

016. ДИНАМИКА QT ИНТЕРВАЛА НА ФОНЕ ЛЕЧЕНИЯ МАКРОЛИДАМИ У БОЛЬНОЙ С НИЖНЕДОЛЕВОЙ ПНЕВМОНИЕЙ. (демонстрация клинического случая).

Р.Г. Сайфутдинов, д.м.н., проф., заведующий кафедрой терапии ГОУ ДПО «Казанская государственная медицинская академия Росздрава»

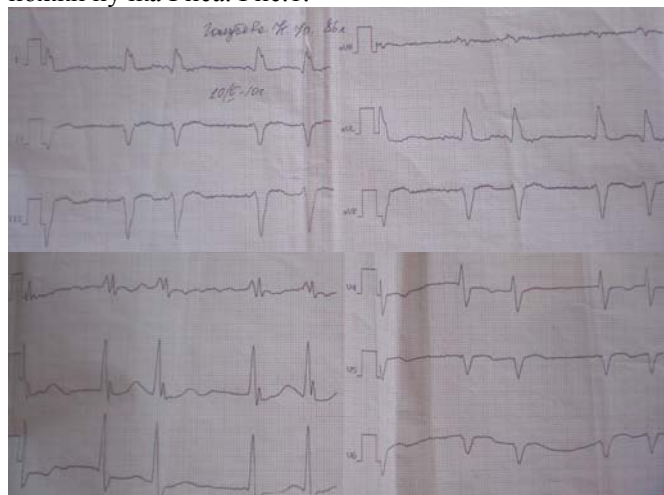
Э.В. Пак, канд. мед. наук, ассистент кафедры терапии ГОУ ДПО «Казанская государственная медицинская академия Росздрава»

А.Р. Гилязова, ординатор кафедры терапии ГОУ ДПО «Казанская государственная медицинская академия Росздрава»

Пациентка Г., 86 лет, поступила в терапевтическое отделение с жалобами на выраженную слабость, подъемы температуры до 39 градусов, сопровождающиеся ознобами, потливостью, сухой кашель. Данные симптомы беспокоили в течение последних 3-х дней, принимала колдрекс без особого эффекта. В анамнезе: ПИКС неуточненной давности, постоянная форма фибрилляции предсердий. При поступлении состояние средней степени тяжести за счет симптомов интоксикации. Пациентка вялая, адинамичная. При внешнем осмотре - румянец щек. Температура тела – 37,8°. ЧДД – 22 в минуту. При перкуссии легких: справа притупление внизу, слева – легочной звук. При аускультации в легких дыхание ослаблено над нижней долей справа, выслушиваются влажные мелкопузырчатые хрипы в нижнем отделе справа. Границы сердца расширены влево до 1 см. Тоны сердца аритмичные, приглушены с ЧСС 110 в минуту, дефицит пульса – 18 в минуту. АД – 120/80 мм рт.ст. на обеих руках.

При обследовании в общем анализе крови: лейкоцитоз со сдвигом лейкоформулы влево, ускорение СОЭ до 58 мм/ч. Рентгенологические признаки правосторонней нижнедолевой пневмонии. Кардиомегалия, КТИ – 0,65.

На ЭКГ при поступлении (рис.1): фибрилляция предсердий со СЧСЖ 108 в минуту. ЭКГ-признаки перенесенного нижне - бокового инфаркта миокарда. Двухпучковая блокада: блокада передне-верхней ветви левой ножки пучка Гиса, полная блокада правой ножки пучка Гиса. Рис.1.



Выставлен предварительный диагноз: Внебольничная правосторонняя нижнедолевая пневмония. ИБС: стенокардия напряжения ФК III. ПИКС (неуточненной давности). Постоянная форма фибрилляции предсердий, тахисистолический вариант. Двухпучковая блокада: блокада передне-верхней ветви левой ножки пучка Гиса, полная блокада правой ножки пучка Гиса.

