



А. П. Шетилов, Н. Д. Битчук,
С. С. Дубовская

Харьковский национальный
медицинский университет

Военно-морской клинический
госпиталь Министерства
обороны Российской
Федерации (ВМКГ МО РФ),
г. Севастополь

© А. П. Шетилов, Н. Д. Битчук,
С. С. Дубовская

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ПРИОБРЕТЕННОГО ПОРОКА СЕРДЦА НА ФОНЕ ТЯЖЕЛОЙ ПНЕВМОНИИ

Резюме. В статье изложен клинический случай комбинации тяжелых заболеваний, усугубляющих друг друга. Отраженные в статье этапы диагностики и лечения свидетельствуют о настоящих возможностях современной медицины. Выздоровление больного — результат своевременных, квалифицированно выбранных консервативных и оперативных методик.

Ключевые слова: *групп А (H3N2)+RS-вирус, острая дыхательная недостаточность, пневмония.*

Вступление

В настоящее время имеет место несоответствие требований современных протоколов (стандартов), рекомендаций профильных врачебных обществ и оснащение ЛПУ современной диагностической аппаратурой и возможностей лечебных вмешательств, что приводит к несовершенству организации медицинской помощи при неотложных состояниях. От согласованности (слаженности) действий практических врачей и организации этапной диагностики и лечения, а также от стратегических и тактических подходов управленцев (организаторов) здравоохранения зависит своевременность оказания адекватной профильной медицинской помощи больным, а зачастую и жизнь пациента. «Золотым стандартом» служит исторический пример «пироговских» рядов, имеющий прямое отношение к академику Н.И.Пирогову, работавшему непосредственно на театре активных военных действий обороны г. Севастополя в 1854—1855 гг. Прошло много лет, а принцип рядов Пирогова не утратил свою актуальность и в настоящее время [1, 2, 3, 4, 5].

Цель работы — на примере клинического случая проследить связь агрессивного действия вируса гриппа на системе дыхания и кровообращения.

Клинический случай. В нашей практике имел место интересный клинический случай острой приобретенной митральной недостаточности с развитием тяжелой острой сердечной недостаточности. В ВМКГ МО РФ г. Севастополя 11.01.2010 г. в 12.45 был госпитализирован больной Н., 43 года, из 110-й поликлиники с диагнозом: «Двухсторонняя септическая полисегментарная пневмония». Острый перикардит? Диагноз основывался на результатах клинического врачебного осмотра, данных ЭКГ и рентгенограммы ОГК (проведены в 110-й поликлинике). Жалобы при госпитализации в ОРИТ (6 коек): общая слабость, головная боль, непродуктивный кашель, одышка смешанного характера, усиливающаяся в горизонтальном положении, отеки нижних конечностей.

Объективно (в момент госпитализации в ОРИТ): состояние тяжелое, нестабильное. Сознание ясное, контакт продуктивный. Субфебрилитет — 37,3 °С. Ослабление дыхания над нижними отделами обеих легких больше справа, над которыми слышны влажные мелкопузырчатые хрипы. ЧДД=32 дд/мин., SaO₂=85% (на атмосферном воздухе), SaO₂=90—92% (при оксигенотерапии через носовые катетеры). Грубый систолический шум на верхушке и в точке Эрба—Боткина. АД=100/70 мм Hg. ЧСС=ЧП=130 уд/мин. На основании данных клинического осмотра, данных ЭКГ (синусовая тахикардия, снижение вольтажа, диффузные нарушения процессов реполяризации), ЭхоКГ (снижение ФВ до 50%, умеренное расширение левых полостей сердца, диффузная гипокинезия переднеперегородочных и задних сегментов, наличие «молотящей» створки митрального клапана), УЗИ-обследования плевральных полостей (наличие 120 мл плеврального выпота справа и 50—70 мл слева), данных рентгенограммы ОГК (пневмоническая инфильтрация в S 3, 5, 6, 8, 9, 10 —справа, S 6, 9, 10 — слева) и решения консилиума смежных специалистов был установлен предварительный диагноз: Основной: Инфекционный эндомиокардит. Двухсторонняя полисегментарная пневмония, вирусно-бактериальной этиологии, тяжелое течение. Осложнения основного: Отрыв хорды задней стенки миокарда с развитием острой митральной недостаточности, митральной регургитации III ст. Двухсторонний гидроторакс. ОДН III ст. (11.01.2010 г.).

