

Запорожский государственный медицинский
университет

Кафедра детских болезней ФПО

Клинический случай “Сложный пациент”



- Больная М., девочка 10 месяцев (18.04.2013г.р.) находилась на стационарном лечении в 5 ДГМБ с 26.02.14г. по 11.04.14г.
- Жалобы при поступлении на: кашель, повышение температуры тела до 37,8С, снижение аппетита, слабость.



Анамнез жизни

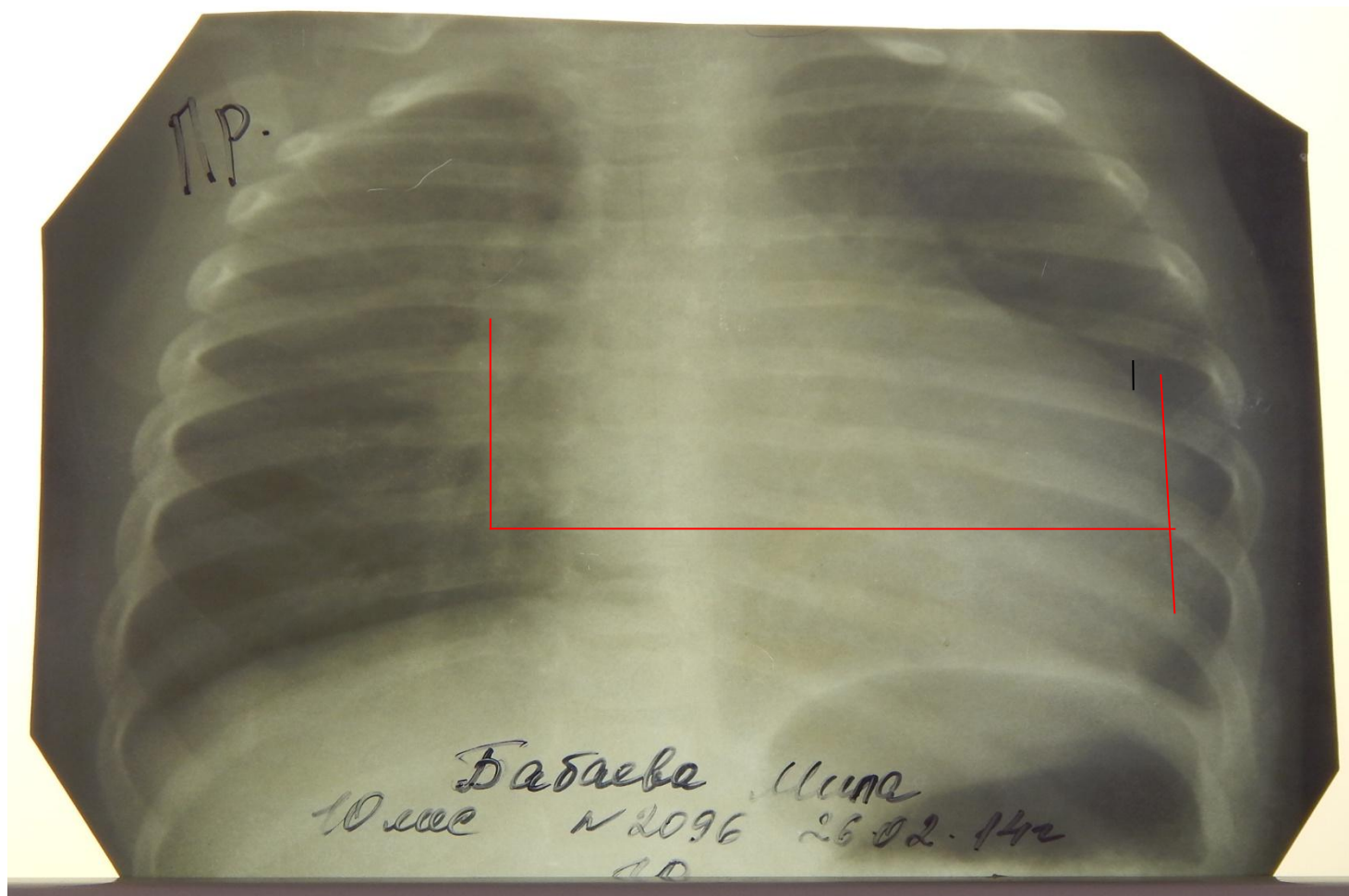
- Ребенок от 1 беременности, 1 родов в сроке 40 недель, самостоятельные. Вес при рождении 3,450 гр.; длина 54 см. На пятые сутки выписаны домой.
- Перенесенные заболевания: ОРВИ 3 раза.
- Привита по возрасту; реакции на введение вакцины не отмечалось.
- Накануне была проведена вакцинация

Анамнез заболевания

- 25.02.2014г. Появились жалобы на кашель, ухудшение аппетита, слабость;
- 26.02.2014 – повышение температуры тела до 37С. Ребенок осмотрен педиатром; госпитализирован в 5 ДГМБ ИБО младшего возраста
- 27.02.2014г. В связи с ухудшением состояния, нарастанием общей слабости ребенок переведен в ОАИТ 5 ДГМБ

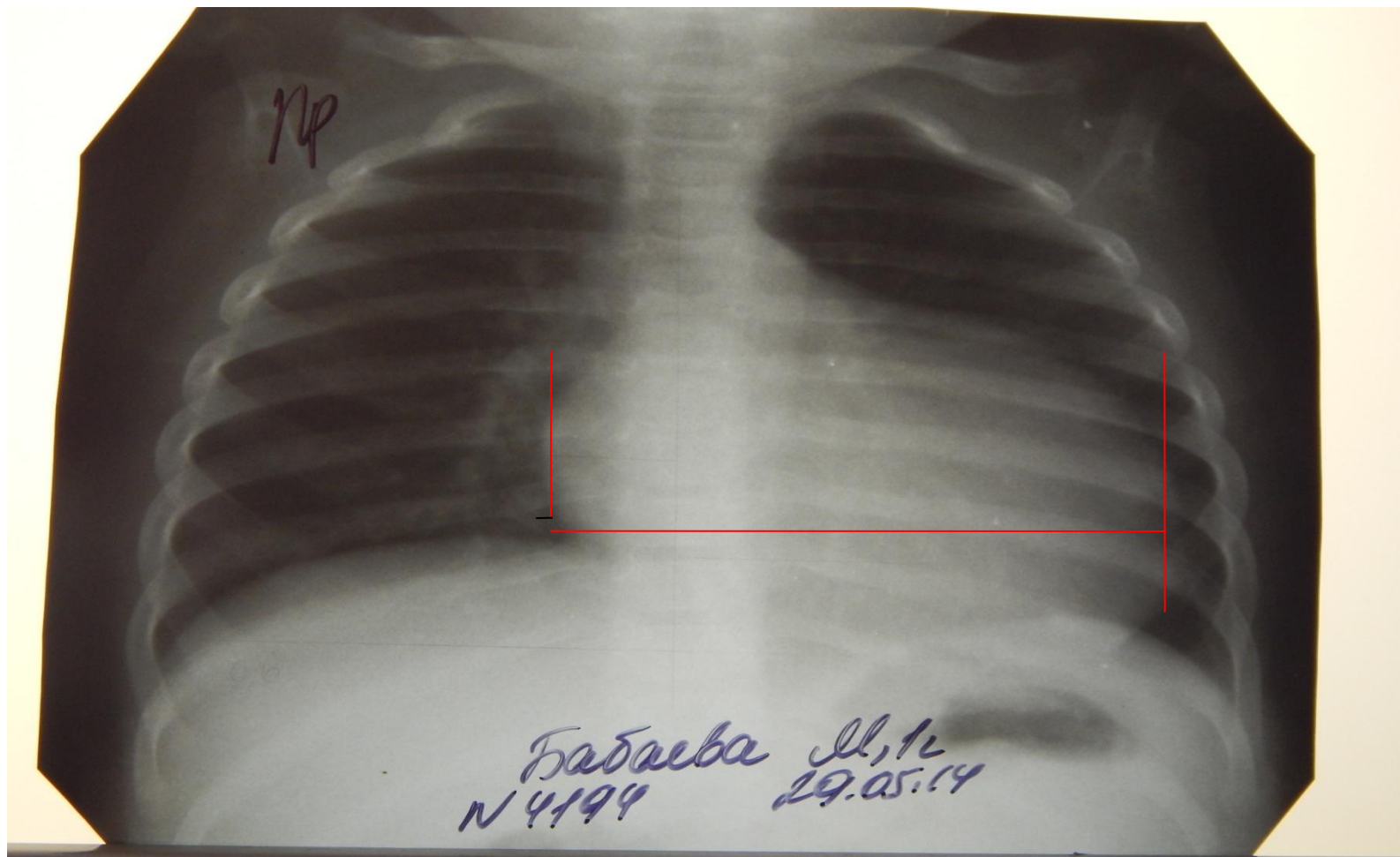
- В ОАИТ (27.02.14) выполнена:
- Рентгенография ОГК-кардиомегалия и о. обструктивный бронхит.
- ЭХо-КС и зарегистрировано снижение сократительной способности миокарда (ФВ-26%), расширение полости левого желудочка.
- Ребенок получал лечение: допамин, дигоксин, каптоприл, верошпирон.
- Перестал лихорадить, исчезли катаральные симптомы. ЭХО-КГ без динамики

