

Є.Х. Заремба,
М.М. Вірна, М.П. Воляник

Львівський національний
медичний університет
ім. Данила Галицького

АТИПОВИЙ ПЕРЕБІГ РЕВМАТИЧНОГО МІОКАРДИТУ (клінічний випадок)

Резюме

У статті на аналізі клінічного випадку продемонстровано особливості перебігу та діагностики міокардиту на фоні хронічної ревматичної хвороби серця.

Ключові слова

Міокардит, клінічний випадок, хронічна ревматична хвороба серця.

Хвора Д., 44 роки, поступила в терапевтичне відділення комунальної міської клінічної лікарні швидкої медичної допомоги м. Львова 26.09.2012 р. із діагнозом: правобічний плеврит, плевропневмонія.

При поступленні мала скарги на сильний сухий кашель, підвищення температури тіла до 38 °С, задишку при незначному фізичному навантаженні, загальну слабкість. Хворіє з 21.09.2012 р., коли підвищилася температура тіла, з'явився кашель, загальна слабкість після переохолодження. Дільничний терапевт оглянув, призначив фрамлід уно 500 (1 табл. 1 раз на день), що не принесло полегшення.

При поступленні стан хворої був середньої тяжкості, свідомість ясна. Будова тіла правильна, конституція нормостенічна. Шкіра блідо-рожева, чиста. Підшкірна жирова клітковина розвинена помірно, набряки – на нижніх кінцівках і поясниці. Лімфатичні вузли не збільшені, температура тіла 37,1 °С. У легенях при аускультатії – жорстке дихання в нижніх відділах ослаблене, більше – справа. При перкусії – дещо притуплений звук у нижніх відділах справа, частота дихання (ЧД) – 22 на 1 хв. Тони серця – ритмічні, ослаблені, артеріальний тиск (АТ) – 110/70 мм рт.ст., пульс – 76 уд./хв. Живіт при пальпації – м'який, не болючий. Печінка з-під реберної дуги не виступає.

Попередній діагноз: позашпитальна правобічна нижньочасткова пневмонія IV кл. гр., ризик 3, ускладнена реактивним плевритом, ДН I ст.

Рентгенологічних даних про інфільтративні зміни в легенях не виявлено, наявні застійні явища. Функція зовнішнього дихання: рестриктивний тип порушення II ст., різке зниження функціональної здатності дихальних м'язів.

Враховуючи результати ЕКГ (ритм синусовий, частота серцевих скорочень (ЧСС) – 112 уд./хв, вольтаж збережений, перехідна зона в V4–V5, неповна блокада правої ніжки пучка Гіса, порушення процесів реполяризації), на ехоКГ виявлено дилатацію лівих камер серця. Виражена недостатність МК+3 (можливо за рахунок

відриву хорд передньої стулки в сегменті А2), скоротливість міокарда знижена, ФВ 27%, помірна легенева гіпертензія, рівень рідини в плевральній порожнині справа до кута лопатки, зліва – у нижніх відділах. Діагностовано міокардит, відрив хорд передньої мітральної стулки сегмента А2?

Проведене лікування: амоксиклав (1,2 в/в 2 рази на день №3), роваміцин (3 мг 2 рази на день, №5), флуконазол (50 мг 1 раз на день, №1), нейрорубін (в/м 1 раз на день), поляризуюча суміш (глюкоза 5% 200,0 + інсулін 4 ОД + аспаркам 10,0 + рибоксин 10,0 + еуфілін 5,0 + лазолван 2,0 в/в 1 раз на день, №2).

Позитивної динаміки не виявлено. Хвора переведена в кардіологічне відділення 27.09.2012 р. Діагноз: інфекційно-алергічний міокардит із відривом хорд МК, СН II Б ст. зі зниженою функцією ЛШ (ФВ 27%). Двобічний гідроторакс.

Скарги на кашель із виділенням слизової мокроты, задишку, що наростала при ходьбі та в горизонтальному положенні, загальну слабкість, дискомфорт у ділянці серця та в правій половині грудної клітки.

Об'єктивно: загальний стан тяжкий. Шкірні покриви чисті, бліді. Набряки гомілок та поясниці. Лімфатичні вузли не збільшені. Дихання через ніс – вільне, ЧД 25 на 1 хв, границі легень не змінені. При перкусії – легеневий звук, справа вкорочений. При аускультатії – дихання жорстке, ослаблене в нижніх відділах, більше справа. Судини шиї не візуалізуються. Ділянка серця – без змін, верхівковий поштовх у 5 міжребер'ї, на 1 см вліво від середньоключичної лінії, ЧСС – 112 уд./хв, АТ – 100/65 мм рт.ст. Аускультативно – тони серця різко ослаблені, ритмічні, систолічний шум над верхівкою.

