МНО.

Виконання невідкладного кардіохірургічного втручання дозволило не лише врятувати життя пацієнтки, а й досягти швидкого регресу неврологічних симптомів та відновлення функції ЦНС. Отже, вчасне виявлення та госпіталізація хворого у профільну клініку мають вирішальне значення для досягнення хороших результатів нейрореабілітації. Строки надання кардіохірургічної допомоги залежать від багатьох чинників, зокрема, своєчасного встановлення діагнозу та направлення пацієнта для кардіохірургічного втручання. На підставі аналізу досвіду лікування пацієнтів з приводу ІЕ та ГПКГМ у клініці доведено, що "агресивна" хірургічна тактика у них найбільш доцільна.

ЛІТЕРАТУРА

1. Книшов Г. В. Інфекційний ендокардит / Г. В. Книшов, В. М. Коваленко. — К.: МОРІОН, 2004. — 256 с.
2. Coward K. Infective endocarditis in Arkansas children from 1990 through 2002 / K. Coward, N. Tucher, T. Darvill // Pediatr. Infect. Dis. J. — 2003. — Vol. 22. — P. 1048 — 1052.
3. Neurologic complications of bacterial endocarditis / A. A. Pruitt, R. H. Rubin, A. W. Karchmer, G. W. Duncan // Medicine (Baltimor). — 1978. — Vol. 57, N 4. — P. 329 — 343.