

* * *

ЭКССУДАТИВНЫЙ ПЕРИКАРДИТ У РЕБЁНКА 6 МЕСЯЦЕВ

Болдырева А.М.

**Научные руководители: доцент И.Е. Турина,
О.В. Цилинская**

Первый Московский государственный медицинский
университет имени И.М. Сеченова Минздрава России,
(Сеченовский Университет), Москва, Россия

Ключевые слова: *клинический случай; перикардит;
бактериальная инфекция; диагностика*

Актуальность. Экссудативные перикардиты являются
относительно редким заболеванием детей до года, чаще все-
го имеют вирусную этиологию, бактериальные случаи встре-
чаются значительно реже.

Описание клинического случая. Мальчик А., 6 мес, поступил в связи с усилением беспокойства и одышки на фоне ОРВИ. Ранний анамнез не отягощён. Болеет 4-й день; на 2-й день болезни была выполнена рентгенограмма органов грудной клетки, которая не выявила особенностей. Ночью на 4-е сутки болезни мать отметила ухудшение состояния. Ребёнок был госпитализирован в отделение. При осмотре больного отмечались бледность, вялость и беспокойство. Наблюдалась тахикардия до 160 уд/мин, тоны сердца приглушены. Лабораторно: Нб — 112 г/л, лейкоциты — $17,03 \times 10^9/\text{л}$, уровень СРБ — 113 мг/л. При ЭхоКГ наблюдалось скопление жидкости в перикарде с фибриновыми сгустками, в связи с чем с направительным диагнозом «экссудативный перикардит» ребёнок был переведён в ОРИТН. От пункции перикарда было решено воздержаться, назначена инфузионная, антибактериальная, диуретическая, противовоспалительная и иммунозаместительная терапия (однократно внутривенно вводился иммуноглобулин). В связи с наличием недостаточности кровообращения IIa степени больному также была назначена кардиотропная поддержка допамином, отменённая через 3 сут. На 4-е сутки в ОРИТ выявлена бактериемия, вызванная *Rothia mucilaginosa*. На 7-е сутки госпитализации ребёнок был переведён в отделение, где была продолжена противовоспалительная (преднизолон 1 мг/кг/сут) и антибактериальная терапия. Далее наблюдалась динамика с уменьшением объёма выпота, сохранялись множественные нити фибрина и утолщение листков перикарда, нарушение диастолической функции сердца, ЧСС нормализовалось. Лабораторно наблюдалось снижение воспалительной активности. Для дальнейшего обследования больной был переведён в отделение аллергологии и иммунологии, где также получал терапию преднизолоном, а на 18-е сутки выписался в стабильном состоянии под наблюдение кардиолога по месту жительства.

Заключение. Представленный клинический случай демонстрирует тяжёлое течение экссудативного перикардита на фоне бактериальной инфекции, протекающего под маской ОРВИ, что подчёркивает значимость дифференциально-диагностического поиска даже при рядовой респираторной инфекции.

* * *