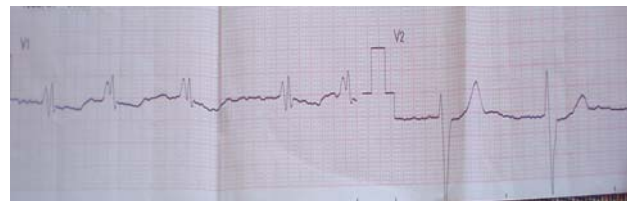
Назначено: эритромицин в суточной дозе 400 мг внутривенно капельно на физ.растворе, цефтазидим по 2 г в сутки, дигоксин, моночинкве, аспирин, фуросемид.

На пятый день госпитализации в связи с ухудшением состояния в виде эпизодов апноэ, редкого поверхностного дыхания, нарушения ориентирования в пространстве, пациентка переведена в палату интенсивной терапии. Миоглобин в пределах нормы, тропонин – отрицательный. В лечении: отменен эритромицин, назначены: азитромицин в суточной дозе 500 мг в сутки, бромгексин, дезинтоксикационная терапия. Состояние стабилизировалось, через сутки вновь переведена в палату.

На восьмой день стационарного лечения общее состояние улучшилось, температура тела нормализовалась. В крови уменьшился лейкоцитоз, замедлилась СОЭ до 38 мм/ч. В связи с гиперхромной анемией назначен витамин В12, также в связи с появлением микробной флоры назначен ципрофлоксацин в дозе 1000 мг в сутки, 5 НОК.

На ЭКГ (рис.2): фибрилляция предсердий со СЧСЖ 83 в минуту. Интервал QT измеренный 0,43'', интервал QT скорректированный – 0,51''

Рис.2.



На 15-й день госпитализации на фоне заметного улучшения самочувствия внезапное возникновение фибрилляции желудочков, затем асистолии с неэффективной кардиореанимацией.

С учетом того, что пациентка принимала антибиотики из группы макролидов, которые могли способствовать удлинению интервала QT, приводящего к развитию различных нарушений ритма, в том числе фибрилляции желудочков, что наблюдалось у нашей больной, была прослежена динамика QT интервала за время лечения в стационаре. Оказалось, что исходно QT измеренный составлял 0,34'', скорректированный QT – 0,45'', что уже находилось на верхней границе нормы (рис.1). В динамике же, на фоне антибактериальной терапии макролидами, QT измеренный стал 0,43'', QT скорректированный – 0,51''(рис.2).

Заключительный клинический диагноз: ИБС. ПИКС (неуточненной давности). Постоянная форма

фибрилляции предсердий, тахисистолический вариант. Двухпучковая блокада: блокада передне-верхней ветви левой ножки пучка Гиса, полная блокада правой ножки пучка Гиса. Устойчивая фатальная фибрилляция желудочков с неэффективной кардиологической реанимацией. ХСН IIА ФК III. Внебольничная правосторонняя нижнедолевая пневмония, тяжелое течение. ДН I степени. ЛСН II степени.

Выводы: демонстрация данного клинического случая заставляет задуматься о постоянной необходимости следить за протяженностью QT интервала, особенно у больных ишемической болезнью сердца, остерегаться приема тех препаратов, которые могут влиять на протяженность QT интервала, и, тем самым, провоцировать возникновение опасных нарушений сердечного ритма

**017. ЛЕЧЕНИЕ ВТОРИЧНОГО
ИНФЕКЦИОННОГО ЭНДОКАРДИТА У
БОЛЬНОГО С ТЯЖЕЛОЙ ХРОНИЧЕСКОЙ
СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ
TREATMENT OF SECONDARY INFECTIVE
ENDOCARDITIS IN PATIENT WITH SEVERE
CHRONIC HEART FAILURE**

**Л.Х.Сафаргалеева, Г.М.Файзрахманова,
О.Ю.Михопарова**

Клинический госпиталь МСЧ МВД по РТ,
Казань, Россия

**L.Kh.Safargaleyeva, G.M.Faizrachmanova,
O.Yu.Michoparova**

Clinical Hospital of Medico-Sanitary Department of
Ministry of Internal Affairs of Republic of Tatarstan,
Kazan, Russia

Реферат. Представлен клинический случай развития вторичного инфекционного эндокардита на двустворчатом аортальном клапане с последующим оперативным лечением.

