

Асипчик В.К., Недзьведь Н.А.

ИНФЕКЦИОННЫЙ ЭНДОКАРДИТ У ПАЦИЕНТА С СИНДРОМОМ МАРФАНА

Научный руководитель: ст. преп. Тарасевич А.И.

Кафедра внутренних болезней, гастроэнтерологии и нутрициологии с курсом повышения квалификации и переподготовки

Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск

Пациент Г. поступил с жалобами на головную боль, шаткую походку, нарушение мочеиспускания, повышение температуры тела до 38,5, дважды отмечает рвоту. Данные жалобы беспокоили двое суток. Оценка объективного статуса костно-мышечной системы: арахнодактилия, воронкообразная грудная клетка, гиперподвижность суставов, кифосколиоз. Аускультации сердца: тоны ритмичные, звук работы механического клапана. ЧСС 75/мин. АД 110/74 мм.рт.ст. Аускультация легких: хрипы не выслушиваются, дыхание везикулярное. ЧДД 18 в минуту. Язык влажный, не обложен. Живот мягкий, доступен глубокой пальпации во всех отделах. Перитонеальные симптомы отсутствуют. Стул ежедневный. Мочеиспускание по катетеру Фолея. Отеков нет. В неврологическом статусе: сознание пациента ясное, ориентирован в собственной личности, месте и времени, эмоционально стабилен. При осмотре ЧН: зрачки D=S, нистагма нет, движение глазных яблок в полном объеме, двусторонний экзофтальм. Сила в верхних конечностях 5 баллов, в нижних конечностях 3 балла, нижняя проба Барре отрицательная. Ригидность мышц затылка, симптом Кернига с обеих сторон, синдром Брудинского верхний. Наблюдается НФТО по типу задержки мочи. Походка атаксическая. У пациента верифицирован синдром Марфана, в 2022 году перенесена операция протезирования АВО грудной аорты, протезирования аортального клапана с ИК в 2022 году.

Исследование цереброспинальной жидкости при поступлении: цитоз $5724 \cdot 10^6$; белок 5,52; глюкоза 0; нейтрофилы 82,3%, лимфоциты 3%; моноциты 14,6%. Биохимический анализ крови: общий белок 66 г/л; креатинин 85 мкмоль/л; мочевины 6 ммоль/л; КФК 82 ед/л; ЛДГ 824 ед/л; общий холестерин 1,76 ммоль/л; СРБ 256 мг/л. Для уточнения диагноза проведено ЭХО-КГ, по результатам которого вегетации на аортальном клапане не выявлялись. По мере улучшения статуса пациента выполнена чрезпищеводная эхокардиография, в заключении которой подтвердилось подозрение на активный процесс в проекции протезированного аортального клапана. Результат ПЭТ/КТ в пользу протезного эндокардита аортального клапана и восходящего отдела аорты. Очаговая гиперфиксация РФП на уровне S3 – S4. Гепатоспленомегалия.

После проведенного лечения состояние пациента улучшилось и его выписали на амбулаторный этап лечения с диагнозом: Поздний протезный эндокардит левых отделов сердца с поражением аортального протеза и восходящего отдела аорты, подострое течение. Вторичный гнойный менингит (септическая эмболия), реконвалесцент. Синдром Марфана. Фузиформная артериальная аневризма интракраниально дистальной ветви левой задней мозговой артерии. Койлинг обеих внутренних сонных артерий, кинкинг правой ПА, гипоплазия левой ПА. Аневризма пароксизмального сегмента левой подключичной артерии. Операция (15.07.2022): протезирование аортального клапана ВОА, АКШ(ОВ) в условиях ИК. Периневральные ликворные кисты на уровне L5-S4. Умеренный нижний парапарез, НФТО по центральному типу(задержка мочи).

Данный клинический случай указывает на необходимость дальнейшего изучения синдрома дисплазии соединительной ткани, так как он может приводить к развитию заболеваний, осложнения которых ставят под угрозу жизнь пациента.