Рентгенография ОГК



27.02.14г. Острый обструктивный бронхит.
Кардиомегалия.

Рентгенография ОГК



29.05.14г.

Лабораторные данные

дата	Hb	эр	Цп	л	Соз	п	с	э	л	м
26.02	140	4,3	0,9	12,9	10	3	50	0	41	6
03.03	125	4,0	0,9	8,4	5	2	55	3	30	10
08.03	117	3,9	0,9	12,0	5	10	51	1	34	4
17.03	112	3,6	0,9	17,2	17	9	26	4	57	4
21.03	120	3,9	0,9	6,8	6	5	21	2	63	9
30.03	128	4,0	0,9	7,7	6	2	35	2	59	2
03.04	123	3,8	0,9	6,9	6	5	40	2	47	6

ОАМ

дата	цвет	прозр	pH	билок	глюк	кет.т	бил.	л	эпит.
28.02	св-жел	прозр	нейтр	отр	отр	отр	*отр	4-6	4-6
21.03	св-жел	прозр	нейтр	отр	отр	отр	отр	1-2	2-3
31.03	св-жел	прозр	нейтр	отр	отр	отр	отр	1-3	6-8

Б/х

дата	27.02	28.02	1.03	2.03	3.03	5.03	9.03	11.03	21.03
Hb	114	118	106	128	130	100	116	110	
глюк	5,5	6,4	4,0	4,7	4,0	4,7	5,6	3,8	
о.бил	61	62	62	70	3,53	54	50	55	
K	3,48	3,21	3,6	3,16	59	3,35	3,8	3,7	4,95
Na	135	133	129	130	3,63	131	128	129	137
Cl	104	102	97	96	110	102	99	104	106
Ca			2,1					2,08	2,19
P			1,9						
Мочев	4,0						5,2		
Креат	78						100		
Алт	0,88				0,5		1,1		
Аст	1,6				0,4		0,38		
Т.пр.	0,36				0,36		1,1		
О.билир	1,0				8,0		9,0		

Доз. посев зева №185 от 27.02.14 – нормофлора.

Инструментальное обследование

- УЗИ ГБЗ, МВС, надпочечников (от 27.02.14 г.): гепатомегалия, почки без патологии.
- Нейросонография (от 27.02.14 г.): без патологии.

Инструментальное обследование

- ЭХо-Кг (от 27.02.14 г.) :левые отделы сердца дилатированы. ЛЖ шарообразной формы. **ФВ – 29%**,МПК : ООО. Кардит?.
- УЗИ сердца с ЦДК (от 3.03.14 г.) : дилатация левых отделов, систолическая дисфункция ЛЖ. Трикуспидальная регургитация 4 ст. МПК (ООО).**ФВ – 34%**
- УЗИ сердца с ЦДК (от 6.03.14 г.) **ФВ – 28%**

Инструментальное обследование

- УЗИ сердца (11.03.14 г.) : без существенной динамики.
- УЗИ сердца (17.03.14 г.) : **ФВ – 34%.**
- УЗИ сердца (25.03.14 г.) : **ФВ – 36%.**
- УЗИ сердца (1.04.14 г.) : **ФВ – 36%.**
- УЗИ сердца (8.04.14 г.) : **ФВ – 33 %.**



Инструментальное обследование

- Холтеровское исследование(от 14.03.14 г.): ритм синусовый, правильный. Смещение сегмента ST в отведении V6 до 150-380 мкВ, инверсия зубца Т постоянно в отведении V6 и непостоянно в AVF.Показатель SDNNi днем – 20,8 мс, ночью – 33,5мс. Циркадный индекс 1,24 – нижняя граница нормы.

