

## **ВРОЖДЕННЫЙ ПОРОК СЕРДЦА И ВНУТРИУТРОБНАЯ ИНФЕКЦИЯ. КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ**

**М. А. Жидкова, А. М. Перестюк, Е. А. Лаврова**

ФГБОУ ВО Тверской государственный медицинский университет Минздрава России

**Цель исследования:** анализ случая врожденного порока сердца у ребенка на фоне внутриутробной инфекции.

**Материалы и методы:** анализ стационарной карты больного, данные осмотра.

**Результаты:** Пациент Р., 3 мес., находился на лечении в ДОКБ с диагнозом: ВПС (коарктация аорты, открытый артериальный проток, ДМПП, стеноз легочной артерии). Недостаточность кровообращения 2 степени, анемия 2 степени, смешанного генеза. Внутриутробная инфекция неуточненной этиологии. Тромбоцитопения инфекционного генеза. Последствия перинатального поражения ЦНС сочетанного генеза: энцефаломиелопатия, синдром двигательных нарушений, судорожный синдром, лейкомаляция головного мозга. Состояние после трансфузии эритроцитарной массы. Угрожаем по бронхолегочной дисплазии. В анамнезе: Абстинентный алкогольный синдром средней степени тяжести. Неонатальная гипербилирубинемия.

Из анамнеза известно: ребенок родился от IV беременности (I беременность – 2009 год. срочные роды 3350 гр.; II беременность – 2011 год. мед. аборт; III беременность – 2014 год. срочные роды двойней. 2100 и 1680 гр.; IV беременность – 2016 год. настоящая), на диспансерном учете не состояла. Роды III самопроизвольные домашние роды в затылочном предлежании в 39 нед. беременности. Недостаточный рост плода. Масса тела: 1790 гр.; рост: 44 см; окружность головы: 31 см, груди: 27 см. После родов доставлен в ГБУЗ Нелидовскую ЦРБ, на 1ые сутки переведен в отделении недоношенных и патологии новорожденных ГБУЗ «КДБ №2» г.Твери , где находился 28 дней, далее был переведен в ДОКБ для продолжения лечения.

**На момент осмотра: возраст 3 месяца, вес – 3320 гр.** Состояние ребенка – тяжелое. Кормление через зонд до 100мл смеси, периодически необильно срыгивает. В неврологическом статусе: большой родничок 3х3см, не напряжен. ЧМН: взгляд фиксирует, прослеживает. Мышечный тонус с тенденцией к повышенному. Сухожильные рефлексы высокие, клonus стоп. Рефлексы спинального и орального автоматизма. Кожные покровы бледно – розовые, при беспокойстве – акроцианоз. Тургор тканей снижен. Катаральных явлений нет. Границы сердца не расширены, тоны сердца звучные, ритмичные, систолический шум на основании сердца. В легких дыхание проводится по всем полям, влажные хрипы. Кашель во время приема пищи. Живот мягкий, безболезненный. Печень +3,0 см. Селезенка 1,5 – 2,0 см. Стул 4 – 5 раз в сутки, кашицеобразный, желтый, мочеиспускание не нарушено.

В динамике в клиническом анализе крови сохранялась анемия 2 степени, смешанного генеза (Hb 91 - 99 г/л), тромбоцитопения инфекционного генеза ( $76 - 61 \cdot 10^9$ /л). Нейросонография: Вентрикуломегалия. Лентикулярная ангиопатия. УЗ – признаки незрелости головного мозга. В возрасте 2 месяцев отмечалось ухудшение состояния с явлениями дыхательной недостаточности, падением Hb до 80 г/л, нарастанием п/я нейтрофилия (33%). Посев из зева на микрофлору: единичные колонии клебсиеллы пневмонии. На рентгенограмме легких: усиление сосудистого рисунка в медиальных средних зонах. Корни малоструктурны. Кардиоторакальный индекс 55%. Диафрагма четко очерчена. По данным УЗИ брюшной полости была выявлена спленомегалия. На фоне проведенного лечения (дигоксин, верошпирон, фуросемид, аспаркам, антибиотики, конвулекс, финлепсин, мальтофер, фолиевая кислота, пробиотики, ферменты, ингаляции с пульмикортом) состояние стабилизировалось, продолжено лечение в стационаре.

**Заключение:** течение внутриутробной инфекции у детей в совокупности с врожденным пороком сердца увеличивает риск присоединения внутрибольничной инфекции, в частности клебсиеллы пневмонии, и ухудшает прогноз заболевания. Детям с врожденными пороками сердца следует проводить более тщательную диагностику внутриутробного инфицирования.