КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ИНФЕКЦИОННОГО ЭНДОКАРДИТА АОРТАЛЬНОГО КЛАПАНА С АБСЦЕДИРОВАНИЕМ КОРНЯ АОРТЫ

A CLINICAL CASE OF AORTIC VALVE INFECTIOUS ENDOCARDITIS WITH ABSCEDING OF AORTIC ROOT

УДК 616.126.3-002

DOI: 10.24411/2658-4964-2020-10303

Губина Анастасия Евгеньевна, Кандидат медицинских наук**,** Ассистент**,** Кафедра пропедевтики внутренних болезней и факультетской терапии**,** Ханты-Мансийская государственная медицинская академия, г. Ханты-Мансийск

Демидова Юлиана Петровна, Студент**,** 4 курс**,** Ханты-Мансийская государственная медицинская академия, г. Ханты-Мансийск

Садриева Елена Валерьевна, Ассистент**,** Кафедра пропедевтики внутренних болезней и факультетской терапии**,** Ханты-Мансийская государственная медицинская академия, г. Ханты-Мансийск

Зуевская Татьяна Валерьевна, Доктор медицинских наук**,** Доцент**,** Кафедра пропедевтики внутренних болезней и факультетской терапии**,** Ханты-Мансийская государственная медицинская академия, г. Ханты-Мансийск

Игнатов Сергей Владимирович, Кандидат медицинских наук**,** Доцент**,** Кафедра клинических дисциплин**,** Факультет ДПО**,** Ханты-Мансийская государственная медицинская академия, г. Ханты-Мансийск

Латынцева Алена Сергеевна, Ассистент**,** Кафедра пропедевтики внутренних болезней и факультетской терапии**,** Ханты-Мансийская государственная медицинская академия, г. Ханты-Мансийск

Gubina A.E. blinnikowa@mail.ru

Demidova U.P. Demidovauliana1998@yandex.ru

Sadrieva E.V. cvetok26@mail.ru

Zuevskaya T.V. z-alnair@mail.ru

Ignatov S.V. cor_cardio@mail.ru

Latinzeva A.S. afedich@inbox.ru

Аннотация

В статье представлено клиническое наблюдение течения инфекционного эндокардита с обширным поражением аортального клапана и абсцедированием корня аорты у молодого пациента 27 лет. Диагностика инфекционного эндокардита представляет значительные затруднения, в связи с ярко выраженным полиморфизмом клиники, широким спектром возбудителей и ростом доли полимикробной инфекции в его генезе. Рассмотрение клинического случая показало, что у пациентов с инфекционным эндокардитом необходимо проводить лечения антибиотиками после оперативных вмешательств в ротовой полости, так как заболевание тяжело поддается консервативному лечению и высок риск эмболических осложнений. Данный клинический случай подтверждает необходимость эффективность своевременного применения хирургических методов лечения.

Annotation

The article presents a clinical observation of the course of infective endocarditis with extensive damage to the aortic valve and abscess formation of the aortic root in a young patient of 27 years old. The diagnosis of infective endocarditis presents significant difficulties due to the pronounced polymorphism of the clinical presentation, a wide range of pathogens and an increase in the proportion of polymicrobial infection in its genesis. A clinical case study showed that patients with infective endocarditis should be treated with antibiotics after surgical interventions in the oral cavity, since the disease is difficult to treat conservatively and the risk of embolic complications is high. This clinical case confirms the need for the effectiveness of the timely use of surgical methods of treatment.

Ключевые слова: инфекционный эндокардит, аортальный клапан, эхокардиография, биологический протез.

Keywords: infective endocarditis, aortic valve, echocardiography, biological prosthesis.

Инфекционный эндокардит (ИЭ) - это нарушение функции клапанов сердца, обусловленное их деструкцией, ассоциированное с инфекционным воспалением эндокарда, сопровождающееся системными воспалительными и аутоиммунными реакциями. Диагностика ИЭ представляет значительные затруднения, в связи с ярко выраженным полиморфизмом клиники, широким спектром возбудителей и ростом доли полимикробной инфекции в генезе ИЭ [1, 2].

Приводим описание клинического случая инфекционного эндокардита с обширным поражением аортального клапана и абсцедированием корня аорты. Пациент Н., 27 лет, поступил в кардиологическое отделение 27.02.2020 года с жалобами на боли в левом подреберье с иррадиацией в поясничную область слева, тянущие боли в поясничной области справа, повышение температуры тела до 39^0С. Из анамнеза заболевания известно, что 2006 году был госпитализирован в детское отделение с жалобами на лихорадку до $37,5^0$С, выраженные боли в суставах конечностей (за 2 недели до этого перенес фолликулярную ангину), по данным эхокардиографии сердца (Эхо-КГ) выявлен бактериальный эндокардит с поражением митрального и аортального клапанов. Был направлен в кардиоцентр, где выполнено протезирование аортального клапана механическим протезом и пластика митрального клапана. После операции регулярно принимал варфарин под контролем МНО, с периодичностью один раз в год обследован на Эхо-КГ. В период с 2013 по 2017 год у кардиолога не наблюдался. В октябре 2017 года по данным Эхо-КГ на желудочковой поверхности протеза обнаружена гиперэхогенная неподвижная структура, определены показания к плановому репротезированию аортального клапана. Оперативное вмешательство было проведено в 2018 году, выполнено репротезирование аортального клапана механическим протезом с аортогранулопластикой, после чего с 2018 по 2020

год находился под наблюдением у кардиолога по месту жительства, все назначенные рекомендации выполнял, жалоб не предъявлял.