Лабораторные данные; ЭКГ

Биохимический анализ крови

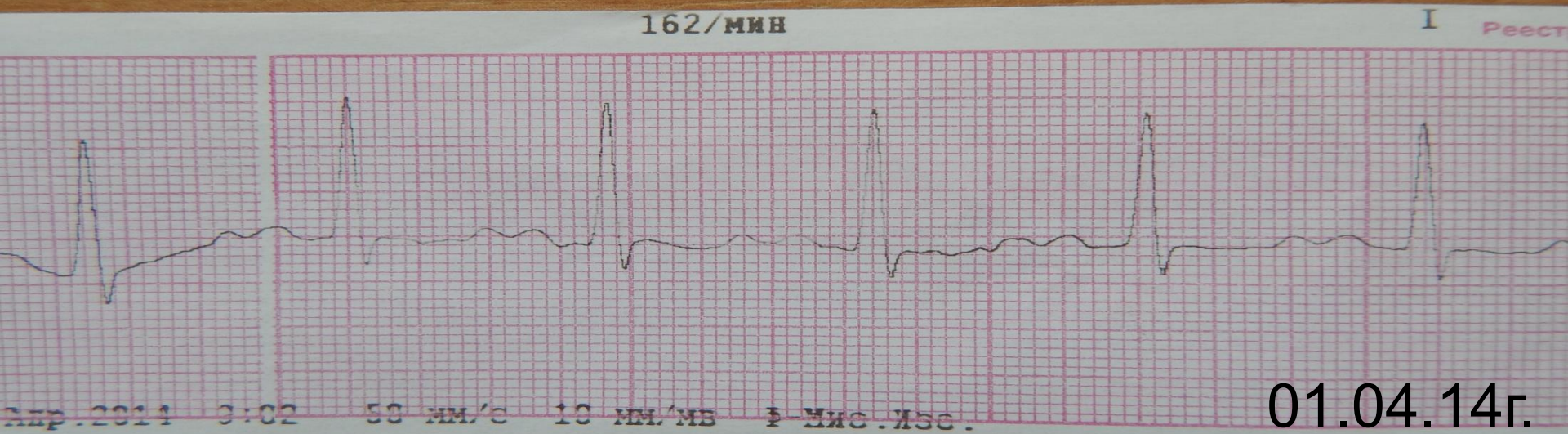
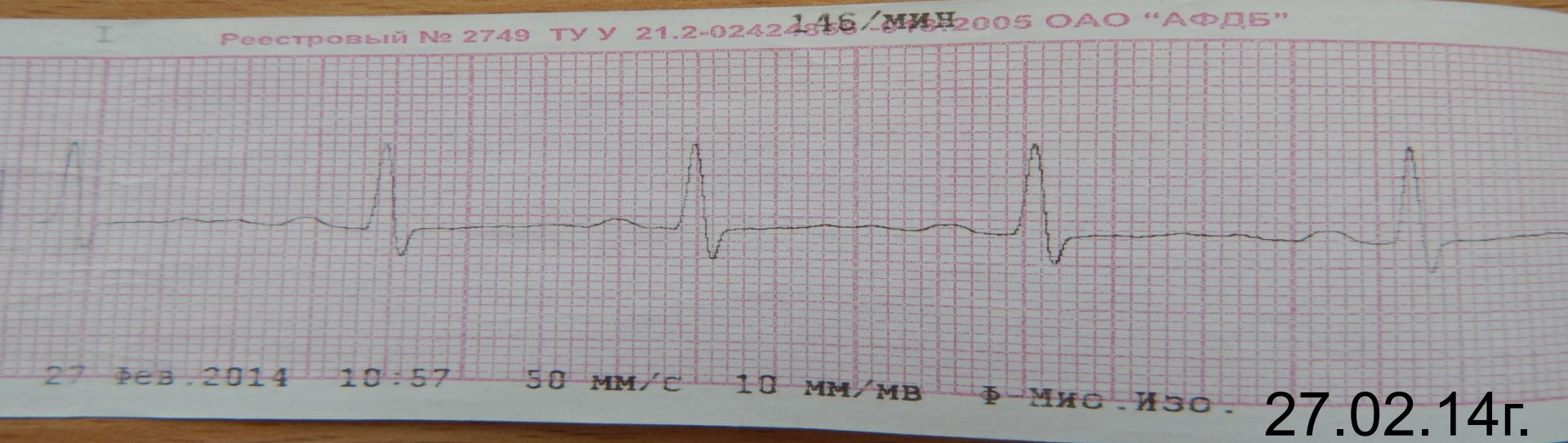
Дата	Исследование	Результат	Ед.	Норма
14.03	Натрийуретический гормон (В-тип) N-конц.полипептид	82,49	пг/мл	≤26,5
01.03	Креатининкиназа МВ		ед/л	0,0-24,0
01.03	Тропонин I	<0,20	нг/мл	<1,00
28.02	Тропонин I	0,18	нг/мл	<0,06
28.02	Миоглобин	13,60	нг/мл	≤73,0
28.02	Креатинкиназа – МВ	19,00	ед/л	<24,0
28.02	Прокальцитонин	0,06	нг/мл	<0,046

ЭКГ

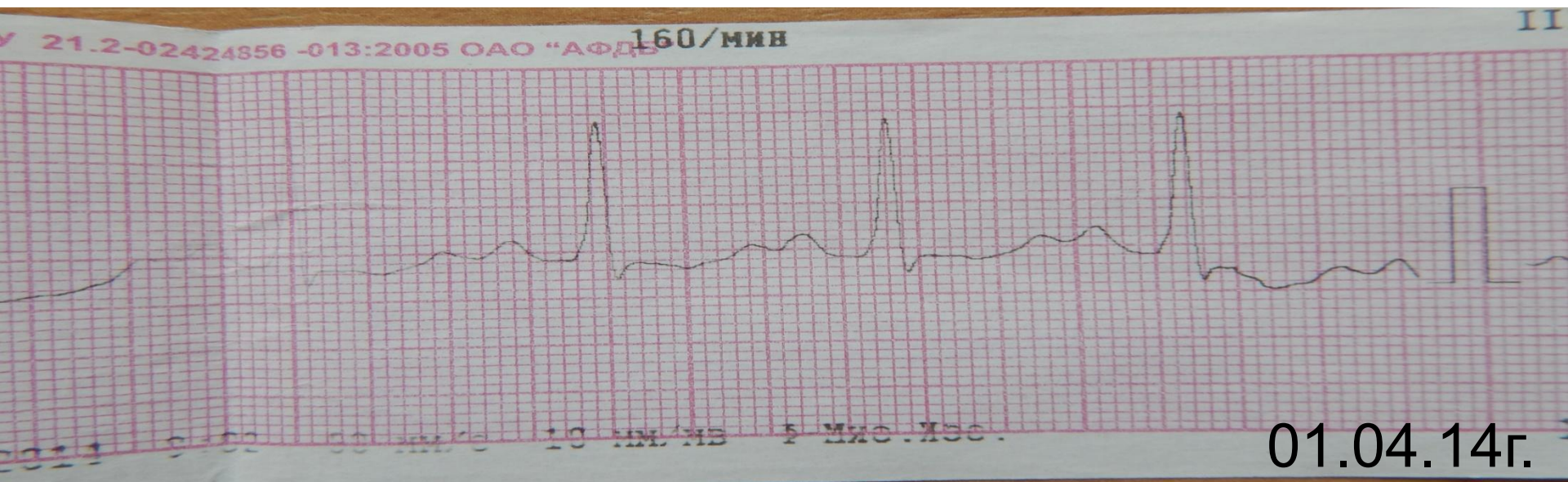
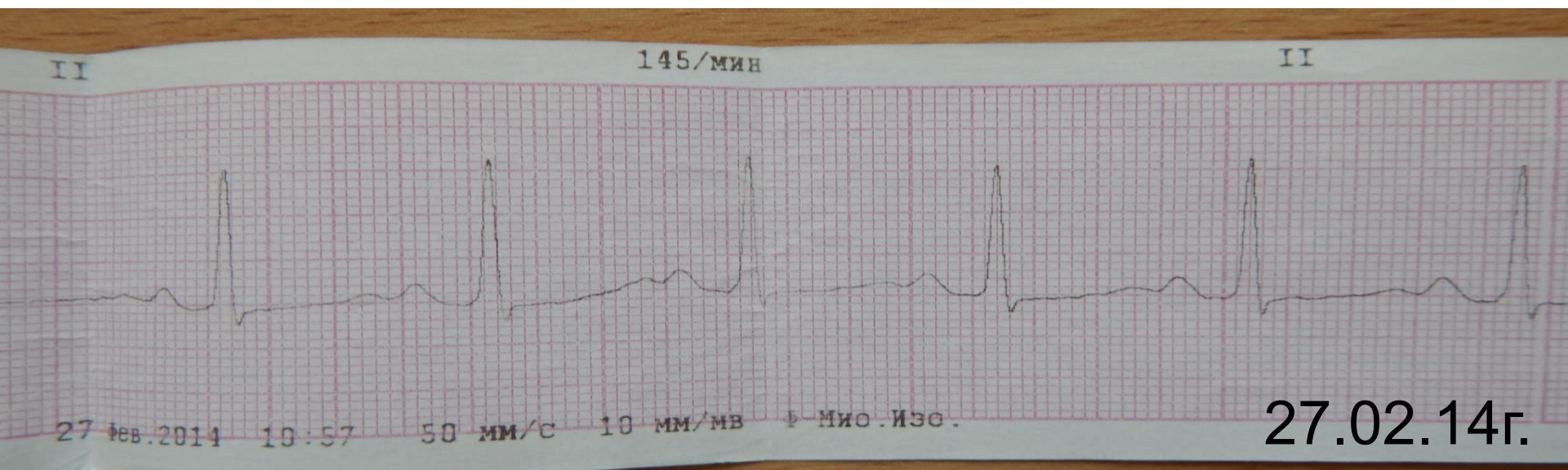
Дата	27.02	11.03	08.04
Вольтаж	В норме	В норме	В норме
Эл.ось	Вертикал.	Вертик.	Вертик.
Ритм	Синус. до тахикардии ЧСС	Аритм. до брадикард. ЧСС	Аритмия до брадик. ЧСС
	Преобладает активность миокарда ЛЖ. Нарушение процессов реполяризации миокарда желудочков	Сохраняются изменения в миокарде, гипертрофия миокарда ЛЖ.	Гипертрофия миокарда ЛЖ.

