

Пашеківська О.С., Герляйн Н.П.

ОГЛЯД КЛІНІЧНОГО ВИПАДКУ КАРДИТУ ПАРВОВІРУСНОЇ ЕТІОЛОГІЇ

Науковий керівник к.м.н., ас. Мацієвська Н.К.

Актуальність. Серед сучасної етіології внутрішньоутробних кардитів у новонароджених все частіше визначається парвовірус людини В19 (PVB19). Зазвичай PVB19 викликає доброякісну екзантематичну вірусну інфекцію, але у вагітних призводить до самовільного викиду, внутрішньоутробної загибелі плоду, анемії, розвитку неімунної водянки плоду (Васильєв В.В., 2011).

Мета. Ознайомитися з особливостями діагностики та перебігу підтвердженого парвовірусного кардиту у новонародженої дитини.

Матеріали та методи. Наводимо клінічне спостереження новонародженої А., госпіталізованого у відділення виходжування новонароджених дітей перинатального центру з ознаками порушенням серцевого ритму.

Результати. Дитина від першої вагітності, з перебігом на тлі хронічного риніту. Пренатально на 40 тижні вагітності визначалися поодинокі шлуночкові екстрасистоли під час аускультативної оцінки плоду. Родорозродження шляхом кесаревого розтину у терміні гестації 41 тиждень. Дівчинка народилася з вагою 3150 г., довжиною 51 см, за шкалою Апгар 8/9 балів. У пологовій залі дитина викладена на груди матері для проведення контакту «шкіра до шкіри». Через 2 години, при оцінці стану новонародженого в пологовій залі аускультативно визначається порушення ритму серця по типу екстрасистолії (до 10/хв. екстрасистол) з ЧСС 140-165 уд/хв. Згодом переведена до відділення постінтенсивного догляду, реабілітації та виходжування новонароджених для подальшого спостереження, обстеження та лікування.

Під час дослідження на ЕКГ: ритм синусовий, перевантаження правих камер серця. Ознаки гіпертрофії МШП, ПШ. Поодинокі шлуночкові екстрасистоли. Порушення процесів реполяризації. Ці зміни потребували

проведення добового моніторингу серцевого ритму, який зареєстрував комплексі передсердної та шлуночкової ектопії (більше 5%). За даними доплерехокардіографії: помірна дилатація правих камер, ознаки гіпертрофії міжшлуночкової перегородки, Відкрита артеріальна протока. Відкрите овальне вікно. Скоротлива здібність міокарда не порушена, фракція викиду 68%. На рентгенографії ОГК – межі мерця не змінені, кардіо-торакальний індекс 50%. Рівень тропоніну I, КФК, КФК-МВ, СРБ підвищено. Проведно ІФА на тропні до міокарду віруси, зокрема Parvovirus B19, який виявився позитивним: Ig G - 3,48 (норма до 0,8), Ig M – 0,07 (норма до 0,8).

На підставі даних анамнезу, об'єктивного огляду та результатів дослідження поставлений попередній діагноз: внутрішньоутробний кардит парвовірусної етіології, серцева недостатність 0ст. Проведена кардіотрофна терапія препаратом Агвантар по 1,0 мл 2 рази на добу, контроль ваги, водного балансу, сатурації кисню. Дитина була виписана зі стаціонару в задовільному стані.

Висновки. Своєчасна діагностика внутрішньоутробного кардиту у новонароджених потребує спостереження як за немовлятами з високим ризиком для життя. Ці новонароджені повинні бути обстежені на виявлення етіологічного чинника кардиту та, якщо можливо, проліковані. В подальшому такі новонароджені потребують ретельного моніторингу стану серцево-судинної системи та регулярного спостереження на першому році життя.