Язик вологий, обкладений білим нальотом, живіт не збільшений, округлої форми, приймає участь в акті дихання, не болючий. Печінка виступає з-під реберної дуги на 1,5 см, селезінка – не пальпується. Стілець – один раз на добу. Ділянки нирок та сечового міхура не змінені, нирки – не пальпуються, симптом Пастернацького – негативний з обох боків, діурез достатній.

Загальний аналіз крові: гемоглобін – 120 г/л, лейкоцити – $7,0 \times 10^9$ /л, ШОЕ – 20 мм/год. Біохімічний аналіз крові: білірубін – 20,7 ммоль/л, АсАТ – 0,23, АлАТ – 1,02, β -ЛП – 35.

ЕКГ: ритм синусовий, правильний, ЧСС – 112–114 за хв, перехідна зона V4-5, неповна блокада правої ніжки пучка Гіса, порушення процесів реполяризації.

Лікування: амоксицилін (1,2 в/в, №15), поляризує суміш (глюкоза 5% 200,0; інсулін 4 ОД; панангін 10,0; тіотриазолін 4,0; кокарбоксілаза 100 мг, №13), флуконазол (150 мг 1 раз на 3 дні), преднізолон (30 мг в/м, №13), мексікор (2,0 в/м, №4), нейрорубін (3,0 в/м, №14), верошпірон (50 мг 1 табл. зранку), фуросемід (40 мг в/м).

Стан хворої тяжкий, виражена задишка в стані спокою, серцебиття, температура тіла 37,1 °С, набряки гомілок. Шкірні покриви – бліді, звичайної вологості. Легені: при аускультативній дихання – везикулярне, у нижніх відділах ослаблене, більше – справа. При перкусії – вкорочений легеневиий звук у нижніх відділах легень, ЧД – 28 на 1 хв. Тони серця – ритмічні, ослаблені, систолічний шум над верхівкою. АТ – 95/65 мм рт.ст., ЧСС – 108-112 уд./хв, живіт при пальпації – м'який, не болючий, печінка – +2,5 см з-під краю реберної дуги, діурез – 1,5 л.

Загальний аналіз крові: кількість лейкоцитів до $8,7 \times 10^9$ /л, ШОЕ – 22 мм/год, АсАТ – 3,38, АлАТ – 8,87, СРБ – 24 мг/с, серомукоїди – 0,306, АСЛО – до 200.

До лікування додано цитохром С (4,0 в/в).

1.10.2012 р. консультація проф. Іваніва Ю.А.: дилатація усіх камер серця зі зниженою скоротливістю здатністю обох шлуночків. Важка МН внаслідок систолічної рестрикції обох ступок. Найвірогідніший діагноз – дилатаційна кардіоміопатія.

2.10.2012 р. проведено плевральну пункцію справа, видалено 1 л рідини. Стан хворої покращився. До лікування додано сульфоксамфоксін 2 мл 2 рази на день, №22. Задишка, відчуття тиснучого болю в ділянці серця зменшилися. При перкусії – з обох сторін нижня границя легень до VII ребра. При аускультативній дихання в нижніх відділах ослаблене. Тони серця – ритмічні, ослаблені, ЧСС – 102 уд./хв, АТ – 95/65 мм рт.ст. Живіт при пальпації – м'який, не болючий, печінка – +2 см. При дослідженні плеврального вмісту: колір – жовтий, мутний, реакція Рівальта – «+», білок – 6,66 г/л, еритроцити – 8-10 у п/з, лейкоцити – 15-20 у п/з, клітини мезотелію – 40-80 у п/з.

Обстеження крові на стерильність – умовно-патогенної флори не виявлено, ЦІК – 77 ОД (30–100 ОД).

Консультація 3.10.2012 р. проф. Заремби Є.Х. на основі скарг, даних анамнезу, об'єктивного обстеження та лабораторно-інструментальних досліджень діагностовано: гострий дифузний міокардит, важка форма, СН III ст. зі зниженою функцією ЛШ (ФВ 20%), ФК IV. Двобічний гідроторакс. Недостатність мітрального клапана – +4. Рецидивуюча гостра лівошлуночкова недостатність. Гостра позагоспітальна правобічна пневмонія. Правобічний ексудативний плеврит.

У лікування внесено корективи: відмінено цитохром С і мексікор, додано корвітин (0,5, №14 за схемою), після закінчення – мексікор (2,0 в/м 2 рази на день № 10), гептрал (0,4, 2 рази на день в/в, №24), продовжити – сульфоксамфоксін (2 мл 4 рази на день в/м), преднізолон (30 мг в/м), вітамінотерапія.

