

### 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»

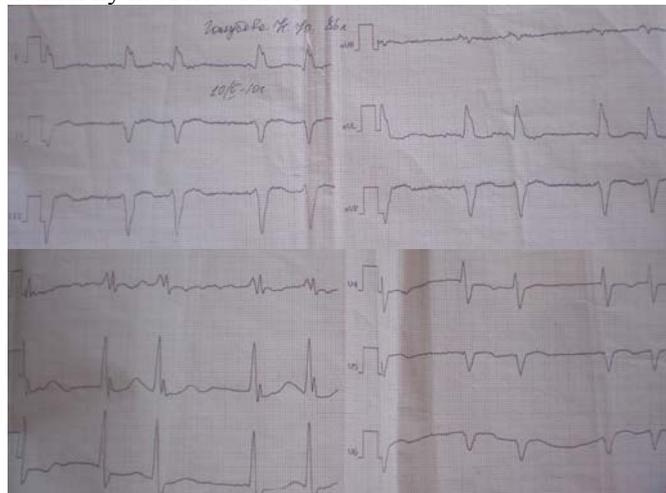
**Э.В. Пак**, канд. мед. наук, ассистент кафедры терапии ГОУ ДПО «Казанская государственная медицинская академия Росздрава»

**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.

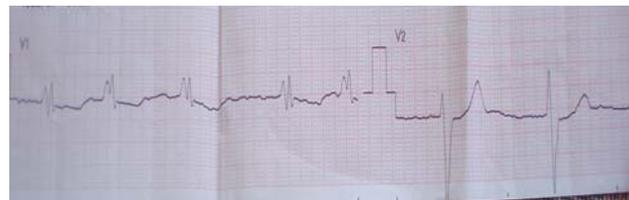
Назначено: эритромицин в суточной дозе 400 мг внутривенно капельно на физ.растворе, цефтазидим по 2 г в сутки, дигоксин, моночинкве, аспирин, фуросемид.

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