

ОСТРЫЙ ИНФЕКЦИОННЫЙ ЭНДОКАРДИТ В ПРАКТИКЕ ВРАЧА-ИНФЕКЦИОНИСТА

К.В. Жданов, М.В. Яременко, А.А. Команенко, В.Ф. Крумгольц

Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова, Санкт-Петербург

Acute infectious endocarditis in infectionist's practice

K.V. Zhdanov, M.V. Yaremenko, A.A. Komanenko, V.F. Krumgoltz

Military Medical Academy by S.M. Kirov, Saint-Petersburg

Инфекционный (септический) эндокардит (ИЭ) имеет чрезвычайно важное клиническое значение, некоторые ученые считают его проявлением сепсиса [1, 5, 6]. В Европе ежегодно регистрируется 20–25 больных ИЭ на 1 млн жителей, заболеваемость в России ещё выше — 46,3 человек на 1 млн жителей, причем чаще болеют лица трудоспособного возраста [2, 4, 6]. Современное течение заболевания характеризуется возрастанием частоты первичного ИЭ (41,1–54,9%) [6]. Летальность зависит от вида возбудителя и при консервативном лечении может достигать 80% [3, 7, 8]. ИЭ — это полиэтиологическое заболевание, вызываемое в большинстве случаев стрептококками, стафилококками, реже — энтерококками, анаэробами и грибами [1, 3, 4, 6]. Клиническая диагностика ИЭ на ранних этапах трудна, что обусловлено многообразием клинической симптоматики [1, 3, 6]. В большинстве случаев диагноз устанавливается на поздних этапах заболевания, когда происходит деструкция клапанов сердца [1].

Учитывая все вышеизложенное, весьма интересным представляется следующий клинический случай острого ИЭ митрального клапана.

В сентябре 2007 г. в клинику инфекционных болезней ВМедА на 8-й день болезни (переводом из терапевтического стационара) был госпитализирован больной А., 32 лет с предварительным диагнозом «Лептоспироз». При поступлении жаловался на выраженную слабость, шум в голове, плохой аппетит, сухость во рту, кашель со скудной мокротой, ноющие боли в крупных суставах, пояснице, мышцах рук и ног, желтуху, сыпь на коже. Из анамнеза болезни выяснилось, что заболел остро 29.08.07 вечером, когда на фоне полного благополучия ощутил озноб. На следующее утро появились разбитость, головная боль, боли в крупных суставах, мышцах конечностей, сохранялся озноб, температура тела повысилась до 40°C. Вызвал «Скорую помощь», вводилась «литическая смесь». По рекомен-

дации врача «скорой помощи» в течение 3 дней принимал флемоксин, ацетилсалициловую кислоту, эффералган без видимого эффекта. 05.09.07 появился редкий сухой кашель, потемнела моча, появилась геморрагическая сыпь на коже кистей, усилилась слабость, миалгии, артралгии, на высоких цифрах сохранялась температура. Был госпитализирован в терапевтический стационар с предварительным диагнозом «Внебольничная очаговая левосторонняя нижнедолевая пневмония». В ходе обследования обнаружен лейкоцитоз — $14,5 \times 10^9/\text{л}$, гипербилирубинемия (общий билирубин — 105,4 мкмоль/л), цитолитический синдром — АЛТ — 179,3 U/l, АСТ — 90,4 U/l. По данным рентгенографии органов грудной клетки были описаны признаки пневмонии в нижней доле слева. По результатам ЭхоКГ выявлена митральная регургитация I степени. ЭКГ — вариант нормы. Получал цефотаксим 1,0 в/м 3 раза в сутки, таваник 100 мл в сутки, тромбо-асс, витамин Е, метаболическую терапию. На фоне проводимого лечения у больного сохранялась фебрильная лихорадка, выраженный синдром общей инфекционной интоксикации с артралгиями и миалгиями, умеренная желтушность кожи и склер, единичные геморрагии на коже рук, умеренная гепатоспленомегалия. Проконсультирован инфекционистом, был заподозрен лептоспироз, переведен в клинику инфекционных болезней.

При поступлении в клинику состояние больного тяжелое, обусловленное выраженным синдромом общей инфекционной интоксикации. Умеренная желтушность кожных покровов и склер. На коже левой ушной раковины, кистей и стоп выявлены единичные петехии. Слизистая задней стенки глотки ярко-гиперемирована, на мягком небе наблюдались геморрагии. Небные миндалины рубцово изменены, в лакунах — казеозные массы. В полости рта выявлялись кариозные зубы. Пульс 98 ударов в мин., ритмичный, удовлетворительных качеств. АД 120/70 мм. рт. ст. Границы абсолютной

и относительной сердечной тупости не расширены. Тоны сердца приглушены, шумы не выслушивались. ЧДД — 20 в мин. Перкуторно над легкими — ясный легочный звук. При аускультации во всех отделах выслушивалось везикулярное дыхание с жестким оттенком. Живот мягкий, безболезненный. Размеры печени по Курлову 12×10×9 см, край выступал из-под реберной дуги на 2 см, мягко-эластичный, безболезненный. Пальпировалась мягко-эластичная селезенка. Поколачивание по поясничной области было безболезненным с обеих сторон. Менингеальные симптомы отрицательные.

Учитывая выраженный синдром общей инфекционной интоксикации, желтуху, геморрагический синдром, миалгии, лейкоцитоз, протеинурию был поставлен предварительный диагноз «Лептоспироз, тяжелое течение. Внебольничная левосторонняя нижнедолевая пневмония». Больному была начата терапия пенициллином по 3 млн ЕД 6 раз в сутки, продолжено внутримышечное введение цефотаксима по 1 г 3 раза в сутки, внутривенно вводилось 120 мг преднизолона, проводилась инфузионная терапия (кристаллоиды, витамины, пентоксифиллин, этамзилат натрия).

