

УДК: 616.12-008.318

¹Гарипова А.Ф., ¹Болотбеков У.О., ²Яфарова Р.А., ²Ахметзянова Е.Ф., ¹Сайфутдинов Р.Г.

¹КГМА – филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России. 420012, г. Казань, ул. Муштари, 11

²ГАЗЗ ГКБ №7 (стационар №2) 420039, г. Казань, ул. Гагарина 95

Инфекционный эндокардит у ВИЧ-инфицированных наркозависимых пациентов

¹Garipova A.F., ¹Bolotbekov U.O., ²Yafarova R.A.,
²Ahmetzjanova E.F., ¹Saifutdinov R.G.

¹Kazan State Medical Academy – Branch Campus of the Federal State Budgetary Educational Institution of Further Professional Education “Russian Medical Academy of Continuing Professional Education of the Ministry of Healthcare of the Russian Federation. 11 Mushtary St., Kazan, Russian Federation, 420012

²City clinical hospital № 7. 95 Gagarina St., Kazan, Russian Federation, 420039

Infectious endocarditis in HIV-infected drug- dependent patients

Резюме: В статье представлены результаты обследования и наблюдения наркозависимой пациентки с инфекционным эндокардитом правосторонней локализации. Описана клиническая картина, факторы риска, течение и осложнения данного заболевания. Особое внимание уделено диагностике и лечению.

Ключевые слова: инфекционный эндокардит, ВИЧ-инфекция, инъекционная наркомания, трикуспидальный клапан, ТЭЛА.

Abstract: The article presents the results of a survey and observation of a drug dependent patient with infective endocarditis of right-sided localization. The clinical picture, risk factors, course and complications of this disease are described. Particular attention is paid to diagnosis and treatment

Key words: infectious endocarditis, HIV infection, injecting drug addiction, tricuspid valve, pulmonary embolism.

Контактное лицо:

Болотбеков Урмат Орозбекович,

врач-интерн кафедры госпитальной и поликлинической терапии КГМА – филиала ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России. Телефон:+79027150498. e-mail: Urmatkardio@gmail.com

Contact person:

Bolotbekov Urmat

intern doctor of the Chair of hospital and polyclinic therapy. Kazan State Medical Academy – Branch Campus of the Federal State Budgetary Educational Institution of Further Professional Education “Russian Medical Academy of Continuing Professional Education of the Ministry of Healthcare of the Russian Federation.

11 Mushtary St., Kazan, Russian Federation, 420012

City clinical hospital № 7. 95 Gagarina St., Kazan, Russian Federation, 420039

Phone: +79027150498. e-mail: Urmatkardio@gmail.com

Пациентка П. (№ 1001566/637) 24 лет, поступила во 2-ой стационар ГКБ №7 11.02.2017 с жалобами на одышку смешанного характера в покое, выраженную общую слабость, подъем температуры тела до

39°C, отеки на нижних конечностях до верхней трети голеней.

Anamnesis morbi. Считает себя больной в течение 4-х недель, когда впервые отметила повышение температуры тела до 37°C, общую

слабость, появилась незначительная одышка при физической нагрузке. Состояние ухудшилось пять дней назад (усилилась одышка, температура возросла до 39°C). Пациентка находилась на лечении в

наркологическом диспансере, ввиду внутривенного приема наркотического средства (Кодеин) в течение нескольких лет. В связи с ухудшением общего состояния была направлена в ГАУЗ ГKB№7 стационар №2.

Anamnesis vitae. Перенесенные заболевания: ХВГС с 2013 г., сезонные ОРВИ. Эпидемиологический анамнез: ХВГС, В₂₀ (давность не известна). Гемотрансфузии, болезнь Боткина, туберкулез отрицает. Аллергологический анамнез без особенностей. Лекарственный анамнез: внутривенная наркомания в течение нескольких лет (Кодеин). Жилищно-бытовые условия удовлетворительные. Семейное положение: замужем, имеет одного здорового ребенка. Трудовой анамнез: не работает. Семейный анамнез: родители здоровы, проживают и работают в Германии. Вредные привычки: употребление наркотических средств. Курит 1 пачку сигарет в день. Алкоголь - в праздничные дни.

