

---

# Обмен опытом

---

УДК 616.126.3-002

Ю.Л. Федорченко<sup>1</sup>, Н.Г. Пузынина<sup>2</sup>, Т.А. Коренева<sup>2</sup>, Т.Б. Рогате<sup>2</sup>,  
Е.Э. Филимонова<sup>2</sup>, Т.А. Меджиборская<sup>2</sup>, М.А. Есина<sup>2</sup>

## МАЛОСИМПТОМНОЕ ТЕЧЕНИЕ ИНФЕКЦИОННОГО ЭНДОКАРДИТА У МОЛОДОЙ ЖЕНЩИНЫ

<sup>1</sup>Дальневосточный государственный медицинский университет,  
680000, ул. Муравьева-Амурского, 35, тел. 8-(4212)-30-53-11, e-mail: rec@mail.fesmu.ru;

<sup>2</sup>Госпиталь МСЧ МВД России по Хабаровскому краю,  
6800030, ул. Павловича, 1в, тел. 8-(4212) 23-80-20, e-mail: xtax63@mail.ru, г. Хабаровск

### Резюме

В статье приводится случай первичного инфекционного эндокардита у молодой женщины, сотрудницы правоохранительных органов. Особенность болезни заключалась в том, что у молодой женщины инфекционный эндокардит протекал малосимптомно, с нерегулярным субфебрилитетом на протяжении 6-ти месяцев. Больная чувствовала себя неплохо, физически была активна, кардиальных жалоб не предъявляла. Инфекционный процесс в организме никак не отражался на лабораторных показателях, которые были за все время обследования больной в норме. И только проведение ЭХОКС и ЧП ЭХОКС позволили сначала заподозрить, а потом и подтвердить диагноз эндокардита. Необычность данной ситуации заключалась еще и в том, что изменения на аортальном клапане были минимальными с регургитацией 1-й степени, при анамнезе болезни более 6-ти месяцев. Случай закончился выздоровлением пациентки.

*Ключевые слова:* инфекционный эндокардит, молодая женщина.

Yu.L. Fedorchenko<sup>1</sup>, N.G. Puzinina<sup>2</sup>, T.A. Koreneva<sup>2</sup>, T.B. Rogate<sup>2</sup>, E.E. Filimonova<sup>2</sup>, T.A. Medgiborskaya<sup>2</sup>, M.A. Yesina<sup>2</sup>

## INFECTIVE ENDOCARDITIS WITH MILD MANIFESTATIONS IN A YOUNG WOMAN

<sup>1</sup>Far eastern state medical university;

<sup>2</sup>Federal state health institution medical sanitary unit, Internal Affairs Administration hospita lthrough Khabarovsk region, Khabarovsk

### Summary

The paper presents a case of primary infection endocarditis with mild manifestations in a young female patient working in law-enforcement organization. The clinical peculiarity of the disease was that a young woman was having infection endocarditis, with irregular low-grade fever for 6 months. The patient condition was well. She was physically active, without cardiac complaints. Infectious process in the body was not revealed by any laboratory tests, they were without abnormalities. Echocardiographies allowed first suspecting and then confirm the diagnosis of endocarditis. This case is unusual because changes in the aortic valve regurgitation were minimal, grade 1, with a history of the disease for more than 6 months. The case ended with the patient's recovery.

*Key words:* infection endocarditis, young women.

В последние годы инфекционный эндокардит (ИЭ) привлекает внимание не только кардиологов, но и врачей других специальностей. Это связано, в первую очередь, с увеличением частоты встречаемости и высокой летальностью при данной нозологии. Ежегодная заболеваемость ИЭ составляет от 1-го до 8-ми случаев

на 100 тыс. населения. Причем с наибольшей частотой (86 %) он встречается в возрасте 21–50 лет и в 3 раза чаще у мужчин, чем у женщин [1, 5].

То, что ИЭ часто протекает малосимптомно, особенно у пожилых больных, отмечали многие кардиологи, занимающиеся этой проблемой [2, 6]. Не-

сколько иная ситуация имеет место в группе молодых пациентов, у которых чаще описано бурное течение данного заболевания, за исключением иммуннонекомпетентных больных (наркоманов, алкоголиков) [3, 4]. Редкость малосимптомного течения ИЭ у исходно здоровых молодых людей заставляет внимательно относиться к каждому такому случаю, проводить тщательную диагностику предполагаемого заболевания.

В данном сообщении приводит случай ИЭ у молодой женщины, в клинической диагностике которого возникли трудности, в первую очередь, из-за малосимптомной картины болезни.

