



**Клінічний випадок.
Інфекційний ендокардит (ІЕ)
з ураженням тристулкового клапана.**

КНП “Вінницький клінічний Центр СНІДу ВОР”

зав. стаціонарним відділенням, лікар-невролог

Харламова Дар'я





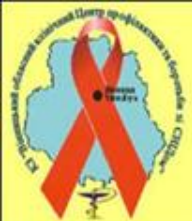
- Жінка , 32 років (4 дітей, однорічна онука)
- АТ до ВІЛ від 16.10.2018 р., (код 113.2, 102)
- Вживала опіоїди ін'єкційно систематично, з періодичними ремісіями (консультована наркологом, розпочато ЗПТ 10.06.2020р)
- ВААРТ з 07.11.2018р за схемою ABC\ЗТС\DTG, з 11.06.2020р за схемою TDF\ЗТС\DTG





- В 2018 році лікувалась в стаціонарному відділенні Центра з приводу гострого пієлонефриту, асцити;
- З 20.05.2020р по 29.05.2020р – з приводу септичної пневмонії, виконано СКТ ОГК (*Заключення*: ознаки септичної полісегментарної двусторонньої пневмонії), 28.05.2020р проведено LAM test, рез-т «+», направлена для дообстеження та лікування в КНП ВОСТМО «Фтизіатрія»;
- Госпіталізована в стаціонарне відділення Вінницького клінічного Центру СНІДу повторно **09.06.2020р** після дообстеження в КНП ВОСТМО «Фтизіатрія», д-з туберкульоз виключено.





Особливості клінічного перебігу



- Підвищення температури тіла до 38-39*С з ознобом та надмірною пітливістю на фоні неспецифічної антибактеріальної терапії
- Тривалий субфебрилітет
- Виражена постійна тахікардія у стані спокою чи при мінімальному фізичному навантаженні
- Виражена задишка у стані спокою чи при мінімальному фізичному навантаженні
- Кашель з кровохарканням
- Біль в ділянці серця, в грудній клітці при глибоких вдихах
- Аускультативно над ТК та над верхівкою – грубий систолічний шум, “ритм галопу”





ПИТАННЯ ???

Першочергові прояви ураження правої частини серця при інфекційному ендокардиті?

- А. симптоми пневмонії;
- В. емболії легеневої артерії;
- С. симптоми правошлуночкової недостатності.





Обстеження лабораторне



- Загальний аналіз крові

	WBC	RBC	HGB
15.06.20	11.1	2.48	70
30.06.20	5.9	2.36	76
20.07.20	12.6	3.52	119
30.07.20	10.4	3.58	119
18.08.20	6.2	3.58	121

- Додаткові дослідження

06.07.2020, Xpert MBT\RIF (мокротиння)	Не виявлено
01.07.2020, IgG та IgM до грибків Aspergillus	Негативно
09.06.2020, IgM до SARS-CoV-2	Негативно
12.06.2020, PCR РНК вірусу COVID-19	Негативно
01.07.2020, IgG до SARS-CoV-2	Негативно
15.06.2020, CD4+	33.87% - 807.67 кл/мкл
10.04.2020, ВН	<40 РНК коп/мл





Діагноз

(попередній, при госпіталізації)



В 22.2. Клінічна стадія ІV. Синдром виснаження. Втрата ваги більше 10% (анамнест.). Важкі бактеріальні інфекції (Рецидивуюча двобічна полісегментарна пневмонія – 01.2020р, 05.2020р – септична. Міокардит?).

Рецидивуючий орофарингеальний кандидоз. Ангулярний хейліт. ПГЛ.

Цироз печінки HCV – етіології, клас А за Чайлдом, компенсований (д-з встановлено кафедрою інфекційних хвороб ВНМУ ім. Пирогова, 2018р). Портальна гіпертензія.





Консультація кардіологом ВОКЛ ім. Пирогова, ехо-КГ від 10.06.2020р



- **Повний діагноз:** гострий інфекційний ендокардит з ураженням тристулкового клапану. Виражена недостатність ТК. Недостатність МК Іст. Синусова тахікардія виражена. СН Іа-б, ФК ІІ, ФВ 55%.
- **Рекомендовано:** консультація в КНДІ ім. Амосова



УЗ – ознаки вираженої недостатності ТК на фоні септичного ураження стулок (інфекційний ендокардит). Мітральна недостатність Іст. Порожнини серця не розширені. Скоротлива здатність міокарду збережена. Тахікардія.





