

Колюбаєва О. Ю.

КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК ІНФЕКЦІЙНОГО ЕНДОКАРДИТУ

Харківський національний медичний університет, кафедра внутрішньої медицини
№ 3, м. Харків, Україна

Науковий керівник – ас. Кулікова М. В.

Актуальність. Інфекційний ендокардит (ІЕ) належить до числа важких патологій з ураженням клапанів серця і/або пристінкового ендокарда та супроводжується бактеріємією, тромбоемболічним синдромом, ураженням внутрішніх органів. Клінічна картина захворювання відрізняється вираженим поліморфізмом - від класичних форм до атипових, що протікають з субфебрильною або нормальною температурою, превалюванням екстракардіальної симптоматики. Виділяють наступні «маски ендокардиту»: тромбоемболічна, ниркова, гематологічна, імунна та за типом гострого інфекційного захворювання. Тому рання діагностика ІЕ являє собою досить трудомісткий процес і може затягнутися на тривалий час, незважаючи на застосування сучасних діагностичних методів. За даними літератури летальність при ІЕ складає 40-60 % і пов'язана з розвитком поліорганної недостатності та сепсису у хворих.

Мета: вивчення клінічного перебігу інфекційного ендокардиту у пацієнта з первинною маніфестацією захворювання у вигляді негоспітальної пневмонії.

Матеріали і методи дослідження. Проведена курація та проаналізовано історію хвороби пацієнта, який знаходиться на стаціонарному лікуванні в кардіологічному відділенні КЗОЗ "ОКЛ-ЦЕМД ТА МК".

Результати. Хворий А., 29 років, з діагнозом: Інфекційний ендокардит трикуспідального клапану, активна фаза. Недостатність трикуспідального клапану 2 ст., СН II Б зі збереженою фракцією викиду лівого шлуночка. Легенева

гіпертензія. Гіпохромна анемія. Негоспітальна пневмонія, період розпалу, III кл. гр. ЛН I-II ст. Пацієнт поступив зі скаргами на кашель з мізерною мокротою, біль під лопаткою зліва, головний біль, слабкість і був госпіталізований до пульмонологічного відділення. З анамнезу з'ясувалося, що пацієнт вважає себе хворим протягом двох тижнів, а також близько чотирьох років внутрішньовенно вживає наркотичні речовини, палить. В ході подальшого дослідження у хворого виявились ознаки серцевої недостатності: тахікардія, задишка, набряки нижніх кінцівок. Під час проведення ехокардіографії (ЕхоКГ) були виявлені вегетації на стулках трикуспідального клапана і його недостатність, розширення правих відділів серця, гіпертрофія міокарда лівого шлуночку, ознаки легеневої гіпертензії, та встановлений діагноз інфекційного ендокардиту. У зв'язку зі скаргами та даними ЕхоКГ хворий А. був переведений в кардіологічне відділення. За результатами мікробіологічного дослідження мокротиння хворого було визначено двох збудників ІЕ - *Streptococcus viridans* та гриби роду *Candida*. Тести на носійство ВІЛ та вірусу гепатиту В, С – негативні. Під час лікування в кардіологічному відділенні пацієнту була проведена антибактеріальна та патогенетична терапія для усунення ознак серцевої недостатності. На даний момент хворий А. направлений у відділення хірургічного лікування інфекційного ендокардиту НІССХ ім. М. М. Амосова, де йому буде проведено клапанозберігаючу операцію або біопротезування клапана.

Висновки. Проблема інфекційного ендокардиту носить соціальний характер, оскільки основну групу пацієнтів складають ін'єкційні наркомани, як і в нашому клінічному випадку. Летальність при ІЕ залишається на високому рівні, не зважаючи на велику кількість антибактеріальних препаратів та використання активної хірургічної тактики у лікуванні. Своєчасна діагностика захворювання має велике значення для прогнозу на одужання, подальше життя та працездатність у пацієнтів з ІЕ.