При плановом дообследовании (в течение первых 5—6 часов) выявлены АГ вируса гриппа А (H3N2) и RS-вируса. 12.01.2010 г. повторно проведено ЭхоКГ с режимом ДГ (доплерография), подтвержден факт отрыва хорды ЗСМК и наличие умеренной легочной гипертензии (ЛГ) с P в ЛА=40—45 мм Hg.

На основании вышеуказанных клинических признаков и результатов проведенных инструментальных и лабораторных исследований установлен диагноз: «Вирусная микст-инфекция.



Грипп А (H3N2)+RS-вирус, тяжелое течение. Миокардит, осложненный отрывом хорды ЗСМК, митральной регургитацией III ст. и митральной недостаточностью III ст. Двухсторонний гидроторакс. Двухсторонняя полисегментарная (S 3, 5, 6, 8, 9, 10 — справа, S 6, 9, 10 — слева) вирусно-бактериальная пневмония, тяжелое течение. ОДН III ст.».

Проводимая терапия: 11.01. — инфузионно-дезинтоксикационная терапия, ингибиторы протеолиза, комбинированная антибактериальная терапия, прямые антикоагулянты (низкомолекулярные гепарины), препараты аминокислот, плазмокорректоры, НПВС, муколитики, витамины, ингибиторы альдостерона, противовирусные, дезагреганты, гастропротекторы, петлевые диуретики. Проводилась оксигенотерапия посредством чередования подачи кислорода через носовые катетеры и кислород — воздушной смеси через лицевую маску на спонтанном режиме аппарата ИВЛ «Фаза-5».

В первые сутки ИТ диурез достигнут в количестве 5100 мл/сут при проведении 2950 мл в/в инфузий и пероральном введении жидкости в объеме 100 мл экспирационно-перспирационные потери (далее — ЭПП) составили 1200 мл/сут. Суточный гидробаланс составил (–3000 мл).

12.01. Проводилась контрольная рентгенография ОГК, на которой отмечено усиление интерстициального компонента и кровенаполнения легочных капилляров (интерстициальный отек легких). Исходя из развития отрицательной динамики заболевания, внесены коррективы в структуру проводимой ИТ: добавлены микроинфузия дофамина (4–5 мкг/кг/мин) и преднизолон, уменьшены объем и скорость инфузионно-дезинтоксикационной терапии — снижен объем изоосмолярных растворов до 2250 мл с применением маннита 30 г однократно. Продолжалась в прежних режимах оксигенотерапия. Увеличена суточная доза фуросемида до 200 мг из расчета на кратность введения.

Достигнуто: суточный диурез — 5350 мл при инфузионно-дезинтоксикационной терапии и перорально введенной жидкости — 1150 мл/сут. ЭПП составили 1300 мл/сут, а суточный гидробаланс — (–3000 мл).

Однако, несмотря на проводимые мероприятия ИТ, клиническая картина заболевания свидетельствовала в пользу прогрессирующей острой сердечной недостаточности клапанного типа. Увеличилось количество выпота в обеих плевральных полостях (по 500 мл). На контрольной рентгенограмме органов грудной клетки (ОГК) отмечена четкая отрицательная динамика, проявляющаяся усилением признаков интерстициального отека с увеличением объема и плотности пневмонической инфильтрации.

Несмотря на проводимую ИТ в условиях ОРИТ, включающую инфузионно-дезинтоксикационную, антибиотикотерапию (комбинированную из

трех препаратов), противовирусные препараты, осмодиуретики, салуретики, глюкокортикостероиды (ГКС), ингибиторы альдостерона, препараты с положительным инотропным эффектом (симпатомиметики), отмечалось нарастание явлений острой сердечной недостаточности (ОСН) клапанного типа (острая митральная недостаточность за счет митральной регургитации III ст., манифестирующая отеком легких кардиогенного типа и прогрессирующим развитием двухстороннего гидроторакса с приростом выпота >300 мл в сутки слева и >650 мл в сутки справа).

Учитывая особенности клинического течения заболевания (прогрессирующая ОСН клапанного типа за счет отрыва хорды ЗСМК) была определена дальнейшая, наиболее оптимальная тактика лечения больного — кардиохирургическое вмешательство: протезирование митрального клапана, без которого была бы неминуема смерть больного, даже несмотря на массивированное комбинированное консервативное лечение. Непосредственно при вынесении диагноза отрыва хорды ЗСМК, а также учитывая отсутствие возможности проведения кардиохирургической коррекции в ВМКГ, организован перевод больного в ГВКГ им. Н.Н. Бурденко (г. Москва): На этапе транспортировки продолжались мероприятия ИТ, позволившие сохранять «относительную» стабильность жизненно важных функций (ЖВФ) и не допускать их дальнейшего угнетения.

