

https://russjcardiol.elpub.ru
doi:10.15829/1560-4071-2020-2-3459

ISSN 1560-4071 (print)
ISSN 2618-7620 (online)

Инфекционный эндокардит с тяжелым поражением головного мозга

Обрезан А. Г.^{1,2}, Останина Н. Г.^{1,3}, Обрезан А. А.^{1,2}

Ключевые слова: инфекционный эндокардит, золотистый стафилококк, мультифокальные эмболические повреждения головного мозга.

Отношения и деятельность: нет.

¹ФГОУ ВПО Санкт-Петербургский Государственный Университет, Санкт-Петербург; ²ООО Международный Медицинский Центр "СОГАЗ", Санкт-Петербург; ³СПб ГБУЗ "Александровская больница", Санкт-Петербург, Россия.

Обрезан А. Г. — главный врач, д. м. н., профессор, ORCID: 0000-0001-6115-7923, Останина Н. Г. — врач-кардиолог, к. м. н., ORCID: 0000-0002-9889-2209, Обрезан А. А. — медбрат постовой, студент, ORCID: 0000-0001-6007-3824.

*Автор, ответственный за переписку (Corresponding author): obrezan2@yandex.ru

ИЭ — инфекционный эндокардит, ГМ — головной мозг, СН — сердечная недостаточность.

Рукопись получена 15.08.2019

Рецензия получена 11.12.2019

Принята к публикации 11.12.2019



Для цитирования: Обрезан А. Г., Останина Н. Г., Обрезан А. А. Инфекционный эндокардит с тяжелым поражением головного мозга. *Российский кардиологический журнал*. 2020;25(2):3459.

doi:10.15829/1560-4071-2020-2-3459

Infective endocarditis with severe brain lesion

Obrezan A. G.^{1,2}, Ostanina N. G.^{1,3}, Obrezan A. A.^{1,2}

Key words: infective endocarditis, *Staphylococcus aureus*, multifocal cerebral embolism.

¹St. Petersburg State University, St. Petersburg; ²Sogaz International Medical Center, St. Petersburg; ³City Aleksander Hospital, St. Petersburg, Russia.

Relationships and Activities: not.

Obrezan A. G. ORCID: 0000-0001-6115-7923, Ostanina N. G. ORCID: 0000-0002-9889-2209, Obrezan A. A. ORCID: 0000-0001-6007-3824.

Received: 15.08.2019 **Revision Received:** 11.12.2019 **Accepted:** 11.12.2019

For citation: Obrezan A. G., Ostanina N. G., Obrezan A. A. Infective endocarditis with severe brain lesion. *Russian Journal of Cardiology*. 2020;25(2):3459. (In Russ.) doi:10.15829/1560-4071-2020-2-3459

Инфекционный эндокардит (ИЭ) — тяжелое воспалительное заболевание эндокарда, с преимущественным поражением клапанов сердца.

Заболеваемость ИЭ регистрируется повсеместно и в Российской Федерации составляет более 10 тыс. человек в год, из которых ~2500 нуждаются в хирургическом вмешательстве. Основными осложнениями ИЭ являются: развитие сердечной недостаточности (СН), неконтролируемая инфекция, эмболические события различной локализации, нарушения ритма и проводимости, миокардит, перикардит, острая почечная недостаточность, неврологические осложнения и мышечно-скелетная патология [1].

В статье приводится оригинальный случай ИЭ с осложнением в виде тяжелого полифокального эмболического поражения печени, почек, селезенки и головного мозга (ГМ).

Пациент 43 лет доставлен в больницу 23.05.2019г с диагнозом внебольничная пневмония. Больной жаловался на слабость, озноб, повышение темпера-

туры до 40° С, боль в левой половине грудной клетки при глубоком дыхании, спутанность сознания и неустойчивость при ходьбе. За несколько дней до госпитализации отмечено значительное переохлаждение. Жалобы появились за 3 дня до госпитализации.

При поступлении состояние тяжелое, сознание спутанное; кожные покровы горячие. По всему телу — бледно-розовые папулезные высыпания; на кистях и стопах геморрагические бляшки. Пульс ритмичный 96 уд./мин, артериальное давление 140/50 мм рт.ст. I-й тон на верхушке ослаблен. Грубый систолический шум на верхушке, диастолический шум на аорте и в точке Боткина-Эрба. Незвучные влажные хрипы в нижних отделах грудной клетки, преимущественно справа. Печень на 2 см ниже реберной дуги. Пальпируется селезенка.

По данным лабораторных исследований: выявлен лейкоцитоз до $15,2 \times 10^9$ кл/л, гемоглобинопения — 110 г/л. Клинический анализ мочи — без патологии. Д-димер составил 3,15 мкг FEU/мл. Международное

нормализованное отношение — 1,19 ед., активированное частичное тромбопластиновое время — 33,8 сек. Креатинин — 97 мкмоль/л, аланинаминотрансфераза 90 ед./л, аспартатаминотрансфераза 48 ед./л, холестерин — 4,48 ммоль/л, С-реактивный белок — 134,1 мг/л.

На рентгенограмме участок перибронхиальной инфильтрации в нижней доле правого легкого, сердце не увеличено, корни легких не расширены.