Status praesens objectivus. Общее состояние тяжелое, температура тела 38°C. Отмечается нарушение сознания в виде оглушения. Положение вынужденное, ортопноэ. Телосложение нормостеническое. Рост - 168 см, вес - 53 кг, индекс массы тела (ИМТ) - 18,8 кг/м². Кож-

ные покровы и видимые слизистые бледные, высыпаний нет. Периферические лимфоузлы не увеличены. Отеки на нижних конечностях до в/3 голеней. Костно-суставная система: без видимой патологии.

Система органов дыхания. Дыхание через нос свободное. ЧДД - 27 в мин. SpO₂ 93%. Отмечается приглушение легочного звука в нижних отделах. Над остальными отделами перкуторный звук легочный. Дыхание жесткое, ослаблено в нижних отделах, выслушивается крепитация в нижних отделах с обеих сторон.

Сердечно-сосудистая система. Область сердца на вид не изменена. Перкуторно границы относительной сердечной тупости в норме. Тоны сердца ритмичные, приглушены. Выслушивается систолический шум в проекции трикуспидального клапана. Акцент второго тона над легочной артерией. Пульс 120 в мин. удовлетворительного напряжения и наполнения. АД на обеих руках 110/80 мм рт.ст. Пульсация на периферических сосудах сохранена.

Система пищеварения. Слизистая оболочка полости рта бледная, зев интактен. Язык сухой, тело обложено белым налетом. Живот при пальпации мягкий, безболезненный,

участвует в акте дыхания. Размеры печени по М.Г. Курлову 10×10×9 см. Селезенка - 15×6 см.

Мочевыводящая система. Болезненности при пальпации области почек нет. Симптом Ф.И. Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Диурез не нарушен.

Лабораторные данные (в скобках указаны нормальные величины). Общий анализ крови (11.02.17 г.): Leu - 21,3×10⁹ (3,7-4,7 × 10¹²/л), Eг - 3,02×10¹²/л (3,7-4,7 × 10¹²), Hb - 78 г/л (120-140 г/л), Hct - 23,3% (36-48%), Plt - 218-10⁹/л (180-320 × 10⁹/л), п/я - 4% (1-6%), с/я - 69% (47-72%), э - 4%, м - 7% (3-11%), л-16%, СОЭ - 65 мм/ч (2-15 мм/ч).

Биохимический анализ крови (12.02.17 г.): CREA - 147 μmol/l (58-104 μmol/l), CHOL- 1,82 mmol/L (3,32-5,78 mmol/L), BUN- 18.1 mmol/L (2,8 - 7,2 mmol/L), TP - 74 g/l, Na - 141,2 mmol/L (135- 145 mmol/L), K - 4,05 mmol/L (3,5-5 mmol/L), GLU - 6,3 mmol/L (3.6-6 mmol/L), СКФ - 35 мл/мин, АСЛО - 2,1 IU/m (1.8-10.3 IU/ml), прокальцитонин > 2 мкг/л (до 2 мкг/л), Д-димер - 4983 нг/мл (<243 нг/мл), СРБ - 70 мг/л (<5 мг/л).

Общий анализ мочи: цв. с/ж, уд.вес - 1.020, р-ция кислая, белок - 30mg, pH - 5.5, сахар отр., эпителий плоский отр., лейкоциты 1 - 1-2 в поле зрения, эритроциты 1-2 в поле зрения.

Посев крови на аэробные и анаэробные бактерии и грибы: роста не обнаружено.

Инструментальные данные. ЭКГ от 11.02.14 г. (рис.1). Синусовая тахикардия с ЧСС 132 удара в минуту. Нормальное положение ЭОС <α+43°. Отмечается снижение вольтажа комплекса QRS во всех отведениях.