С 22.02.2020 года стал отмечать повышение температуры до 37,1^{0}С, боли в эпигастральной области, левом подреберье с иррадиацией в поясничную область слева. Ухудшение состояния связывает с посещением стоматолога по поводу экстракции зуба, антибактериальную терапию не получал. 27.02.2020 года обратился к урологу, по результатам дополнительных исследований выставлен диагноз: двусторонний гематогенный пиелонефрит. По данным лабораторных исследований в крови выявлено ускоренное СОЭ, лейкоцитоз, анизоцитоз эритроцитов, гипербилирубинемия, повышение уровня трансаминаз, креатинина. В общем анализе мочи: микрогематурия, лейкоцитурия, оксалатурия. По данным Эхо-КГ были выявлены признаки эндокардита протеза аортального клапана (в проекции выносящего тракта левого желудочка флотирующая изоэхогенная структура размером 13*7мм – признаки вегетации, пролапс передней створки митрального клапана на 6 мм – 1 степени, недостаточность умеренная). Госпитализирован в кардиологическое отделение. Проведено дообследование: ультразвуковое исследование (УЗИ) органов брюшной полости – диффузные изменения поджелудочной железы, спленомегалия; компьютерная томография (КТ) грудной аорты – определяется участок гиподенсной плотности размером 18,6 * 33,3 мм; чреспищеводная эхокардиогроафия (ЧП Эхо-КГ) – признаки парапротезного эндокардита, абсцедирования корня аорты. Проведено лечение: эноксапарин 80 мг подкожно 2 раза в сутки, ванкомицин 1г внутривенно капельно 1 раз в сутки, сультасин 1,5 г внутривенно 3 раза в сутки. 03.03.2020 года переведен в кардиохирургическое отделение для дальнейшего хирургического лечения в объеме замены корня аорты свежеприготовленным аллографтом. 04.03.2020 года проведена операция: протезирование корня и восходящего отдела аорты свежеприготовленным аортальным гомографтом. Аортальный аллографт подбирали заранее по данным дооперационного эхокардиографического исследования, с внутренним диаметром на 1-2 мм меньше фиброзного кольца

реципиента, однако окончательное решение принимали после иссечения аортального клапана и прямого измерения фиброзного кольца. В ранние сроки после операции у пациента отмечены клинические проявления левожелудочковой недостаточности, на фоне проводимой терапии с положительной динамикой. На 3-и сутки после операции переведен из реанимационного отделения. Состояние удовлетворительное, лихорадки не наблюдалось за весь период антибактериальной терапии, гемодинамика стабильна, печень не выступает из-под края реберной дуги, физиологические отправления не нарушены, пациент активен, лабораторно отмечена анемия легкой степени тяжести, послеоперационные швы заживают первичным натяжением.

Из истории жизни: перенесенных заболеваний и сопутствующей патологии нет. Гепатиты, ВИЧ, сифилис, сахарный диабет, туберкулез, венерические заболевания отрицает. Психические заболевания (в том числе у родственников отрицает). Вредные привычки отрицает. Аллергологический анамнез не отягощен. Наследственность не отягощена.

При осмотре сознание ясное, положение активное, выражение лица спокойное. Нормостенического телосложения, нормального питания. Кожный покров с серовато-желтым оттенком (цвет «кофе с молоком»), нормальной влажности, тургор кожи в норме, отеков нет. Пальцы в виде «барабанных палочек». При аускультации легких выслушивается везикулярное дыхание над всей поверхностью легких, хрипов нет, частота дыхательных движений 15 в минуту. При аускультации сердца тоны приглушены, ритм правильный, отмечается ослабление первого тона на митральном клапане, ослабление второго тона на аорте, выслушивается диастолический шум на аортальном клапане, проводящийся в точку Боткина-Эрба. АД= 120/85 мм рт. ст. на обеих верхних конечностях. ЧСС= 75 уд/мин. Печень не выступает из-под края рёберной дуги, размеры печени по Курлову 9 * 8 * 7,5 см. Язык розовый, влажный, сосочки выражены умеренно, налета нет. Живот округлой формы, участвует в акте дыхания. При пальпации

мягкий, безболезненный. Стул ежедневный, оформленный, патологические примеси отсутствуют. Мочеиспускание свободное, безболезненное.