Большая Ф., 37 лет, аттестованный сотрудник УВД, поступила в госпиталь по направлению поликлиники УВД 31.08.2010 г. Направительный диагноз: субфебрилитет неясного генеза. Больную в течение 6-ти месяцев до поступления в стационар беспокоили нерегулярные подъемы температуры тела с небольшим ознобом до 37,2-37,8 гр., чаще к вечеру. Утром температура тела преимущественно была нормальная, также бывали периоды нормотермии по 2-4 дня в неделю. Общее состояние оставалось удовлетворительным, работоспособность сохранена, физическая активность не страдала. В период подъема температуры тела отмечала незначительную астению и потливость. При обследовании в поликлинике был выявлен только конкремент в левой почке, пациентка была направлена с госпиталь УВД. Из анамнеза жизни известно, что в июле 2010 г. имела место колотая рана правой стопы (через 4 месяца после начала субфебрилитета). Страдает остеохондрозом шейного отдела позвоночника, курит.

При первом осмотре в стационаре  $t = 37,4^{\circ}\text{C}$ . Состояние удовлетворительное. Правильного телосложения, достаточного питания. Кожные покровы и видимые слизистые чистые. Периферические лимфоузлы всех групп не увеличены. Щитовидная железа нормальных размеров. Отеков нет. Со стороны легких физикальных изменений нет. Границы сердца в норме, тоны сердца приглушены, ритмичные, шумов нет, ЧСС 78 в мин. АД 120/80 мм рт. ст. Язык чистый, живот мягкий, безболезненный во всех отделах, печень у края реберной дуги, селезенка не пальпируется. Дизурии нет. Стул в норме.

Больной проведено обследование: общий анализ крови (1.09.10 г.): Нв  $-127 \text{ г/л}$ , цв.п.  $-0,91$ , эр  $-4,2 \times 10^{12}/\text{л}$ , л  $-4,9 \times 10^9/\text{л}$ , эоз  $-4\%$ , п/я  $-2\%$ , сегм.  $-46\%$ , лимф.  $-2\%$ , мон.  $-6\%$ , тромбоциты  $189,2 \times 10^9/\text{л}$ , СОЭ  $-10 \text{ мм/ч}$ . (повторные анализы крови нормальные), RW – отр. Сахар крови  $-4,43 \text{ ммоль/л}$ , мочевины  $-4,36 \text{ ммоль/л}$ , холестерин  $-5,46 \text{ ммоль/л}$ , билирубин  $-19,5 \text{ мкмоль/л}$ , АСТ  $-0,48$  (N до 0,45), АЛТ  $-0,49$  (N до 0,68), креатинин  $-47,7 \text{ мкмоль/л}$ , о. белок  $-68 \text{ г/л}$ , СРБ – отр., ПТИ  $-114\%$ . Общий анализ мочи (02.09.10 г.): уд. вес 1022, л. – ед. в п./зр., эп. пл. – ед. в п./зр., белок и сахар – отр. Анализ мочи по Нечипоренко: л  $-1250$ , эр  $-250$  в 1мл. HBsAg – отр., анти-VГС – отр. (27.07.10 г.). Кровь на ВИЧ от 17.09.10 г. – а/г не обнаружены, кровь на стерильность – посев стерилен (02.09.10 г.), повторные посевы – стерильные. Прокальцитонин – менее 0,02 (N=0-0,5). ТТГ  $=0,85$  (N 0,27-4,2), св. Т4  $=16,1$  (N 12-22). Антитела к опистор-

ху, лямблиям, эхинококку, цитомегаловирусу, вирусу Эпштейн-Барра, токсоплазме – не обнаружены, ЦИК  $=22$  (N 0-50). Антитела к туберкулезу – положительные. Антитела к кардиолипину и волчаночный антикоагулянт (27.10.10 г.) – норма.

Rg-графия ОГК, пазух носа от 02.09.10 г. – норма. ЭКГ 01.09.10 г. – без изменений. ФГДС 01.09.10 г. – поверхностный гастрит. УЗИ органов брюшной полости 08.09.10 г.: правая доля печени 14,6 см, левая доля  $-6,3 \times 10,2$  см. Контур печени ровный, четкий. Воротная вена  $-1,2$  см. Желчный пузырь и поджелудочная железа в норме. Селезенка нормальных размеров  $-9,6 \times 3,8$  см. Единичный увеличенный 0,98 см л/узел средней эхогенности в проекции верхней брыжеечной вены.

УЗИ почек (24.08.10 г.): размеры нормальные, в проекции чашечек левой почки – конкремент 0,5 см. УЗИ органов малого таза (14.09.10 г.) – без патологии. УЗИ щитовидной железы (24.08.10 г.) – норма.

