

Савчук М.Ю., Мигалевич Д.Р.

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ИНФЕКЦИОННОГО ЭНДОКАРДИТА У ПОТРЕБИТЕЛЕЙ ИНЪЕКЦИОННЫХ НАРКОТИКОВ С ВИЧ

Научный руководитель: ассист. Репина Ю.В.

Кафедра пропедевтики внутренних болезней

Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск

Актуальность. Инфекционный эндокардит (ИЭ) до сих пор представляет собой тяжелую патологию, которая характеризуется значительным риском рецидива и высокой летальностью. Согласно МКБ-10 выделяют особую форму ИЭ у наркоманов. Одновременно с этим в эпидемиологии ВИЧ произошло изменение пути передачи инфекционного возбудителя. Несмотря на то, что основным путем передачи остается гетеросексуальный половой контакт, в Республике Беларусь распространённость ВИЧ среди потребителей инъекционных наркотиков (ПИН) составляет в среднем 30%. Актуальность проблемы обусловлена интенсивным ростом числа пациентов, инфицированных как ВИЧ-инфекцией, так и острым ИЭ, что зачастую обусловлено единым путём передачи и может привести к взаимному отягощенному течению этих заболеваний.

Цель: описать клинический случай ИЭ на фоне ВИЧ у ПИН.

Материалы и методы. Анализ отечественной и зарубежной литературы; описание клинического случая.

Результаты и их обсуждение. Пациент Н., 42 года, доставлен бригадой СМП в УЗ «б ГКБ» г. Минска с жалобами на одышку при незначительной физической нагрузке, кашель с большим количеством слизисто-гноной мокроты с прожилками крови, отеки нижних конечностей, боли в сердце сжимающего характера, иррадиирующие в левую руку, общую слабость. Из анамнеза: ВИЧ-инфекция, получает антиретровирусную терапию несколько лет. Вредные привычки: потребление инъекционных наркотиков. Общее состояние средней тяжести, температура тела 36,5°C. Кожа и слизистые бледные. Тоны сердца аритмичные, приглушены. ЧСС 120 уд. в мин. АД 80/40 мм.рт.ст. Дыхание ослаблено, мелкопузырчатые хрипы в нижних отделах легких с обеих сторон. ЧД 21 в мин. Физиологические отправления без особенностей. Отеки нижних конечностей. В ОАК выявлен абсолютный и относительный нейтрофильный лейкоцитоз со сдвигом лейкоцитарной формулы влево. В коагулограмме выявлено повышение Д-димеров более 3500 нг/мл. В БАК выявлено повышение С-реактивного белка (35,5 мг/л). Посев крови на аэробные и анаэробные бактерии и грибы трижды роста не дал. Заключение ЭхоКГ: аорта не изменена, на правой коронарной и некоронарной створках лоцируются мелкие слабоподвижные вегетации неправильной формы. Минимальная регургитация. Митральный клапан – фиброзное кольцо и створки уплотнены, регургитация легкой степени. Левый желудочек – полость расширена, зоны нарушения локальной сократимости. Сократительная функция миокарда снижена (24% по Симпсону). Трёхстворчатый клапан – створки уплотнены, хорды избыточны и уплотнены с мелкими кальцинатами, умеренная регургитация. Правый желудочек – полость расширена, снижена сократительная функция. Дополнительная свободная жидкость в полости перикарда. Жидкость в плевральной полости справа с фибрином и взвесью объемом более 1,5 литра. Заключение КТ ГК с контрастом: КТ-картина тромбоэмболии ветвей легочной артерии с обеих сторон с развитием инфаркт-пневмонии. Двусторонний гидроторакс. Заключение рентгенографии ОГК: признаки правостороннего гидроторакса, воспалительного процесса в нижних отделах правого лёгкого. Левосторонний малый гидроторакс. Заключение УЗИ ОБП: диффузные изменения печени. Асцит.

Выводы: течение ИЭ на фоне ВИЧ у ПИН в основном характеризуется клиникой, схожей с ИЭ без ВИЧ-инфекции, однако имеет ряд отличий: большая тяжесть поражения легких диссеминированного характера, приводящая к значительному нарушению оксигенации тканей, большая выраженность легочной гипертензии и нарушение гемодинамики, развитием ДВС-синдрома.