DSCN2312.JPG
 Тип: JPEG-рисунок
 Размер: 6,38 МБ
 Разрешение: 4608 x 3456 точек

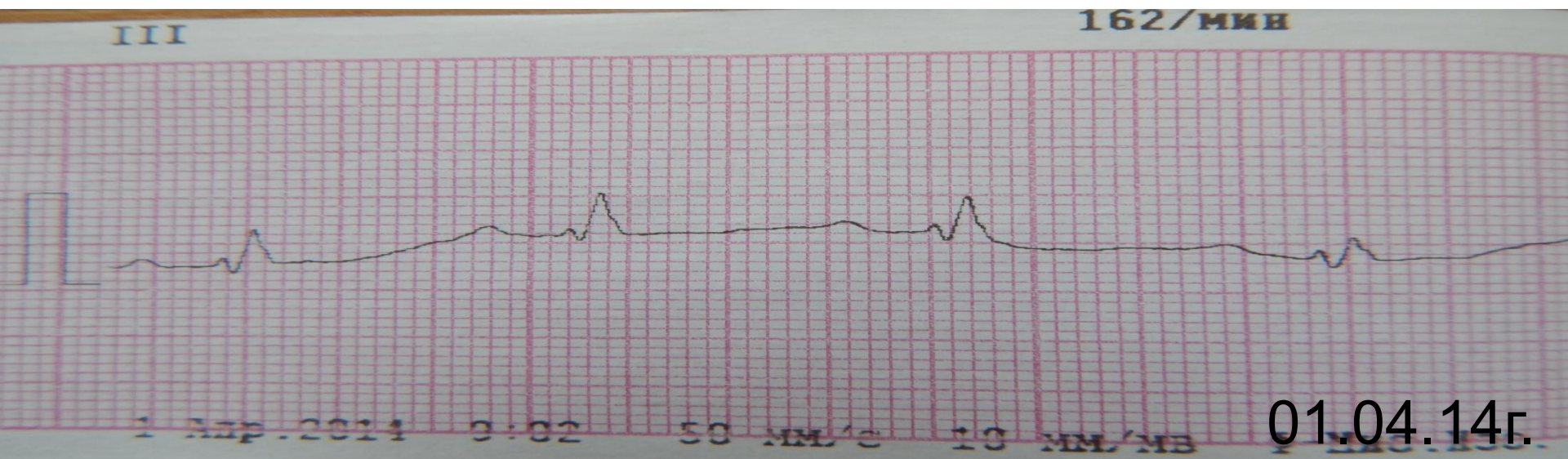
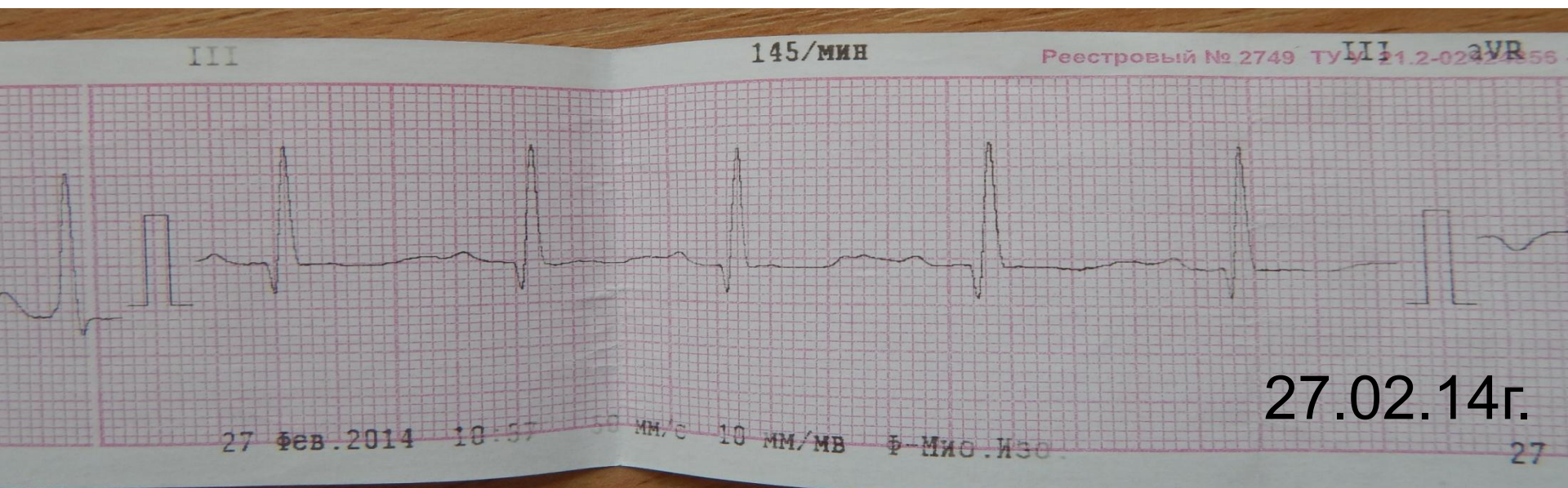
ЭКГ: I отведение.