В стационаре осмотр ЛОР-врачом: без патологии; гинеколог: здорова, фтизиатр: данных за туберкулез нет.

ЭХОКС (03.09.10г): АО  $=3,5(1,9)$  см, ЛП  $=3,0$  см, ЛЖ  $=4,7$  см, ТМЖП  $=1,0$  см, ТЗСЛЖ  $=0,9-1,0$  см, VEF  $=107 \text{ мм/сек}$ , ПЖ  $=2,3$  см, ЛА  $=2,1$  см, VЛА  $=0,71 \text{ м/сек}$ , ЧСС  $-75$  в мин., Уд. О  $=72 \text{ мл}$ , МОК  $=5,4 \text{ л/мин}$ , ФВ  $=68\%$ . АО в восходящем отделе расширена умеренно, стенки уплотнены. АОК: створки уплотнены, умеренно утолщены. В проекции некоронарной (задней) створки АОК лоцируется эхосигнал 0,56 см, без акустической тени. Расхождение аортальных створок в систолу не ограничено (1,9 см), регургитации нет. МК: позднесистолический пролапс до 6 мм, регургитация 1 ст ( $S=0,54 \text{ кв. см}$ ). Камеры сердца не расширены. Кинез стенок ЛЖ правильный. Пространство перикарда не расширено.

После выявления дополнительного эхосигнала на задней створке аортального клапана, было решено направить больную в Краевую больницу № 1 (г. Хабаровск) для уточнения результатов ЭХОКС. На ЭХОКС от 06.09.10 г.: умеренно утолщена некоронарная створка, ближе к комиссуре, между левой коронарной и некоронарной створками, без заброса в ЛЖ. Признаки вальвулита АОК – некоронарной створки. Проведения чрезипищеводной (ЧП) ЭХОКС признано не обоснованным.

Учитывая, что изменения на аортальном клапане не были интерпретированы специалистами по ЭХОКС, как вегетации, больная еще в течение 7-ми дней проходила обследование без назначения антибиотиков. Но, в дальнейшем, т.к. сохранялся субфебрилитет до  $37,8^{\circ}\text{C}$ , больной были назначены цефотаксим 1 гр. х 3 раза в день в/в и гентамицин 80 мг х 3 раза в день в/м. После двухнедельной антибиотикотерапии температура тела снизилась до нормы, с периодами вечернего подъема до  $37,1-37,4^{\circ}\text{C}$ . Самочувствие сохранялось прежним – хорошим, жалоб не предъявляла.

27.09.10 г. была проведена контрольная ЭХОКС: в проекции некоронарной створки АОК – образование средней эхогенности  $1,3 \times 0,98$  см, непролабирующее в полость ЛЖ. Регургитация 1 ст. ( $S=1,4 \text{ кв. см}$ ). ПМК 1-й ст.

После проведения повторной ЭХОКС был создан консилиум в составе сотрудников кафедры факультет-

ской терапии ДВГМУ и врачей госпиталя УВД. Учитывая данные ЭХОКС, длительного субфебрилитета было решено выставить диагноз: первичный инфекционный эндокардит, подострого течения с поражением аортального клапана, с регургитацией 1-й степени, пролапс митрального клапана 1-й ст. Было предложено проведение ЧП ЭХОКС. На ЧП ЭХОКС (04.10.10г) (ККБ № 1): на некоронарной створке Аок – образование низкой эхогенности 0,7х0,5 см с нечеткими контурами, на широком основании, расположенное в среднем сегменте створки со стороны ЛЖ. Вибрирует в токе крови без выраженного смещения. Регургитация минимальна – 0,3 кв.см. Данные за вегетации на Аок.

Больной, с учетом периодически сохраняющегося субфебрилитета, была изменена схема антибиотикотерапии: цефепим 1гр. х 2 раза в день в/в, левофлоксацин 500 мг. в/в 1 раз в день. Кроме антибиотиков больная получала пробиотики, ИАПФ, витамины.

В течение 2-х недель лечения отмечалась нормализация температуры, с редкими (2 раза в неделю) вечерними подъемами до 37,2-37,3 °С, астения прошла, в остальном самочувствие оставалось прежним – хорошим. Лабораторные показатели сохраняли нормальные значения.

На контрольной ЭХОКС (19.10.10 г.): размеры камер прежние, в проекции некоронарной створки Аок – неоднородное образование средней эхогенности 0,66\*0,56 см, регургитация 1-й ст. (S=0,34 кв. см).