Діагноз клінічний



В 22.2. Клінічна стадія ІV. Синдром виснаження. Втрата ваги більше 10% (анамнест.). Важкі бактеріальні інфекції (Негоспітальна рецидивуюча двобічна полісегментарна (септична з деструкцією) пневмонія – 01.2020р, 05.2020р. Гострий інфекційний ендокардит з ураженням ТК. Виражена недостатність ТК. Недостатність МК Іст. Синусова тахікардія виражена. СН Іа-б, ФК ІІ, ФВ 55%).

Дисплазія шийки матки важкого ступеня.

Рецидивуючий орофарингеальний кандидоз. Ангулярний хейліт. ПГЛ.





Призначено лікування

- З 09.06.2020р отримувала лікування антибіотиками широкого спектру дії (різних груп та у різних поєднаннях), що не мало позитивного клінічного ефекту: зберігалась лихоманка з пітливістю, постійна тахікардія та задишка, кашель з кровохарканням.

- З 01.07.2020р було змінено схему етіологічного лікування (отримує його по теперішній час):

Моксифлоксацин 400мг 1р/д

Рифампіцин 150мг 3р/д

Амікацин 250мг 3р/д

Флуконазол 800мг/д





Консультація кардіологом

ДУ Національного інституту серцево – судинної хірургії
ім. М.М. Амосова, ехо-КГ від 17.06.2020р

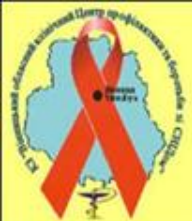


- **Повний діагноз:** гострий інфекційний ендокардит з ураженням тристулкового клапану (значна тристулкова недостатність). Масивні вегетації з загрозою відриву. Невелика недостатність МК. ГЛА. СН Іа ст.
- **Рекомендовано:** протезування тристулкового клапану?; медикаментозне стаціонарне лікування; значні обмеження фізичних навантажень.



УЗ заключення – тахікардія. Інфекційний ендокардит з ураженням ТК. Регіонарна скоротливість ЛШ задовільна. Гіпертрофія легеневої артерії.
Масивні вегетації з загрозою відриву.





Комп'ютерна томографія 26.06.2020р

(в динаміці від 25.05.2020р)



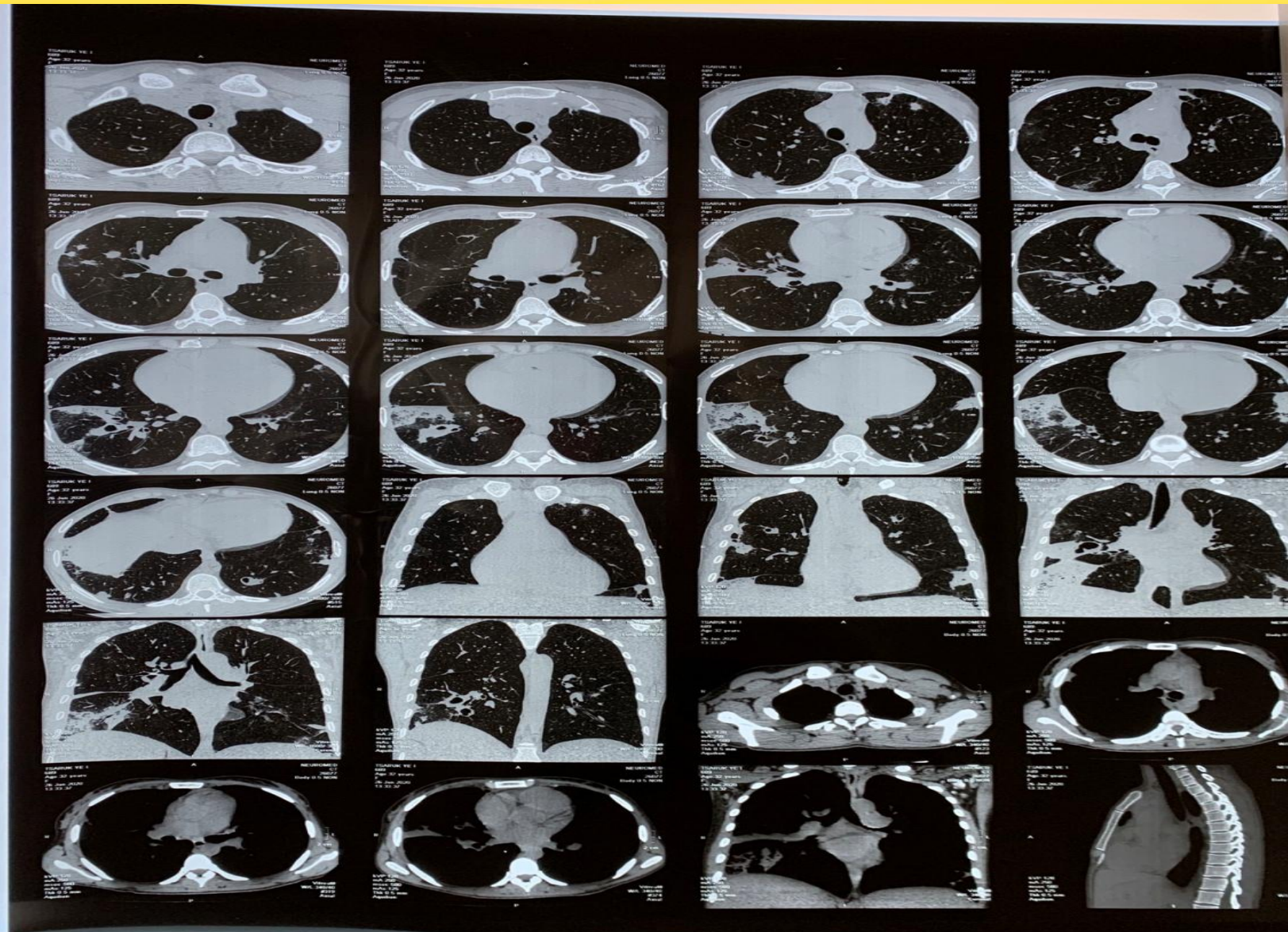
- **Органів грудної порожнини.** Пневматизація легеневої тканини змінена за рахунок запальних змін у всіх сегментах обох легень, що представлені ділянками консолідації легеневої тканини розмірами від 5 до 33*18 мм з порожнинами розпаду. У D8 сегменті правої легені визначається поява ділянки по типу бруківки, аналогічні ділянки визначаються в сегментах D4, D6 та D9 правої легені і S1/2, S4 сегментах. В базальних відділах обох легень – ділянки по типу матавого скла.