Ключевые слова: инфекционный эндокардит, двустворчатый аортальный клапан, сердечная недостаточность.

Abstract. The article presents the clinical case of secondary infective endocarditis in bicuspid aortic valve with subsequent operative treatment.

Key words: infective endocarditis, bicuspid aortic valve, heart failure.

История диагностики инфекционного эндокардита (ИЭ) берет свое начало с 1646 года, когда Lazare Reviere впервые описал повреждение эндокарда при злокачественной лихорадке. С наибольшей частотой ИЭ развивается у трудоспособного населения в возрасте 20-50 лет.

В расчете на 1 млн. населения заболеваемость ИЭ составляет: в США 38-92,9 человек, в Канаде – 20-25, в Швеции – 59, Англии – 23-25, Франции – 18-23, Германии и Италии – 16. В России заболеваемость ИЭ достигает 46,3 человека на 1 млн населения.

На сегодняшний день, инфекционный эндокардит остаётся полиэтиологичным заболеванием.

В настоящее время в качестве возбудителей известны более 128 микроорганизмов. К частым возбудителям инфекционного эндокардита у взрослых относятся зеленящие стрептококки, *Staphylococcus aureus*, *Streptococcus bovis*, энтерококки, а также бактерии группы НАСЕК. Возбудители этой группы вызывают примерно 3% случаев инфекционного эндокардита, это труднокультивируемые грамотрицательные бактерии, входящие в состав нормальной микрофлоры верхних дыхательных путей. Воспаление могут также вызвать грибы *Candida*, *Aspergillus*, риккетсии, хламидии и др.

На уровень заболеваемости ИЭ оказывают влияние социальные условия жизни населения. Немаловажную роль играет вторичный иммунодефицит, возникающий в результате неконтролируемого применения антибиотиков и воздействия неблагоприятных экологических факторов. Рост заболеваемости ИЭ обусловлен широким распространением инъекционной наркомании, кардиохирургических операций, инвазивных медицинских манипуляций и исследований (длительные катетеризации вен, зондирование сердца, длительное использование катетера Svan-Ganz, хронический гемодиализ и др.). В связи с этим появились особые клинические формы болезни: ИЭ у наркоманов, ИЭ протеза клапана, ИЭ у больных с имплантированным электрокардиостимулятором и пациентов, находящихся на программном гемодиализе, эндокардит у реципиентов трансплантированного органа, нозокомиальный инфекционный эндокардит. Также в группу риска входят лица с врожденными пороками сердца.

Как иллюстрацию течения вторичного ИЭ у больного с врожденным пороком сердца предлагаем следующий клинический случай:

Больной К., 40 лет, поступил в терапевтическое отделение клинического госпиталя МСЧ МВД по РТ 2.03.10 г. с жалобами на приступообразный сухой кашель до рвоты, одышку инспираторного характера при незначительной физической нагрузке, дискомфорт в области эпигастрия, першение в горле, общую слабость, быструю утомляемость.

История развития настоящего заболевания: в феврале 2010 года приехал в Казань из Чечни, ориентировочно 22.02.10 появились кашель с мокротой, одышка при незначительной физической нагрузке, тяжесть в правом подреберье. С данными жалобами обратился в мед. сан. часть, где был выставлен диагноз: острый бронхит, назначены антибактериальная терапия, отхаркивающие препараты, без эффекта. Для дальнейшего обследования и лечения пациент направлен в госпиталь МВД по РТ.

На момент поступления состояние было средней степени тяжести, сознание ясное. Кожные покровы бледно-розовые, румянец на щеках. Отеки нижних конечностей до коленных суставов. Пальпировались увеличенные подмышечные лимфатические узлы подвижные, безболезненные. Костно-мышечная