Больная была выписана из госпиталя в удовлетворительном состоянии, с нормальной температурой тела, без каких-либо жалоб. Диагноз при выписке: первичный инфекционный эндокардит с поражением аортального клапана, подострого течения, минимальной активности, аортальная регургитация 1-й ст., пролапс МК 1-й ст., с недостаточностью 1-й ст. ХСН 1 ст., 1 ФК. МКБ: конкремент 0,5 см левой почки.\

Больной рекомендован прием левофлоксацина 500 мг в день в течение 2-х недель.

Интерес представленного случая заключается в том, что у молодой женщины ИЭ протекал малосимптомно, с нерегулярным субфебрилитетом на протяжении 6-ти месяцев. Больная чувствовала себя неплохо, физически была активна, кардиальных жалоб не предъявляла. Инфекционный процесс в организме никак не отражался на лабораторных показателях, которые были за все время обследования больной в норме. И только проведение ЭХОКС и ЧП ЭХОКС позволили сначала заподозрить, а потом и подтвердить диагноз ИЭ. Необычность данной ситуации заключалась еще и в том, что изменения на аортальном клапане были минимальными с регургитацией 1-й степени, при анамнезе болезни более 6-ти месяцев.

В настоящее время малосимптомное течение ИЭ не редкость. Этому свидетельствует и наша практика в госпитале УВД, где за последние два года, мы наблюдали еще трех женщин и молодого мужчину с неяркой клиникой ИЭ. Основными жалобами у них были субфебрилитет и астения. И только ЧП ЭХОКС позволило подтвердить диагноз.

Предполагаем, что данный случай ИЭ может вызвать у клиницистов дискуссию, т.к. попадает в рамки возможного, а не определенного ИЭ. Но, проводя дифференциальную диагностику с различными вариантами неинфекционных эндокардитов, мы не смогли по-другому интерпретировать данную ситуацию. Тем более, имела место эффективность применения антибактериальных препаратов. Думаем, что представленное клиническое наблюдение окажется полезным для врачей широкого профиля, позволит им более внимательно относиться даже к минимальным симптомам, заставляющим предполагать ИЭ. Зная, что ЧП ЭХОКС является методом высокой разрешающей способности, с точки зрения выявления поражений клапанов сердца, врачи должны чаще прибегать к данной методике обследования.

#### Литература

1. Буткевич О.М. Опыт наблюдения больных инфекционным эндокардитом в течение 1965–2005 гг. // Тер. архив. – 2006. – № 4. – С. 61–64.
2. Дубинина С.В., Тюрин В.П. Инфекционный эндокардит у лиц пожилого и старческого возраста // Клини. мед. – 2000. – № 4. – С. 53–56.
3. Мазуров В.И., Уланова В.И. Течение инфекционного эндокардита у инъекционных наркоманов и лиц с предрасполагающими заболеваниями // Клини. мед. – 2001. – № 8. – С. 23–28.
4. Николаевский Е.Н. Особенности течения инфекционного эндокардита на современном этапе // Клини. мед. – 2006. – № 12. – С. 4–8.
5. Поляков В.П., Николаевский Е.Н., Хабулава Г.Г., Шустов С.Б. Инфекционный эндокардит (современное состояние проблемы). – Самара: Содружество, 2007. – 340 с.
6. Addonizio V.P., Hopeman A.R., Harken A.H. A practical approach to prosthetic valve endocarditis // Ann. Thorac. Surg. – 2005. – Vol. 43. – P. 450–457.

**Координаты для связи с авторами:** Федорченко Юрий Леонидович – профессор кафедры факультетской терапии ДВГМУ, тел. +7-914-776-19-16, e-mail: ulfedmed@mail.ru; Пузынина Наталья Геннадьевна – начальник госпиталя ФКУЗ МСЧ МВД России по Хабаровскому краю, тел. 8-(4212)-21-40-39; Коренева Татьяна Александровна – зам. начальника госпиталя ФКУЗ МСЧ МВД России по Хабаровскому краю по медицинской части, тел. 8-(4212)-30-53-11; Рогате Тамара Борисовна – зам. начальника госпиталя ФКУЗ МСЧ МВД России по Хабаровскому краю по экспертизе, тел. 8-(4212)-59-51-56; Филимонова Елена Эдуардовна – начальник терапевтического отделения госпиталя ФКУЗ МСЧ МВД России по Хабаровскому краю, тел. 8-(4212)-59-51-56; Меджиборская Татьяна Анатольевна – врач-терапевт госпиталя ФКУЗ МСЧ МВД России по Хабаровскому краю, тел. 8-(4212)-59-51-56; Есина Мария Александровна – врач-терапевт госпиталя ФКУЗ МСЧ МВД России по Хабаровскому краю, тел. 8-(4212)-59-51-56.