На 2-й день лечения в клинике, принимая во внимание острое начало заболевания с преобладанием синдрома общей инфекционной интоксикации, длительно сохраняющуюся лихорадку, наличие очагов хронической инфекции, геморрагический синдром, признаки нарушения функции печени и почек, был сформулирован предварительный диагноз «Сепсис, связанный с хроническими очагами инфекции (одонтогенный, тонзиллогенный)». Были исключены лептоспироз и острая пневмония.

В ходе обследования в клиническом анализе крови выявлялись: анемия, лейкоцитоз, тромбоцитоз, ускоренное СОЭ. В общем анализе мочи — следы белка и лейкоцитурия. По данным биохимического анализа наблюдалось повышение острофазовых показателей (фибриногена, сиаловых кислот, СРБ), сохранялись гипербилирубинемия и цитолитический синдром. По результатам лабораторных исследований были исключены лептоспироз, вирусные гепатиты А, В, С, псевдотуберкулез, иерсиниоз, сальмонеллез, сифилис и ВИЧ-инфекция. Из ротоглотки выделены зеленящий стрептококк и грибки рода кандиды. Из пустулы на коже левой стопы выделили золотистый стафилококк. По данным многократных посевов крови на питательные среды роста микроорганизмов не обнаружено.

Были выполнены инструментальные исследования: УЗИ органов брюшной полости (выраженная гепатоспленомегалия, диффузные изменения в печени и поджелудочной железе, расширение портальной вены и селезеночной вены, реактивный холецистит); ФГДС (эрозивный гастродуоденит);

рентгенография околоносовых пазух (без патологических изменений); повторные ЭКГ (без патологических изменений). Пациенту повторно на 15-й день болезни проводилось ЭхоКГ — убедительных данных о наличии вегетаций на клапанах сердца не получено, рекомендовано чреспищеводное ЭхоКГ. При выполнении чреспищеводной ЭхоКГ на митральном клапане в области задней створки и края передней створки выявлялись вегетации с максимальными размерами 1,4 и 1,0 см соответственно, определялась регургитация III степени.

Больной повторно был консультирован кардиологом, поставлен окончательный диагноз: «Острый инфекционный эндокардит митрального клапана. Недостаточность митрального клапана III степени. Сердечная недостаточность I ф.к. (NYHA)».

Больному проводилась антибактериальная терапия: пенициллин в/м, цефотаксим в/венно. Ввиду сохранения лихорадки, лейкоцитоза антибиотикотерапию сменили: с шестых по двадцатые сутки лечения больной получал тиенам парентерально. Одновременно с этиотропным лечением проводилась инфузионно-детоксикационная; гормональная (преднизолон парентерально); антиагрегантная и метаболическая терапия; санация хронических одонтогенных очагов инфекции.

На фоне комплексного этиопатогенетического лечения состояние больного улучшилось, что выразилось в снижении температуры тела до субфебрильных цифр, разрешении желтухи, регрессии сыпи, уменьшении размеров печени и селезенки. Однако на фоне приглушенных тонов сердца систолический шум на верхушке стал более грубым, проводился к основанию сердца.

Больной был консультирован кардиохирургом, рекомендовалось оперативное лечение по поводу инфекционного эндокардита митрального клапана. На 28-е сутки болезни в кардиохирургическом стационаре была выполнена операция: «Квадрангулярная резекция задней створки митрального клапана с аннулопластикой на опорном кольце». По данным гистологического исследования резецированного участка створки митрального клапана установили: язвенно-некротический инфекционный эндокардит митрального клапана. Больной выписан в удовлетворительном состоянии на 36-е сутки стационарного лечения под наблюдение кардиолога и кардиохирурга.

Данный клинический случай еще раз подтверждает многообразие клинической картины ИЭ, трудности диагностики на начальных этапах болезни, даже в условиях специализированного стационара. В перечень диагностических исследований у больных лихорадками неясной этиологии целесообразно включать проведение ЭхоКГ для исключения ИЭ.

Литература:

1. Бочоришвили В.Г. Септический (бактериальный) эндокардит (СЭ) / В.Г. Бочоришвили, Т.В. Бочоришвили, М.К. Гигаури // Сепсисология с основами инфекционной патологии. — Тбилиси, 1988. — С. 467—502.
2. Гуревич М.А. Современный инфекционный эндокардит / М.А. Гуревич, С.А. Тазина, К.И. Савицкая. — М., 2001. — 229 с.
3. Николаевский Е.Н. Современные аспекты инфекционного эндокардита : учебно-метод. пособие / Е.Н. Николаевский, Г.Г. Хубулава, Б.Б. Удальцов. — Самара, 2006. — 139 с.
4. Николаевский Е.Н. Современный инфекционный эндокардит: особенности развития и течения / Е.Н. Николаевский, М.В. Соддатенко // Сибирский медицинский журнал. — 2002. — № 3. — С. 78—85.
5. Руководство по инфекционным болезням / под ред. Ю.В. Лобзина. — 3-е изд., доп. и перераб. — СПб. : Фолиант, 2003. — 1040 с.
6. Тюрин В.П. Инфекционный эндокардит / В.П. Тюрин. — М. : ГЭОТАР МЕД, 2001. — 224 с.
7. Шевченко Ю.Л. Хирургическое лечение инфекционного эндокардита / Ю.Л. Шевченко. — СПб. : Наука, 1995. — 230 с.
8. Mylonakis E., Calderwood S.B. Infective endocarditis in adults / E. Mylonakis, S.B. Calderwood // N. Engl. J. Med. — 2001. — Vol. 345. — P. 1318—1330.

Контактный телефон: 8(812)3297166 М.В. Яременко.