Заключення: КТ ознаки негативної динаміки двобічної полісегментарної пневмонії (більше даних за аспергільоз, пневмоцистний генез)





СКТ ОГК від 26.06.2020р





Контрольний огляд кардіологом ВОКЛ ім. Пирогова, ехо-КГ від 12.08.2020р (на фоні ефективної схеми лікування)

Повний діагноз:

підгострий інфекційний ендокардит з ураженням тристулкового клапану. Виражена недостатність ТК. Масивні вегетації з загрозою відриву. Недостатність МК Іст. Синусова тахікардія виражена. Легенева гіпертензія I – II ст. СН Іа, ФК ІІ, ФВ 55%.
Рекомендовано: повторна консультація кардіохірурга в КНДІ ім. Амосова; продовжити антибактеріальну терапію; СКТ легень.

ЕХО – КГ динаміка позитивна
УЗ – ознаки вираженої недостатності ТК на фоні септичного ураження стулок (інфекційний ендокардит). Регургітація по ТК ІІІ ст. Мітральна недостатність Іст. Помірна дилатація правого передсердя. Легенева гіпертензія I – II ст. Скоротлива здатність міокарду збережена. Тахікардія. ФВ 60%.





Комп'ютерна томографія 14.08.2020р (в динаміці від 26.06.2020р)