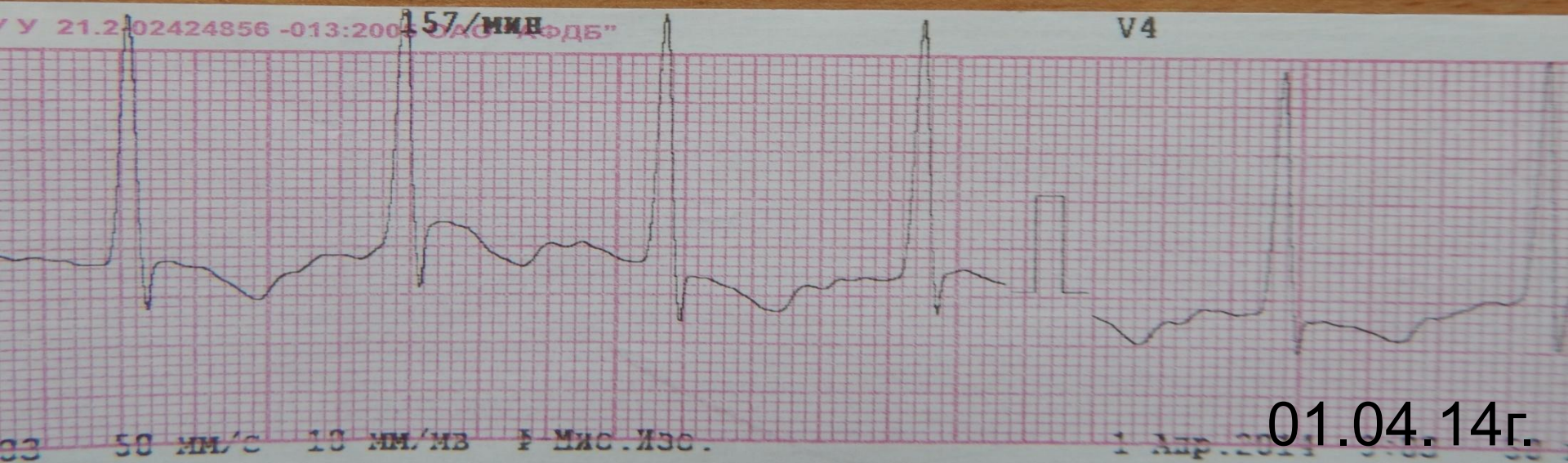
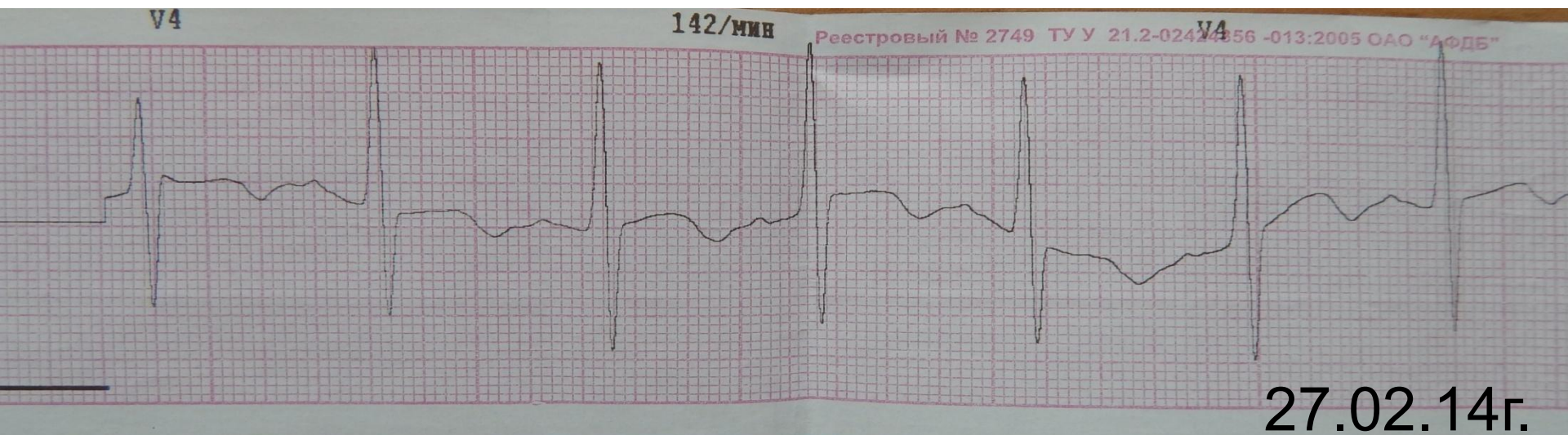
ЭКГ: II отведение.



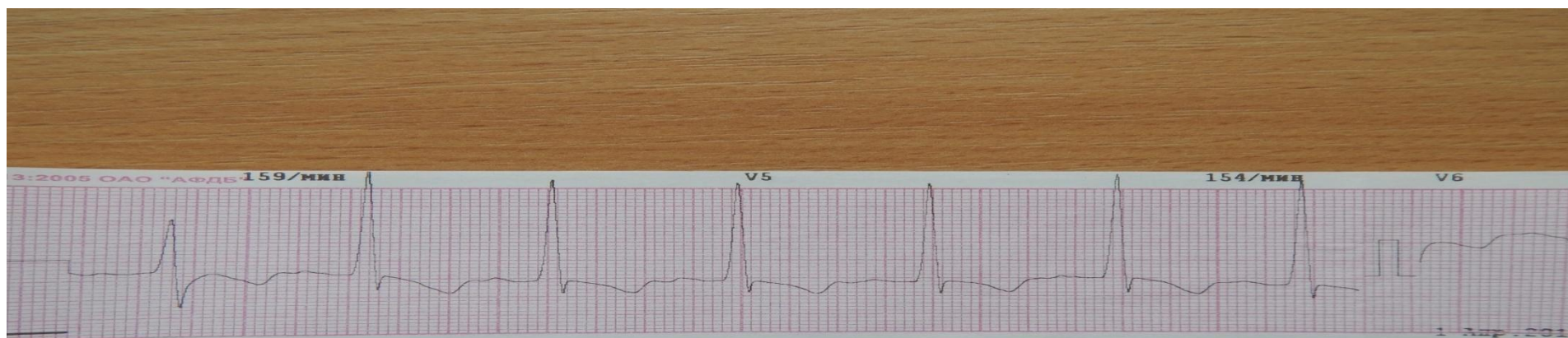
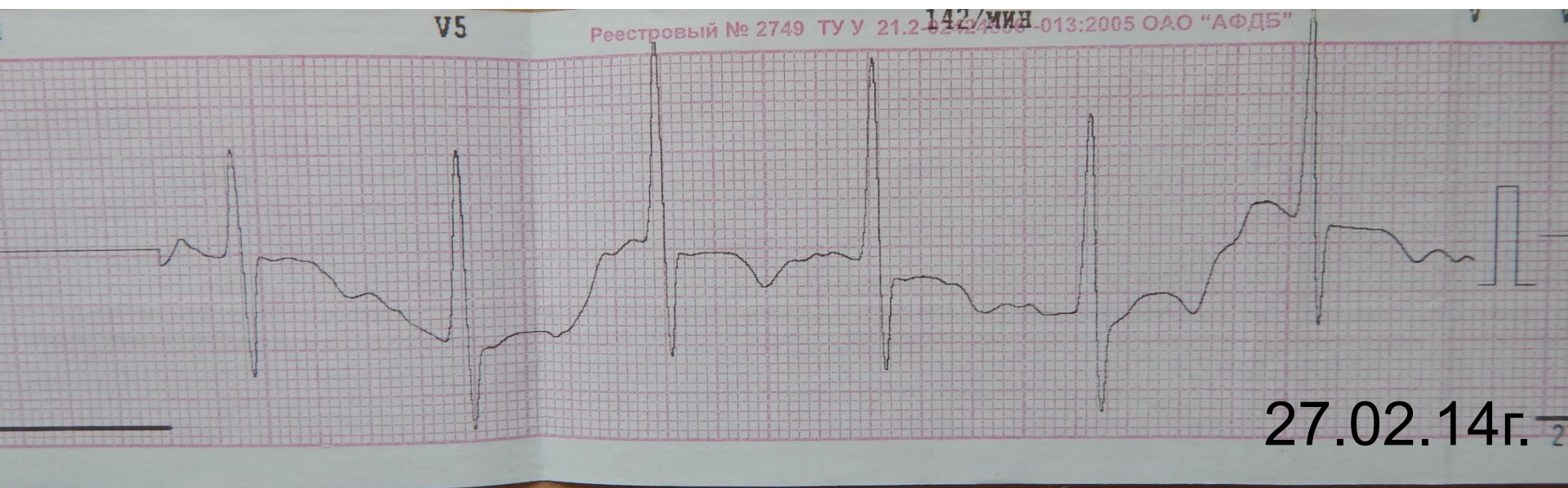
ЭКГ: III отведение.