ЭхоКГ (рис. 2,3): КСР левого желудка 3,0 (N 2,5-4,1). КДР левого желудка 4,5 (N 3,5-5,6). Толщина задней стенки левого желудка 1,1 (N 0,9-1,0). Экскурсия ее 1,2 (N 1,0). МЖП 1,1 (7-1,1). Экскурсия ее 0,8 (0,7-0,9). Аортальный клапан уплотнен. Левое предсердие 2,9-3,2 (1,9-3,7). Правый желудочек 2,6 см (0,7-2,6). СДЛА 43 мм рт.ст. Митральный клапан уплотнен. Фракция выброса 61% по Тейхольцу (55-75). По Симпсону (>55%). Митральная регургитация I степени. Трикуспидальная регургитация II степени. На створке трикуспидального клапана визуализируется подвижное экзогенное образование 2,49×1,54×1,97 см. В

Рис.1.
ЭКГ пациентки.

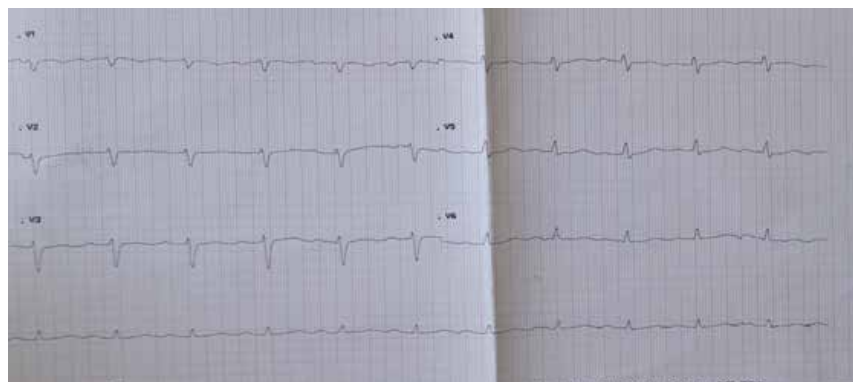
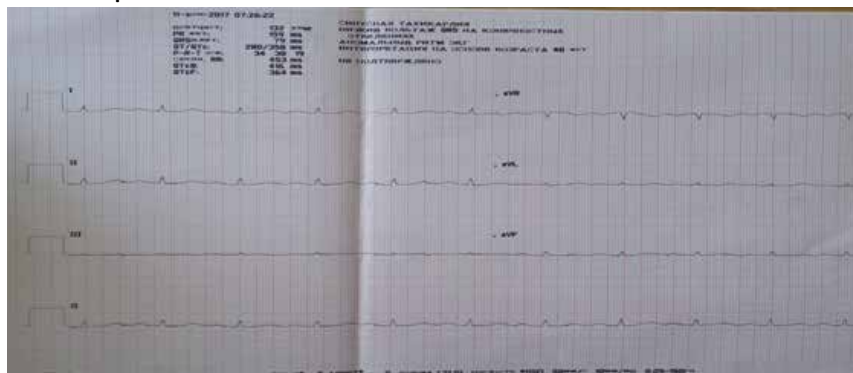


Рис. 2-3.
ЭхоКГ пациентки.



Рис. 4.
ОГК.



полости правого предсердия образование 2,44x1,78x1,62. Аортальная регургитация 0-I степени. Легочной регургитация I степени. Расхождение листков перикарда за ЗСЛЖ 3-4 мм. Заключение: вегетация трикуспидального клапана. Тромб правого предсердия. Умеренная легочная гипертензия. Незначительный гидроперикард.

Рентген ОГК (от 11.02.17 г.). Сердечная тень расширена в поперечнике, талия сглажена в легких с двух сторон очаговая сливная инфильтрация. Корни расширены, структура снижена. Диафрагма приподнята, контуры нечеткие. Синусы закрыты. Заключение: Двухсторонняя очаговая сливная пневмония.