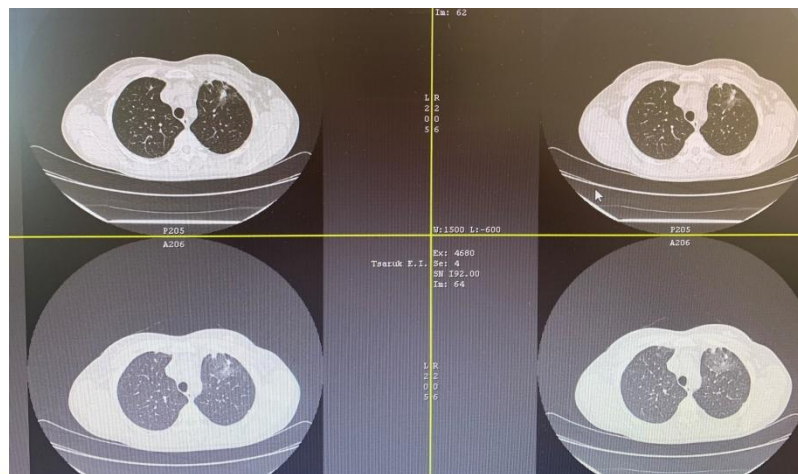
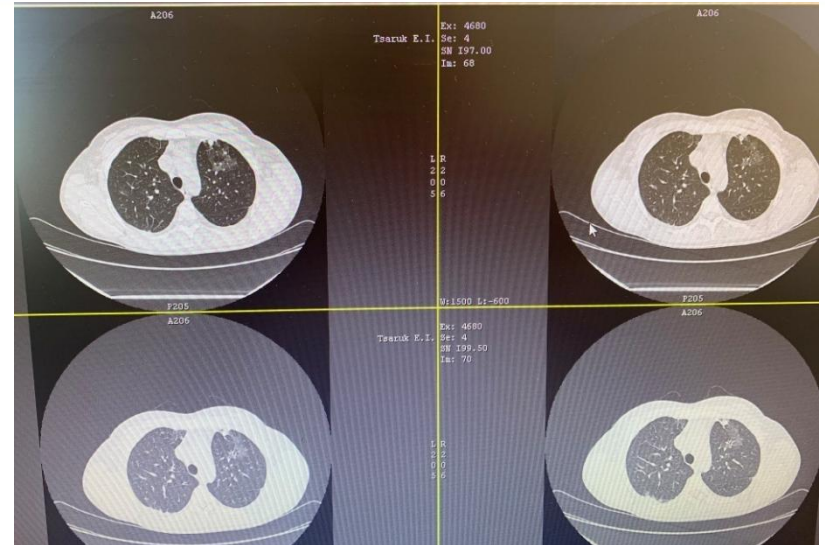
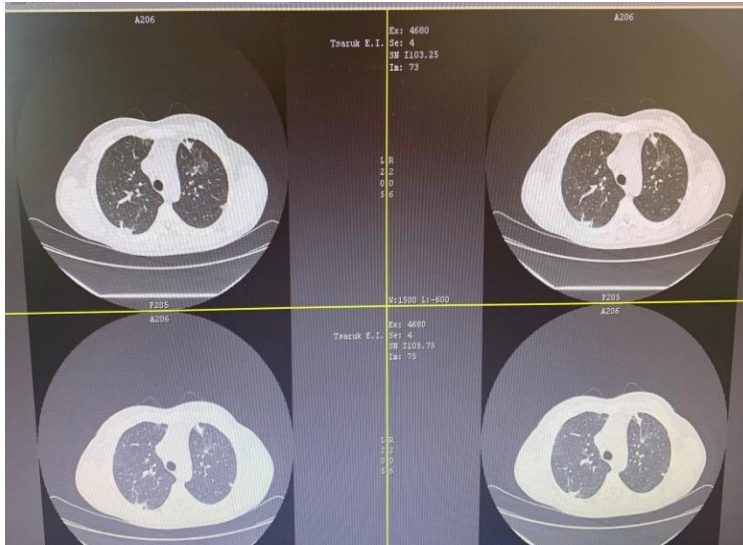
- **Органів грудної порожнини.** Пневматизація легеневої тканини нерівномірно знижена по всій площі правої і лівої легені, при цьому відмічається інфільтрація легеневої тканини по типу матового скла від 10 до 40 мм в діаметрі, а також інфільтрація по типу консолідації субплеврально в D2, D3, D4, D6, S3, S5, S8, S9 сегментах правої і лівої легені (від 10 до 40 мм в діаметрі). Корені тяжисті. Плевральні порожнини вільні.

Заключення: КТ ознаки полісегментарної двобічної пневмоцистної пневмонії.