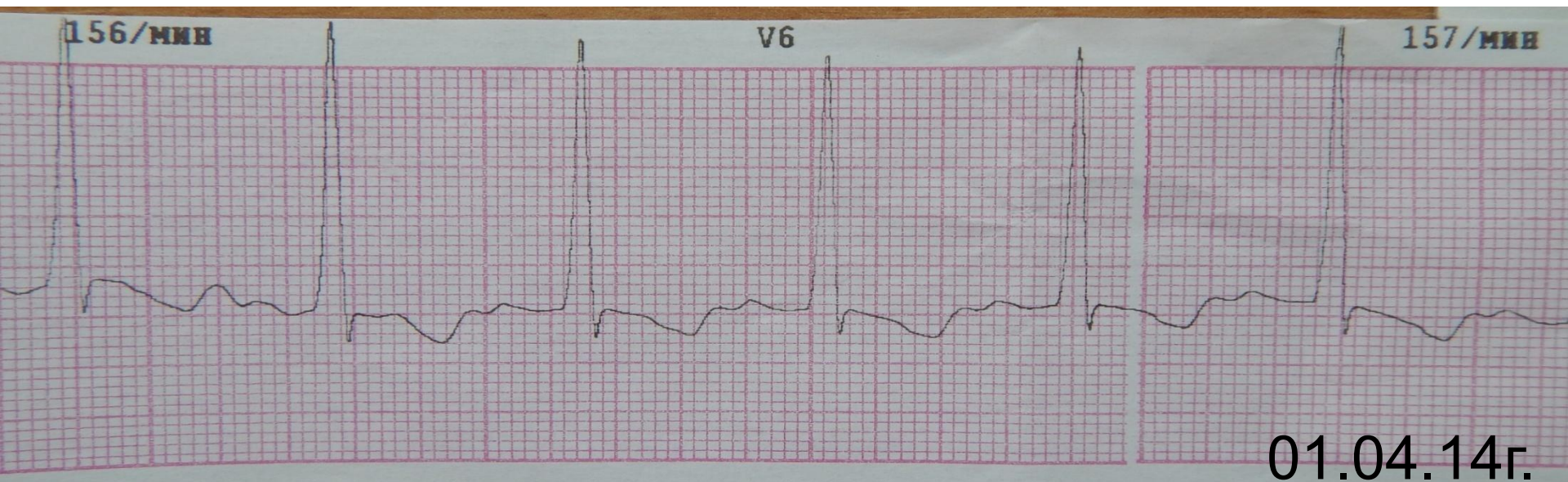
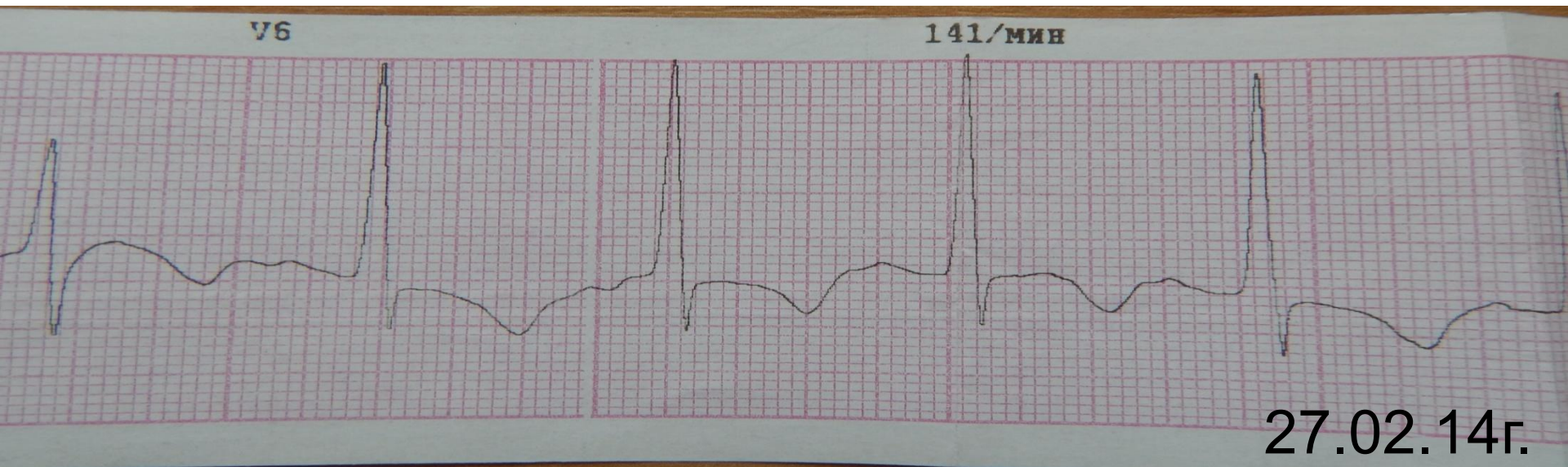
ЭКГ: V 4.



ЭКГ: V 5.



ЭКГ: V 6.



Консультации специалистов

- Кардиолог (28.02.14 г.): дилатационная кардиопатия врожденного генеза или как исход перенесенного острого кардита. СН 2 ст.
- Кардиолог (8.04.14 г.): дилатационная кардиомиопатия, 1 клинический вариант. СН 1 ст.



Консультации специалистов

- ЛОР (26.02.14 г.): О. ринофарингит.
- Хирург (27.02.14 г.): Короткая уздечка языка.