УЗИ органов брюшной полости: печень увеличена: размер правой доли 139 мм, левой доли 89 мм. Контры ровные. Гиперэхогенная.

Эхоструктура однородная. Паренхима с явлениями диффузного генеза. Желчный пузырь: размеры 69 x 23 мм, стенки утолщены, уплотнены 3-4 мм, свободная жидкость нет. Холедох 4 мм. Поджелудочная железа: размеры головки 26 мм тела 12-14 мм, хвост 16мм, контуры ровные. Эхогенность: гиперэхогенная. Эхоструктура однородная. Селезеночная вена 5 мм, Воротная вена 11 мм. Селезенка однородная, увеличена 160 x 65 мм. Почки: ровные, границы четкие. Размеры: правая 122 x 49 x 57 мм, левая 120 x 49 x 58 мм. Паренхима Справа 16 мм, слева 17 мм. Заключение: Стеатоз с увеличением размеров печени (139 x 89 мм). Спленомегалия. Хронический холецистит.

Консультация профессора Сайфутдинова Р.Г.: Правосторонний инфекционный эндокардит (микробные вегетации на трикуспидальном клапане до 2,5 см), тяжелое течение. ТЭЛА. Двусторонняя деструктивная пневмония. Сепсис. Тромб правого предсердия. Анемия средней степени тяжести. Умеренная легочная гипертензия. ХСН 2Б ФК 3. ХВГС. В20.

Для подтверждения ТЭЛА рекомендовано: проведение РКТ органов грудной клетки.

РКТ органов грудной клетки. За-

ключение: РКТ данные множественных септических эмболов легких, внутригрудной лимфаденопатии, ТЭЛА мелких ветвей.

Консультация кардиохирурга: оперативное лечение на момент осмотра противопоказано. Продолжить консервативную терапию.

На основании наличия у пациентки 1 большого из диагностических критериев Duke: вегетаций на трикуспидальном клапане, а также 3 малых критериев: лихорадка более 38°C и использование инъекционных препаратов, наличия сосудистых проявлений в виде ТЭЛА был выставлен **диагноз:**

Правосторонний инфекционный эндокардит (микробные вегетации на трикуспидальном клапане), ассоциированный с внутривенным введением наркотических средств, осложненный тромбоемболией мелких ветвей легочной артерии, двусторонней деструктивной пневмонией. Активность III степени. Сепсис. ДВС-синдром. Тромб правого предсердия. Анемия средней степени тяжести. Умеренная легочная гипертензия. ХСН 2Б ФК 3. ХВГС. В20.

Лечение: Vancomycini 1gr + Sol. NaCl 0.9%-100.0 x 3 раза в\в капельно. Aguapenem 1000 mg + Sol.NaCl 0.9%-100.0 ч\з инфузомат в\в кап. Sol. Diclofenaci 3.0 при t>38.5°C в\м. Sol. Furosemidi 40 mg в\в струйно. Tab. Enalaprilii 1,25x 2 раза в день. Sol. Ferrumleci 2.0 x 1 раз в\м.Sol. Fraxiparini 30 mgx 1 раз п\к. Tab. Ambroxoli 5 mgx 1 раз утром. Tab. Varfarini 5 мг x 1 раз в день

В динамике: от 20.02.17. Состояние улучшилось. Температура тела 36,6°C.

ЭхоКГ: Вегетация уменьшилась на

трикуспидальном клапане до 1,52 x 0,92 см. В правом предсердии также уменьшился тромб до 1,88+0,96 см.

В ОАК: Leu- 9, 3×10^9 , Eг- $3,11 \times 10^{12}$, Hb-85 g/l, Hct - 25,9%, Plt – $218 \cdot 10^9/l$, СОЭ - 45 мм/ч.

Кровь: прокальцитонин - 0.46 mkg/l, СРБ - 36 мг/л

Инфекционный эндокардит (ИЭ)

– заболевание септического генеза с преимущественным поражением клапанного или пристеночного эндокарда, характеризующееся быстрым развитием клапанной недостаточности, системных эмболических осложнений и иммунопатологических проявлений.