На этапе госпитализации в ГВКГ им. Н.Н. Бурденко был подтвержден диагноз: «Отрыв хорды ЗСМК, осложнившийся ОСН, двухсторонним гидротораксом. Двухсторонняя полисегментарная вирусно-бактериальная пневмония, тяжелое течение. ОДН III ст.». Консилиумом ведущих специалистов с учетом тяжести состояния пациента было принято решение о проведении корригирующего кардиохирургического вмешательства в кратчайшие сроки.

После кратковременной предоперационной подготовки было произведено протезирование миокарда (МК) протезом типа «Бикарбон-27» в условиях искусственного кровообращения (ИК), общей гипотермии до 30 °С. Ранний послеоперационный период сопровождался явлениями СПОН. На 9-е сутки послеоперационного периода диагностирован реактивный перикардит, который впоследствии был излечен (дренирование и санация полости перикарда, антибактериальная терапия, НПВС). Эффективность проводимой терапии отслеживалась по клиническому состоянию больного, контрольным ЭхоКГ, рентгенограммам ОГК, УЗИ плевральных полостей.

Пройдя курс терапии в ГВКГ им. Н.Н. Бурденко, больной N. был переведен в 6-й ЦВКГ в кардиологическое отделение №3 для дальнейшего лечения, этап которого прошел без особенностей.

В дальнейшем, учитывая необходимость восстановительного (реабилитационного) лечения,



больной находился в Центральном военном клиническом санатории «Архангельское». Санаторный период реабилитации был пройден благополучно и окончен в срок. Даны рекомендации по приему препаратов кардиологической группы, непрямые антикоагулянты, коррекции образа жизни, диетическому питанию. Достигнуто выздоровление больного.

Вывод

Таким образом, на примере клинического случая можно указать на тропность вирусной гриппозной инфекции к поражению структур сердца, приводящих к приобретенным его порокам, что, в свою очередь, осложняет течение вирусно-бактериальных ассоциированных пневмоний.

ЛИТЕРАТУРА

1. Авдеев С.Н. Применение шкал оценки тяжести в интенсивной терапии и пульмонологии / С.Н. Авдеев, А.Г. Чучилин // Пульмонология. — 2001. — № 1. — С. 77—91.
2. Бунятян А.А. Руководство по анестезиологии / А.А. Бунятян. — М.: Медицина, 1994. — 656 с.
3. Габа Д.М. Критические ситуации в анестезиологии / Д.М. Габа, К.Д. Фиш, С.К. Хаурд. — М.: Медицина, 2000. — 419 с.
4. Глумчер Ф.С. Руководство по анестезиологии / Ф.С. Глумчер, А.И. Трещинский. — К.: Медицина, 2008. — 606 с.
5. Грини М.А. Патофизиология легких: пер. с англ. — 3-е изд., исп. — М.: БИНОМ; СПб: Невский диалект, 2001. — 318 с.

КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК НАБУТОГО ПОРОКУ СЕРЦЯ НА ТЛІ ТЯЖКОЇ ПНЕВМОНІЇ

*О. П. Шетілов, М. Д. Бітчук,
С. С. Дубовська*

Резюме. У статті викладено клінічний випадок комбінації тяжких захворювань, які обтяжують один одного. Відбиті в статті етапи діагностики й лікування свідчать про дійсні можливості сучасної медицини. Видужання хворого — результат своєчасних, кваліфіковано обраних консервативних і оперативних методик.

Ключові слова: *груп А (H3N2)+RS-вірус, гостра дихальна недостатність, пневмонія.*

CASE HISTORY OF ACQUIRED HEART FAILURE ON THE BASE OF SEVERE PNEUMONIA

*A. P. Shetilov, N. D. Bitchuk,
S. S. Dubovskaja*

Summary. The case history of combination of severe diseases that aggravate each other is shown in the article. Stages of diagnosing and treatment describe possibilities of modern medicine. Patient's recovery is the result of adequate choice of conservative and operative methods of treatment.

Key words: *influenza A (H3N2)+RS-virus, ARF, pneumonia.*