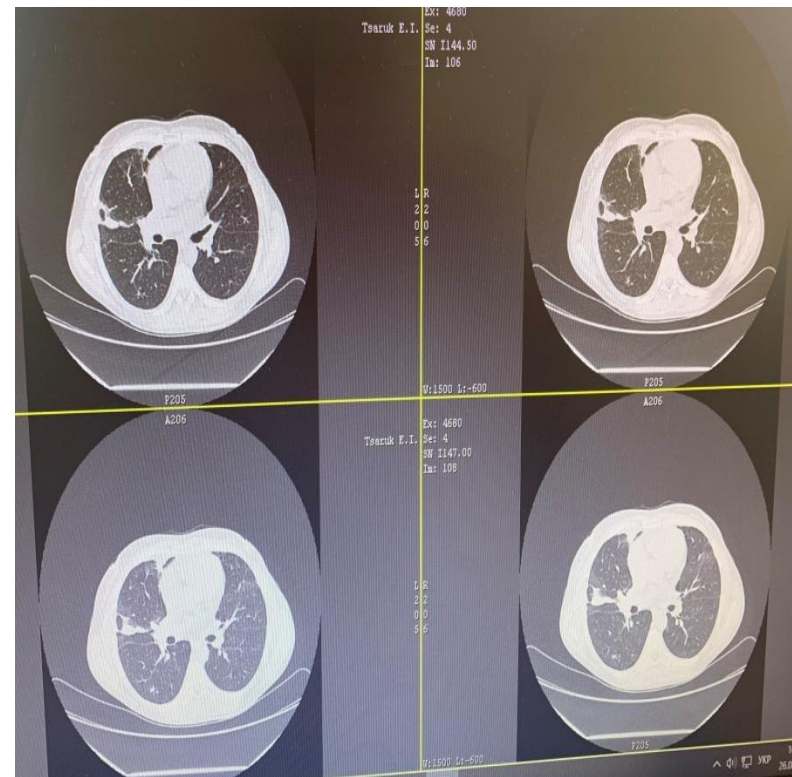
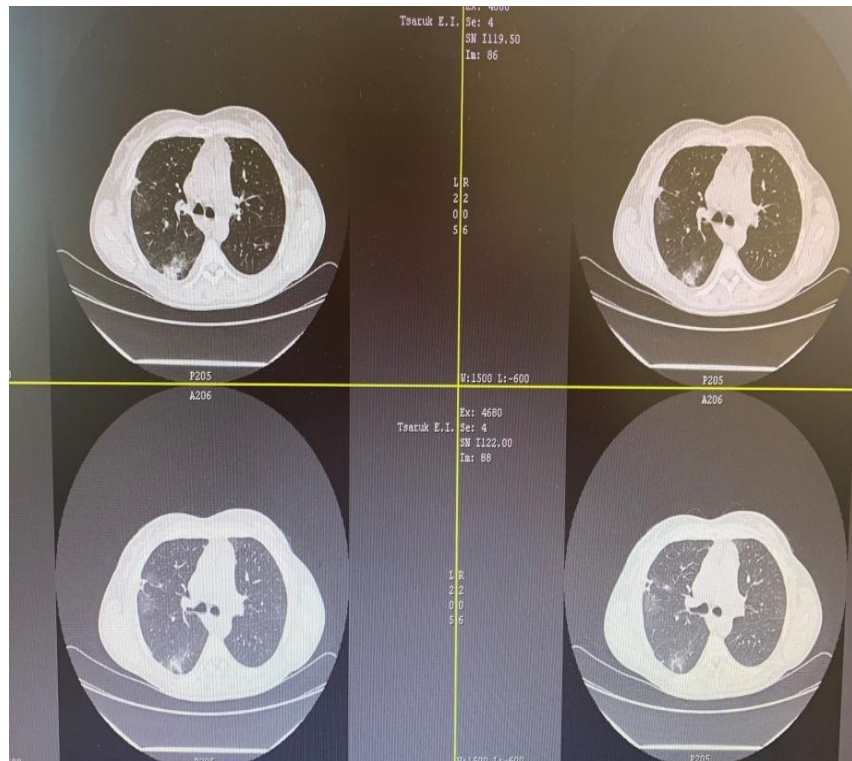


Комп'ютерна томографія 14.08.2020р





Комп'ютерна томографія 14.08.2020р





Висновки (1)



Пацієнти з ВІЛ інфекцією мають низку коморбідних станів, які не пов'язані з проявами “ОСНОВНОГО ЗАХВОРЮВАННЯ”

(наприклад: катаракта, носова кровотеча, гіпертонічна хвороба, цукровий діабет)

Етіологічні фактори ІЕ: бактерії (стафілококи, стрептококи, ентерококи) гриби, дуже рідко хламідії, мікоплазми. У ЛВНІ часто спостерігається змішана етіологія. У ≈ 10 % випадків етіологічного збудника визначити не вдається.





Висновки (2)



Ситуації, що сприяють розвитку ІЕ нативного клапана: зниження імунітету, внутрішньовенне введення наркотичних речовин залежними особами (*ураження клапанів правої частини серця*).

Типове ураження правої частини серця: кашель і плевральний біль у грудній клітці; кровохаркання і задишка; ознаки недостатності МК або клапана ЛА відсутні; при емболії органів із супутньою гарячкою завжди необхідно виключити ІЕ.

Тривалість лікування: ДОВГОТРИВАЛЕ лікування (4 – 6 – 8 тижнів) з вирішенням питань про інвазивне лікування.

<https://empendium.com/ua/chapter/B27.II.2.13>





ПИТАННЯ ???

Інвазивне хірургічне лікування для пацієнтки?

А. протипоказано;

В. показано ургентне або негайне оперативне втручання;

С. планове оперативне лікування у поєднанні з антибіотикотерапією.





Дякую за увагу!