Инфекционный эндокардит у пациентов с вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ)/синдромом приобретенного иммунодефицита (СПИД) является серьезной медико-социальной проблемой. Ежегодно эпидемическая ситуация по ВИЧ-инфекции ухудшается, неуклонно растет число ВИЧ-инфицированных пациентов. Одной из главных причин этому является внутривенная наркомания. Общее число россиян, инфицированных ВИЧ, зарегистрированных в Российской Федера-

ции на 30 июня 2016 г., достигло 1 062 476 человек (Роспотребнадзор 2016).

Наиболее частой причиной развития ИЭ могут быть грамположительные кокки: стрептококки, стафилококки и энтерококки (более 80%). Основным возбудителем у наркозависимых пациентов с ВИЧ - инфекцией является золотистый стафилококк (*Staphylococcus aureus*), устойчивый ко многим антибактериальным препаратам, за исключением ванкомицина. Однако в последние годы все чаще выселяются ванкомицин-резистентные штаммы золотистого стафилококка. Значительно реже возбудителями ИЭ становятся грамотрицательные бактерии, грибы и другие редкие микроорганизмы.

Наиболее часто при ИЭ наблюдается поражение аортального клапана с развитием его недостаточности – 62-66%, реже митрального – 14-49%, еще реже – трикуспидального – 1-5%. У наркозависимых ВИЧ-инфицированных пациентов, использующих инъекционные формы введения наркотиков, более чем в 50% случаев поражается трикуспидальный клапан. При этом повреждение трехстворчатого клапа-

на может долго не сопровождается аускультативно шумами в области сердца, т.е. быть афоничным.

Бактериемия у ВИЧ-инфицированных пациентов, как правило, протекает длительно, с развитием развернутой клиники сепсиса.

Болезнь может дебютировать легочной патологией. ИЭ правосторонней локализации часто приводит к поражению легких – рецидивирующие тромбоэмболии мелких ветвей легочной артерии, развитию абсцедирующей септической пневмонии, инфаркта легкого.

Риск заболевания возрастает при наличии маркеров вирусного гепатита С.

ВИЧ-инфицированные пациенты чаще всего имеют неблагоприятный прогноз заболевания.

Таким образом, диагностика и лечение правостороннего эндокардита у ВИЧ-инфицированных наркозависимых пациентов представляют особые трудности ввиду атипичной локализации, серьезных осложнений со стороны легочной системы, тяжелым течением и резистентностью к широко используемым в практике антибактериальным препаратам.

Литература

1. Кардиология: национальное руководство / под ред. Е.В. Шлякто. – 2-е изд., перераб. и доп. – М.:ГЭОТАР-Медиа, 2015. – С.605-620.
2. Николаевский Е.Н. Инфекционный эндокардит: современные особенности развития и течения (обзор литературы) / Николаевский Е.Н., Солдатенко М.В. // Сибирский медицинский журнал. - 2002. - № 3. - С. 78-85.
3. Пономарева Е.Ю. Особенности течения инфекционного эндокардита на фоне ВИЧ / СПИДА у инъекционных наркоманов / Пономарева Е.Ю.,

Рошина А.А., Ребров // А.П. Клиницист. - 2011. - № 3. С.19-22.

4. Рекомендации ESC по ведению пациентов с инфекционным эндокардитом 2015 [Электронный ресурс] /Рабочая группа по ведению инфекционного эндокардита Европейского общества кардиологов. – 2015– С.109-111. – Режим доступа:

5. http://www.scardio.ru/content/Guidelines/ESC_Inf_Endokardit_2015.pdf

6. Якушин С.С. ВИЧ-инфекция и сердечно-сосудистые осложнения / Якушин С.С., Филиппов Е.В. //Клиницист. - 2011. - № 2. С.6-12.