Лечение

- Предуктал (трикард) по 5 мг. * 2 р\с (27.02.14 по 11.04.14 г.);
- Каптоприл 1,5 мг. * 3 р\с (28.08.14 по 11.04.14 г.);
- Дигоксин 0,044 мг.* 2 р\д (11.03.14 по 11.04.14 г.);
- Фуросемид 0,5 * 3 р\д (27.02.14 по 10.04.14 г.);
- Тиотриазолин 1,0 * 1 р\д в\венно (27.02.14. по 19.03.14 г.);
- Пентоксифиллин 100 мг * 2 р\д (19.03.14 по 11.04.14 г.);
- Верошпирон 4,5 мг * 2 р\д (19.03.14 по 11.04.14 г.);
- Аспаркам 1\3 т. * 3 р\д (27.02.14 по 21.03.14 г.);
- Преднизолон 3 мг. * 2 р\д в\венно (27.02.14 по 15.03.14);
- Дексаметазон 1 мг * 2 р\д (27.02.14 по 13.03 14 г.);
- Гепарин 150 ЕД. * 6 р\д (28.02 14 по 14.03.14 г.);
- L-карнитин 150 мг. * 3 р\д (18.03.14 по 11.04.14 г.);
- Лораксон 300 мг. * 2 р\д в\венно (26.02.14 по 27.02.14 г.);
- Биогая 1т. * 1 р\д;
- Лаферобион 1 св. * 1 р\д;
- Беродуал 10 кап. * 3 р\д;
- Аква-марис,виброцил,инголяции с физ. раствором



- 11.04.2014г. Выписана на амбулаторное долечивание(по настоянию мамы); дано направление в НПМЦ Детской кардиологии и кардиохирургии г.Киев для установления диагноза.

В НПМЦД Кардиологии и кардиохирургии девочка находилась с 18.04.2014 г. по 8.05.2014 г.

Объективно:

Общее состояние ребенка на момент поступления относительно удовлетворительное; кожные покровы чистые, бледно-розовые; аускультативно дыхание везикулярное, хрипы не выслушиваются; ЧДД- 30 в мин.; тоны сердца приглушены, ритмичны; ЧСС-160уд\мин.; систолический шум на верхушке; АД- 115\60 мм.рт.ст.; печень выступает ниже реберной дуги на 2 см., селезенка не увеличена. диурез сохранен, стул без особенностей.

Лабораторные данные

- **Общий анализ крови :**

[illegible]

Лабораторные данные

- ОАМ(6.05.14 г.) – без особенностей;
- Биохимия крови (24.04.14 г.): об.белок - 74 г\л; глюкоза – 5,8 ммоль\л; мочеви́на – 6,5 ммоль\л; креатинин – 35 мкмоль\л; калий сыворотки – 4,6 ммоль\л; дигоксин - 0,8.
- HBs Ag – негативный; ат. к HCV – негативный; ат. к ВИЧ не обнаружены.
- TORCH Ig G, Ig M (23.04.14.) отрицат.
- Группа крови : A(II) Rh (+).

Инструментальное обследование

- ЭХО-Кг (14.04.14 г.) :ЛП – 23мм;ЛЖ : КДР – 40мм. МЖП – 5 мм, ЗСЛЖ – 5 мм. **ФВ – 28 %**. Диастолическая дисфункция ЛЖ по рестриктивному типу. МК – выраженная регургитация. Данных за КоА нет. Кровоток в брюшной аорте пульсовой. Полость ЛЖ увеличена.



Инструментальное обследование

- 15.04.14 г. Проведена аортография.
Заключение : аномалии коронарных артерий не выявлено.
- 15.04.14 г. МРТ : Полость ЛЖ резко расширена. Выраженная митральная недостаточность. При введении контрастного вещества отмечается гипоперфузия миокарда в нижних отделах средней 1\3 МЖП. Участков патологического скопления контраста не выявлено.
- ЭХО-Кг(7.05.2014 г.): **ФВ – 35%**, свободной жидкости в полостях нет.

Лечение (1)

- Дигоксин 50 мкг * 2 р\д;
- Каптоприл 2 мг. * 3 р\д;
- Неотон 0,5 г.(+50,0 физ. р-ра), в\венно;
- Цефуроксим 225 мг. * 4 р\д, в\венно;
- Фуросемид 10 мг. * 3 р\д;
- Верошпирон 10 мг. * 3 р\д;
- Лазикс 1,0 * 3 р\д, в\венно;
- Аспаркам 1\3 таб * 3р\с;



Лечение (2)

- Кардиомагнил 50 мг. * 1 р\д;
- Ибупфен 50 мг * 3 р\д;
- L - карнитин 1 мл * 3 р\д;
- Витамин Е 5 мл * 1 р\д;
- Дексон 2мг х 3р/д
- Гроприназин 125 мг х3р/д
- Фуцис 50 мг 1р/д
- Карсил 5 мг 1р/д
- Нексиум 5 мг 1р/д



- На момент выписки состояние ребенка удовлетворительное. Не лихорадит. Кожные покровы чистые, зев розовый. Аускультативно дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ритмичны, звучные, систолический шум на верхушке. Живот мягкий, безболезненный. Печень выступает ниже реберной дуги на 2 см. Селезенка не увеличена. Стул, диурез без особенностей.



Рекомендации при выписке

- Наблюдение педиатра, кардиолога по месту жительства;
- Профилактика инфекционного эндокардита;
- Проф. прививки временно противопоказаны;
- Контроль ОАК и уровня калия в сыворотке крови через 5 дней;
- Повторная консультация в ЦДКК через месяц.



Рекомендации

- Медикаментозно:

Дигоксин 50мкг x 2р/д;

Каптоприл 2 мг x3р/д

Дексон 2 мг 1р/д

Фуцис 50 мг 1р/д

Фуросемид 10 мг x 2р/д

Верошпирон 10 мг x2р/д

Аспаркам 1/3таб x3р/д

Кардиомагнил 50 мг 1р/д

Рекомендации

L-карнитин 1 мл х3р/д

Витамин Е 5мл 1р/д

Лактовит 1/2 кап х2р/д (6 дней)

УЗИ сердца пациента после выписки.

Дата	ФВ (%)	КДО (мл)	МЖП (мм)	ЗСЛЖ (мм)
14. 05. 2014 г.	30	66	7	7
29. 05. 2014 г.	49	79	5	5
5. 06. 2014 г.	27	74	7	8,14
24. 06. 2014 г.	41	82	8	8,17
4. 08. 2014 г.	41	83	5	8,16
10. 09. 2014 г.	36	84	5	5
22. 10. 2014 г.	48	73	5	6,15
23. 12. 2014 г.	54	68	5	7,54

Диф.диагностика миокардита и ДКМП

№	признак	Миокардит поздний врожденный	ДКМП
1.	Манифестация заболевания	• Манифестирует в 1-6 месяцев, реже –после рождения и на 2-3 году жизни. • Дети рождаются с нормальной массой, но затем начинают отставать в массе, росте из-за развития СН. Частые простудные заболевания, пневмонии	• Манифестация заболевания происходит на 6-9 месяце жизни ребенка или в более старшем возрасте. • Немалую роль в манифестации болезни оказывает сопутствующая патология: бронхолегочные заболевания, метаболические нарушения, гипотрофия, проведенная накануне вакцинация. • Дети с ДКМП могут иметь низкую массу тела при рождении. Иногда уже с рождения отмечается периоральный акроцианоз, что расценивается как симптомы неврологической или легочной патологии.