Заключение.

Хирургическое лечение ИЭ аортального клапана заключается в полном удалении инфицированной и нежизнеспособной ткани, реконструкции корня аорты и имплантации клапана. Вопрос выбора протеза при инфекционном эндокардите аортального клапана остается открытым [4, 5]. Существует большое количество сведений о замене аортального клапана при остром инфекционном эндокардите аллографтами. Принимая во внимание повышенную резистентность аллографтов к инфекции, многие считают их методом выбора при данной патологии [5, 6], особенно при тяжелых формах нативного, а также протезного ИЭ с абсцессом фиброзного кольца [7, 8].

Знание особенностей ИЭ в данной группе больных позволит сократить время до установления диагноза, улучшить результаты лечения. Наличие лихорадки у лиц – носителей клапаносодержащего кондуита должно быть поводом сразу же заподозрить наличие ИЭ. Облегчить диагностику поможет учет таких признаков как наличие инородного тела в сердце, лихорадка до высоких цифр при отсутствии явных причин, воспалительные изменения в крови, изменения в моче, появление очагов во внутренних органах и головном мозге, подозрительных на отсевы. Очень важно помнить, что у носителей аортальных кондуитов инфекция может приводить к абсцессу корня аорты, трудно визуализируемому при трансторакальной эхокардиографии [3, 5].

Рассмотрение клинического случая показало, что у пациентов с инфекционным эндокардитом необходимо проводить лечения антибиотиками после оперативных вмешательств в ротовой полости, т.к. заболевание тяжело поддается консервативному лечению и высок риск эмболических осложнений. Данный клинический случай подтверждает необходимость эффективность своевременного применения хирургических методов лечения.

Список литературы

1. Арутюнов Г. П. Инфекционные заболевания эндокарда // Диагностика и лечение заболеваний сердца и сосудов. М. : ГОЭТАР-Медиа, 2013. С. 54–108.
2. Николаевский Е.Н. Современные принципы профилактики и лечения инфекционного эндокардита // Медицинский альманах. 2008. № 3. С.127 - 129.
3. Николаевский Е.Н. Оценка эффективности диагностики и лечения инфекционного эндокардита на современном этапе // Новая наука: теоретический и практический взгляд. 2016. № 3 - 2 (69). С. 32 - 35.
4. Сторожаков Г.И., Гендлин Г.Е., Латышева Е.В., Ганкова Е.В. Больные с клапанными пороками сердца – лечение у терапевта до и после хирургической коррекции // Сердце. 2002. Том 3. № 6 (16). С. 300-305.
5. Сулейманов Б.Р., Муратов Р.М. Современные подходы к хирургическому лечению инфекционного эндокардита аортального клапана, осложненного деструкцией корня аорты. Грудная и сердечно-сосудистая хирургия. 2012. 2. С. 7-12.
6. Тюрин В. П. Инфекционные эндокардиты. М. : ГОЭТАР-Медиа, 2012. 368 с.
7. Уланова В. И., Мазуров В. И. Инфекционный эндокардит. СПб. : ЭЛБИ-СПб., 2007. 128 с.
8. Yankah A.C., Pasic M., Klose H., Siniawski H., Weng Y., Hetzer R. Homograft reconstruction of the aortic root for endocarditis with periannular abscess: a 17-year study. Eur. J. Cardiothorac. Surg. 2005; 28 (1): 69-75.

Literature

1. Arutyunov G.P. Infectious diseases of the endocardium // Diagnostics and treatment of diseases of the heart and blood vessels. M.: GOETAR-Media, 2013. P. 54–108.
2. Nikolaevsky E.N. Modern principles of prevention and treatment of infective endocarditis // Medical Almanac. 2008. No. 3. P.127 - 129.

3. Nikolaevsky E.N. Evaluation of the effectiveness of diagnosis and treatment of infective endocarditis at the present stage // New science: theoretical and practical view. 2016. No. 3 - 2 (69). P. 32 - 35.
4. Storozhakov G.I., Gendlin G.E., Latysheva E.V., Gankova E.V. Patients with valvular heart disease - treatment by a therapist before and after surgical correction // Heart. 2002. Volume 3. No. 6 (16). P. 300-305.
5. Suleimanov B.R., Muratov R.M. Modern approaches to surgical treatment of aortic valve infective endocarditis complicated by destruction of the aortic root. Breast and cardiovascular surgery. 2012.2. P. 7-12.
6. Tyurin VP Infective endocarditis. M.: GOETAR-Media, 2012.368 p.
7. Ulanova VI, Mazurov VI Infective endocarditis. SPb. : ELBI-SPb., 2007.128 p.
8. Yankah A.C., Pasic M., Klose H., Siniawski H., Weng Y., Hetzer R. Homograft reconstruction of the aortic root for endocarditis with periannular abscess: a 17-year study. Eur. J. Cardiothorac. Surg. 2005; 28 (1): 69-75.