Після проведеного лікування стан хворої покращився. Задишка, тиснучі болі в ділянці серця та набряки на гомілках значно зменшилися. Температура тіла – 36,8 °С, шкірні покриви – блідо-рожеві, звичайної вологості. Перкуторно – над легеньми вкорочений легеневиий звук справа, аускультативно – у легнях везикулярне дихання в нижніх відділах із жорстким відтінком. Тони серця – ритмічні, дещо ослаблені, систолічний шум над верхівкою, АТ – 95/70 мм рт.ст., ЧСС – 88 уд./хв, живіт при пальпації – м'який, не болючий, печінка – на 1,5-2 см виступає з-під краю реберної дуги.

Повторно призначено рентгенографію органів грудної клітки: легеневи поля справа – без патологічних змін. Синуси – вільні. Деформація діафрагми. При ехоКГ: дилатація лівих камер серця, виражена недостатність мітрального клапана +4 (центральний потік), аортального клапана +0,5, скоротливість міокарда знижена, ФВ 20% (N 55%), помірна легенева гіпертензія. Кількість рідини в плевральній порожнині справа – на 1 ребро нище кута лопатки, зліва – у нижніх відділах.

УЗД органів черевної порожнини: печінка – 150 мм, структура – зерниста, дещо знижена ехогенність, об'ємні утворення – не візуалізуються, внутрішньо-печінкові протоки – не розширені, судини – значно розширені, холедох – не розширений. Жовчний міхур – скорочений, конкрементів не виявлено. Розміри підшлункової залози – нормальні, структура – гомогенна, контури – чіткі, рівні, ехогенність – підвищена. Нирки розташовані типово, розміри – не змінені. Права: кірковий шар 18 мм, не потовщений, ехогенність – знижена, ЧМС – не розширена, без затримки сечі, конкременти – солі. Ліва нирка: розміри – у межах норми, кірковий шар 18 мм, не потовщений, ехогенність – знижена, ЧМС – не розширена, без затримки сечі, конкременти – солі. Селезінка: розміри – у межах норми, структура – гомогенна. Висновок: застійна печінка.

Обстеження крові на СНІД – результати негативні.

При виписці зі стаціонару (16.10.2012 р.) стан хворої – задовільний. Незначна задишка при фізичному навантаженні, відчуття серцебиття зменшилося, набряки – відсутні. Об'єктивно: шкіра звичайної вологості, чиста, температура тіла – 36,6 °С, у легнях при аускультативній везикулярне дихання, ЧД – 18/хв. Тони серця – ритмічні, ослаблені, систолічний шум над верхівкою, пульс – 98-100 уд./хв, АТ – 105/65 мм рт.ст. Живіт – м'який, не болючий, печінка – по краю реберної дуги, діурез 1,4 л.

Лабораторне обстеження крові: лейкоцити $13,9 \times 10^9$ /л, ШОЕ – 6 мм/год., білірубін – 8,11, АсАТ – 4,27, АлАТ – 5,31.

Рекомендації: дотримання умов праці та відпочинку, дієтотерапія (стіл №10 обмеження рідини та солі), мексікор (100 мг 1 капс. 3 рази на день протягом 2 тижнів), гептрал (0,4, 2 рази на день протягом 3 тижнів), нейровітан (1 табл. 2 рази на день протягом 1 місяця), пумпан (10 крапель 3 рази на день), короксан (5 мг 1 табл. 2 рази на день), тріфас (0,005, 1 табл. 2 рази на тиждень), верошпірон (0,025, 1 табл. зранку), спостереження кардіолога, сімейного лікаря, за місцем проживання, контроль ЕхоКГ, рентгенографія ОГК через 1 місяць.

Через місяць після проведеного лікування – стан хворої задовільний. Скарги на незначну задишку при фізичному навантаженні. При об'єктивному обстеженні шкірні покриви – без видимих висипань, блідо-рожеві, звичайної вологості. У легенях при аускультативній – дихання везикулярне, ЧД – 17/хв. Тони серця – ритмічні, дещо ослаблені, систолічний шум на верхівці, АТ – 115/70 мм рт.ст., пульс 80 – уд./хв. Живіт при пальпації – м'який, не болючий, печінка – по краю реберної дуги, симптом Пастернацького негативний з обох сторін, діурез – 1 л, набряки – відсутні.

Аналіз крові: гемоглобін – 131 г/л, еритроцити $3,8 \times 10^{12}/л$, лейкоцити $5,6 \times 10^9/л$, ШОЕ – 16 мм/год., білірубін – 23,85 ммоль/л, АсАТ – 0,25 ммоль/л, АлАТ – 0,3 ммоль/л, креатинін – 60,0 ммоль/л, сечовина – 3,0 ммоль/л.