На электрокардиограмме при поступлении отклонение оси сердца влево, диффузные нарушения реполяризации по нижне-боковой стенке левого желудочка, утрата потенциала зубца R в V3 (рис. 1).

На эхокардиографии при поступлении визуализировалось эхопозитивное неоднородное образование с неровными контурами, пролабирующее в выходной тракт левого желудочка длиной до 14 мм. Из венозной крови дважды высевался *Staphylococcus aureus*, чувствительный к гентамицину, клиндамицину, эритромицину, оксацилину, ципрофлоксацину.

При магниторезонансной томографии органов брюшной полости — очаговые изменения почек, селезенки, печени (рис. 2).

Больной получал антибиотикотерапию внутривенно: ципрофлоксацин 400 мг и гентамицин по 80 мг 3 раза/сут., на протяжении 4 нед. Самочувствие и лабораторные показатели улучшились, однако сохранялись эпизоды спутанности сознания и неустойчивости при ходьбе, больной передвигался по палате только с посторонней помощью. При компьютерной томографии ГМ обнаружены множественные очаговые патологические изменения (рис. 3).

При магниторезонансной томографии ГМ — картина мультифокальных (лобных, теменных, затылочных долей, полушарий мозжечка) структурных изменений с формированием, вероятно, внутримозговых подострых гематом в этих зонах. Рекомендована дифференциальная диагностика с многоочаговым острым нарушением мозгового кровообращения, инфекционно-воспалительными изменениями, гемато-пролиферативным процессом [2].

Больной консультирован неврологом, инфекционистом, ревматологом. Исключены клещевой энцефалит, токсоплазмоз, лептоспироз, йерсинеоз, лимфомы.

При повторной эхокардиографии через 3 нед. — глобальная сократимость левого желудочка сохранена, полости ЛЖ регистрировались на верхней границе нормы (конечный диастолический размер до 58 мм, конечный систолический размер — до 36 мм), фракция выброса составила 68%, аортальные полулуния уплотнены с краевыми уплотнениями гиперэхогенного характера за счет организованных вегетаций, аортальная регургитация 3 степени (время полуспада кривой регургитации 150 мс; *vena contracta*

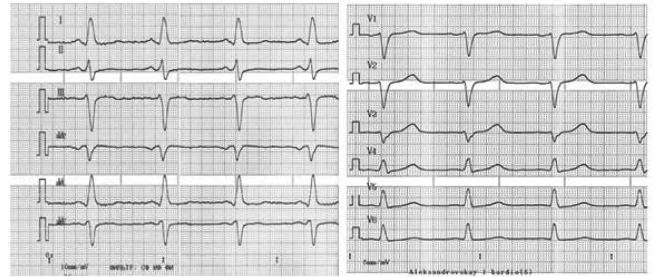


Рис. 1. Электрокардиограмма.



Рис. 2. Магниторезонансная томография органов брюшной полости.

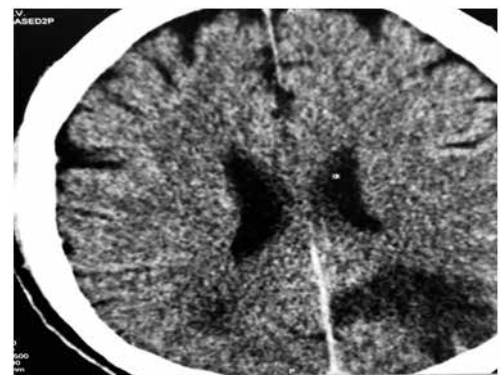


Рис. 3. Данные компьютерной томографии ГМ.

7 мм, объем регургитации >60 мл). Флотирующие вегетации и патология иных клапанов не выявлены. Определены показания к оперативному лечению (санация камер сердца, протезирование аортального клапана).

Окончательный диагноз: Инфекционный (*Staphylococcus aureus*) эндокардит с поражением аортального клапана. Аортальная недостаточность 3 степени. Хроническая СН 2 функционального класса. Мультифокальные инфаркты ГМ, эмболической этиологии. Многоочаговые инфаркты печени, селезенки, почек вегето-эмболической природы. Правосторонняя нижнедолевая очаговая пневмония.

Состояние пациента стабилизировано на фоне стандартной терапии СН, включающей мочегонные препараты, ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента, бета-адреноблокаторы. Проведена открытая операция по протезированию аортального клапана с использованием биопротеза. Послеопераци-

онное течение без осложнений. Выписан в удовлетворительном состоянии, спустя 14 сут.

Отношения и деятельность: все авторы заявляют об отсутствии потенциального конфликта интересов, требующего раскрытия в данной статье.

Литература/References

1. 2015 ESC Guidelines for the management of infective endocarditis. Russ J Cardiol. 2016. 5(133):65-116. doi:10.15829/1560-4071-2016-5-65-116.
2. Snygg-Martin U, Gustafsson L, Rosengren L, et al. Cerebrovascular complications in patients with left-sided infective endocarditis are common: a prospective study using magnetic resonance imaging and neurochemical brain damage markers. Clin Infect Dis. 2008 Jul 1;47(1):23-30. doi:10.1086/588663.