№	Признак	миокардит	ДКМП
2.	Этиология	• Вирусный • Вирусно-бактериальный • Бактериальный • Паразитарный • Грибковый • Аллергический	• Вирусная, • наследственная • предрасположенность, • токсические факторы. • Обменные нарушения.
3.	Клинические проявления	Дети рождаются с нормальной массой, но затем начинают отставать в массе, росте из-за развития СН. • Частые простудные заболевания, пневмонии • Кожа бледная с периоральным цианозом., акроцианоз. • Вялость, быстрая утомляемость при сосании, • Приступы беспокойства, судорог. • Постоянная тахикардия, одышка в покое, усиливающаяся при крике, плаче. • Характерны стойкие нарушения ритма и/или проводимости	✓ У большинства детей трудно определить дебют заболевания, поскольку часто отмечается длительное, почти бессимптомное его течение и жалобы отсутствуют. ✓ Одышка, вначале при физ. нагрузке (кормлении), кашель (непродуктивный, навязчивый, чаще ночной); ✓ Повышенная потливость, беспокойство; ✓ Боли в животе, тошнота, рвота, диспепсические явления; ✓ Синкопальные состояния, ✓ Быстрая утомляемость, снижение толерантности к физ. нагрузкам.

№	признак	миокардит	ДКМП
4.	объективно	• слабый пульс, похолодание конечностей, уменьшение ; • Тахикардия • изменения ЦНС, в виде: ✓ приступов беспокойства, ✓ акроцианоза, ✓ судорог. • Иногда такой приступ может закончиться кратковременной потерей сознания. (Сочетанное поражение сердца и ЦНС характерно для кардитов, вызванных вирусами группы Коксаки.) • гепатомегалия (у детей раннего возраста); • хрипы в легких (чаще у детей старшего возраста); • Отеки • При аускультации в сердце: ✓ приглушение тонов, ✓ ослабление I тона на верхушке, ✓ систолический шум на верхушке и в 5-й точке.	• акроцианоз, цианоз слизистых оболочек • Хрипы влажные мелкопузырчатые над нижними отделами обоих легких; • Аускультативная картина сердца разнообразна: ✓ У детей с признаками недостаточности кровообращения определяется тахикардия. ✓ глухость сердечных тонов. ✓ Неинтенсивный дующий систолический шум на верхушке сердца относительной митральной недостаточности ; • По данным перкуссии: ✓ Ослабленный и слегка сдвинутый влево верхушечный толчок; ✓ выбухание области сердца, ✓ Расширенные, границы сердечной тупости по данным перкуссии; • Визуально-«сердечный горб»

№		миокардит	ДКМП
5.	Лабораторные данные	• Для вирусного миокардита характерно: лейкопения, лимфоцитоз; для бактериального — нейтрофильный лейкоцитоз со сдвигом влево, увеличение СОЭ. • Биохимические показатели: положительный СРБ, увеличение α_2-фракции глобулинов, повышение уровня сиаловых кислот. • Основное внимание уделяется маркерам неспецифического поражения миокарда: • Обнаружение повышенной активности КФК и КФК-МВ, сердечной фракции тропонина (тропонин Т). что может свидетельствовать в пользу острого миокардита. • В иммунограмме — повышение уровня Ig G, циркулирующих иммунных комплексов.	Изменения в клинических анализах крови и мочи неспецифичны и в значительной степени отражают наличие застойной СН. Могут выявляться: • Анемия • Нехарактерно повышение активности КФК-МВ и тропонина. (КФК-МВ повышается в случае необратимого и массивного повреждения кардиомиоцитов). • уменьшение количества тромбоцитов. • О тяжести состояния больного дает определение содержания натрийуретических пептидов, уровень которых повышается при увеличении давления в предсердиях за счет перегрузки объемом.

№		миокардит	ДКМП
6.	ЭКГ	• Вольтаж комплекса QRS — вариабелен. Увеличение вольтажа может быть связано с развитием гипертрофии миокарда, снижение — с развитием склероза. • Электрическая ось сердца, как правило, находится в пределах нормы, возможно отклонение вправо или влево. • Нарушения ритма и проводимости: экстрасистолия, гетеротопный ритм, миграция источника ритма, пароксизмальная и непароксизмальная тахикардия, АВ-блокады различной степени. 5. Нарушение процессов реполяризации желудочков, увеличение активности левого желудочка, гипертрофии различных отделов сердца.	• Нарушения ритма (синусовая тахикардия, желудочковая аритмия, наджелудочковая и желудочковая экстрасистолия); • Нарушения проводимости (БЛНПГ, БПНПГ, дистальные нарушения AV-проводимости); • Признаки гипертрофии, чаще левого желудочка и перегрузки левого предсердия, увеличение индекса $R V6/R_{max} > 3$. • Низкий вольтаж QRS в стандартных отведениях; • Неспецифические изменения зубца Т

№		миокардит	ДКМП
7.	Рентгенография ОГК	● При легком течении миокардита размеры сердца не изменены, пульсация его нормальная. ● При миокардите средней степени тяжести и тяжелой форме размеры сердца значительно увеличены, ● при выраженной кардиомегалии сердце как бы расплывается на диафрагме, дуги его сглаживаются, пульсация ослабевает. ● В легких можно обнаружить умеренно выраженный венозный застой, широкие корни (может отмечаться их смазанность, нечеткость), усиление венозного рисунка.	● генерализованная кардиомегалия (форма сердца чаще шаровидная или трапецевидная) ● признаки застоя в малом круге кровообращения , ● Наиболее типичной формой сердца на рентгенограмме является шаровидная, иногда митральная. ● Увеличение кардиоторакального соотношения. (в норме составляет $0,56 \pm 0,012$ у детей старшего возраста и $0,67 \pm 0,0017$ у детей раннего возраста).

№		миокардит	ДКМП
8.	ЭхоКГ	• гипокинезия, а в ряде случаев – акинезия задней стенки ЛЖ и/или межжелудочковой перегородки; • Дилатация желудочков, снижение фракции выброса левого желудочка • гипертрофия миокарда левого желудочка, признаки легочной гипертензии. • относительная митральная и трикуспидальная клапанная недостаточность; • обратимая концентрическая гипертрофия ЛЖ с нарушением его локальной сократимости; • кардиомегалия и застойные явления в легких (может быть первым признаком заболевания) • .,	• Дилатация и шаровидная деформация ЛЖ, увеличение КДО и КСО. • Шаровидная дилатация левого предсердия, вследствие постоянной перегрузки миокарда предсердия при изгнании крови в ригидный желудочек. • Наличие митральной регургитации (относительной недостаточности митрального клапана) вследствие растяжения клапанного кольца. • Дилатация ствола легочной артерии, легочная гипертензия. • Уменьшение ударного объема ЛЖ и показателей систолической функции (ФВ, Vcf). • Нарушение диастолической функции преимущественно по первому типу (снижение скорости раннего диастолического наполнения и увеличение позднего предсердного наполнения).

№	Признак	миокардит	ДКМП
9.	Эндомиокардиальная биопсия	Воспалительная инфильтрация миокарда с некрозом и /или дегенерация прилегающих миоцитов, не характерная для ишемических изменений при ИБС.	- распространенная (свыше 30 %) необратимая альтерация миокарда с заместительным склерозом или относительно малой выраженностью компенсаторной гипертрофии и отсутствием экссудативных и пролиферативных проявлений активности воспалительной реакции; - атрофия свыше 50 % жизнеспособных клеток сократительного миокарда при относительно непродолжительной давности заболевания; - распространенные разрывы нексусов в различных участках миокарда.

Спасибо за внимание!!!