Проведено посів мазка із зіву, виявлено *St.viridans*.

ЕКГ: ритм синусовий, правильний, ЧСС – 83 уд./хв, вольтаж збережений, перехідна зона – у V3-V4, з.Т – на ізолінії в I-III, aVL, aVF, порушення процесів реполяризації.

ЕхоКГ: дилатація лівих камер серця, структура МК звичайна, недостатність МК +4, стулки Аок дещо ущільнені, із поодинокими дрібними вогнищевими ущільненнями, недостатність Аок – +0,5, ТК – +2, скоротливість міокарда – знижена (22%), легеневої гіпертензії – немає, рідина в плевральній порожнині – не візуалізується.

Рентгенографія органів грудної клітки: вогнищеві-інфільтративних тіней не виявлено, легеневий рисунок – звичайний, корені – структурні, лівий купол діафрагми – чіткий, справа – плевро-діафрагмальна злука. Сколіотичне викривлення в грудному відділі хребта дугою вправо, вершина – Th6.

На основі перебігу захворювання, анамнезу життя (ангіни 2 рази на рік), змін при ехоКГ (стулки Аок дещо ущільнені з поодинокими дрібними вогнищевими ущільненнями, недостатність Аок – +0,5) найбільш ймовірно, що у хворої після

перенесеної пневмонії було загострення ревматичного процесу з наявністю рецидивуючого ревмокардиту (ендо-, міокардит) із ураженням МК, Аок, полісерозит, ревматичний гепатит, СН ІІБ ст. Рекомендовано: амоксил (500 мг 4 рази на день 10 днів), олфен (100 мг 1 капс. на день, 10 днів), мексікор (1 табл. 3 рази на день, 2 тижні), гептрал (0,4, 2 рази на день, 2 тижні), пумпан (10 крапель 3 рази на день, 2 тижні), нейровітан (1 табл. на день, 2 тижні), фуросемід (40 мг 2 рази на тиждень, при набряках).

Хвора була під спостереженням сімейного лікаря, дотримувалася рекомендацій. 22.12.2012 р. повторно госпіталізована в кардіологічне відділення зі скаргами на задишку при незначному фізичному навантаженні, відчуття серцебиття, швидку втомлюваність. Об'єктивно: блідість шкірних покривів, аускультативно – дихання везикулярне, тони серця – ритмічні, систолічний шум над верхівкою, АТ – 110/70 мм рт.ст., пульс – 92 уд./хв, печінка – не виступає з-під реберної дуги. Проведені обстеження: лейкоцити – $4,8 \times 10^9/л$, ШОЕ – 18 мм/год., білірубін – 10,8, АсАТ – 0,34, АлАТ – 0,17, СРБ – до 6, АСЛ-О – 400, серомукоїди – 0,254.

На ехоКГ (24.12.2012 р.) – дилатація всіх камер серця, недостатність МК – +2, Аок – +1 із поодинокими кальцинатами, ФВ збільшилась до 26%.

Проведене лікування: пумпан, кораксан, адвокард, вітамінотерапія, седативні, поляризуєча суміш із тіотріазоліном, мілдронат, біцилін-5, мексікор. Стан хворої покращився, задишка та серцебиття не відмічає, підвищилася толерантність до фізичного навантаження. Виписана 05.01.13 р для продовження лікування в амбулаторних умовах із рекомендаціями: кораксан (5 мг зранку), пумпан (10 крапель 3 рази на день), біцилінопрофілактика, вітаміно- та метаболічна терапія, сечогінні при набряках на ногах. 31.01.13 повторно проведені лабораторні обстеження: ШОЕ зменшилась до 4 мм/год., лейкоцити – $5,2 \times 10^9/л$, нормалізувалися гострофазові показники. У задовільному стані – залишається під спостереженням сімейного лікаря.

Через 3 міс. стан хворої – задовільний, задишки та серцебиття не відмічає. Лабораторні показники крові нормалізувалися. Гострофазові показники в межах норми. На ехоКГ: дилатація всіх камер серця, недостатність МК – +2, Аок – 2, ФВ 28%. Рекомендоване спостереження сімейного лікаря. У подальшому стан хворої поступово покращувався, через рік (вересень 2013 р.) за даними ехоКГ ФВ 32%.

ATYPICAL COURSE OF RHEUMATIC MYOCARDITIS (medical case)

Ye.Kh. Zaremba, M.M. Virna, M.P. Volianyk

Summary

In the article demonstrates the difficulty of the course and diagnosis of myocarditis, against a background of chronic rheumatic heart disease.

Keywords: myocarditis, clinical case, chronic rheumatic heart disease.