

СЛУЧАЙ УСПЕШНОГО ЛЕЧЕНИЯ ЭНДОКАРДИТА ИСКУССТВЕННОГО ПРОТЕЗА ТРЕХСТВОРЧАТОГО КЛАПАНА СЕРДЦА С ПРИМЕНЕНИЕМ АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ И ГИПЕРБАРИЧЕСКОЙ ОКСИГЕНАЦИИ

УДК 616—08:616.126—002/126.3:615.31.1/33

Поступила 24.12.2008 г.



А.А. Шаров*, к.м.н., хирург кардиохирургического отделения¹;

В.В. Пичугин, д.м.н., профессор кафедры ФОИС²;

Э.Я. Шмыков, зав. отделением гипербарической оксигенации¹

¹Городская клиническая больница №4, Саранск;

²Нижегородская государственная медицинская академия, Н. Новгород

English

Case of the heart tricuspid valve artificial prosthesis endocarditis successful treatment with a use of antibacterial therapy and hyperbaric oxygenation

A.A. Sharov, c.m.s., surgeon of the cardiosurgical department¹;

V.V. Pichugin, MD, professor of the education of foreign student faculty chair²;

E.Ya. Shmykov, head of the hyperbaric oxygenation department¹

¹The City clinical hospital №4, Saransk;

²Nizhny Novgorod state medical academy, N. Novgorod

A case of the heart tricuspid valve artificial prosthesis endocarditis effective treatment with a use of antibacterial therapy in combination with a hyperbaric oxygenation in patient, actively taking the drugs, as a result of which there was no need in surgical intervention, is described.

Key words: endocarditis, altitude chamber, prosthetics of a mitral valve.

Трудность диагностики, серьезность прогноза и высокий уровень летальности обуславливают актуальность решения проблемы эндокардита протезов клапанов сердца. Неудовлетворительные результаты лечения больных с протезным эндокардитом и, главное, высокая летальность являются следствием поздней диагностики осложнения, наличия высокой частоты интра- и послеоперационной острой сердечной недостаточности, некупируемой полиорганной недостаточности и инфекционной деструкции околопротезных структур. Надежды, возлагавшиеся на антибиотикотерапию, не сов-

сем оправдались, что связано с двумя факторами: превалированием среди возбудителей антибиотикоустойчивых штаммов и влиянием на исход заболевания морфологических изменений в целостном организме, и прежде всего в сердце. Постановка диагноза протезного эндокардита является абсолютным показанием к повторной операции на сердце — репротезированию клапана сердца (Чигинев В.А., 2000). Однако в клинической практике выполнение операции сопряжено с очень высоким риском, а у ряда пациентов (например, наркозависимых) является предметом дискуссии.

* Шаров Александр Алексеевич, тел. раб. 8(8342) 32-15-68; e-mail: aa_sharov@mail.ru

Представляем успешный случай лечения наркотозависимого пациента с эндокардитом протеза трехстворчатого клапана сердца, у которого был использован комплекс методов массивной антибактериальной терапии и гипербарической оксигенации (ГБО).

Больной В., 27 лет, наркотозависимый пациент, поступил в Больницу скорой медицинской помощи г. Саранска с жалобами на общую слабость, повышение температуры тела до 40,5°C, редкий кашель, затрудненное дыхание.

Из анамнеза известно, что пациент с начала 2006 г. постоянно принимал наркотики морфинового ряда, ухудшение состояния в виде появления температуры с ознобами и слабости стал отмечать с осени 2006 г. При обследовании были выявлены острый инфекционный эндокардит с поражением трехстворчатого клапана, гепатит В и С. В декабре 2006 г. была выполнена операция протезирования трехстворчатого клапана. После операции отмечал улучшение состояния в течение года.

При обследовании в Больнице скорой медицинской помощи был установлен диагноз «вторичный инфекционный эндокардит протезированного трикуспидального клапана, активность III, **Н II Б, IV функциональный класс NYHA. Правосторонняя очаговая пневмония. Хронический гепатит В, С».** После недельного курса антибактериальной терапии пациент был переведен в кардиохирургическое отделение Городской клинической больницы №4 г. Саранска.

При поступлении состояние пациента оценивалось как тяжелое, кожные покровы — бледные, серо-желтого цвета с мраморным оттенком. Температура тела — 39,0°C. Умеренная одышка до 20 в минуту, единичные сухие хрипы по задней поверхности обоих легких. Тоны сердца приглушены, ритмичные, над областью сердца определяется систоло-диастолический шум с пресистолическим усилением. АД — 180/80 мм рт. ст., ЧСС — 88 в минуту. Увеличена печень до 3 см из-под реберной дуги. Отмечены следы от многократных внутривенных инъекций на всех венах рук.

При ультразвуковом обследовании выявлено: механический клапанный протез в трикуспидальной позиции; лоцируются подвижные объемные образования, пролабирующие в правое предсердие, неоднородной эхогенности — вегетации, наибольшая из них — овальной формы, размерами 1,9×0,9 см; максимальный градиент на протезе — 35 мм рт. ст.; признаки трехстворчатой регургитации II—III степени; гепатоспленомегалия, умеренно выраженные диффузные изменения печени.

На рентгенограмме: признаки левосторонней нижнедолевой пневмонии.

Анализ крови: анемия (гемоглобин — 105 г/л), повышение уровня креатинина (до 0,19 ммоль/л), мочевины (до 13,3 ммоль/л), в анализах мочи — гипоизостенурия, лейкоцитурия, макрогематурия. Посевы крови стерильны. Подтвержден диагноз острого вторичного инфекционного эндокардита протезированного трех-

створчатого клапана, септицемии, левосторонней очаговой пневмонии, полиорганной недостаточности, наркотической зависимости.

Безусловно, в данной ситуации пациенту было показано выполнение операции — репротезирование трикуспидального клапана. Однако с учетом бесперспективности хирургического лечения (активная наркомания), крайне высокого риска повторного оперативного вмешательства и настойчивого желания пациента и родственников проводить консервативную терапию было принято решение отсрочить выполнение операции и начать массивную антибактериальную терапию в сочетании с сеансами ГБО и ультрафиолетового облучения крови.

Антибактериальная терапия включала: цефатоксим (2 г/сут) внутривенно 10 дней в комбинации с гентамицином (160 мг/сут) внутримышечно 14 дней и абакталом (0,8 г/сут) внутривенно 16 дней, ежедневные внутривенные инфузии гипохлорида натрия (10 процедур), диоксидина (20 мл на 200 мл физиологического раствора, 10 процедур). В качестве противогрибковых препаратов пациент получал инфузии микофлюкана (100 мл) 2—3 раза в неделю в сочетании с нистатином (2 г/сут).

Одновременно были назначены сеансы ГБО. Антибиотики вводились внутривенно за 30 мин до начала баросеанса. Первые три дня проводилось по одному сеансу в день. Режим компрессии выбирался с учетом переносимости пациентом, максимальное давление в камере составляло 0,2 избыточной атмосферы или 1,2 абсолютной технической атмосферы. Минимальное время пребывания под постоянным режимом составляло 30 мин. Начиная с четвертого дня, сеансы ГБО проводили дважды в день (в 7 и 13 ч). К 5-му сеансу удалось повысить давление до 2,5 атм. Максимальное избыточное давление (3 атм) было достигнуто на 8-м сеансе. Всего под давлением более 2,5 атм проведено 4 сеанса. Общий курс баротерапии продолжался 6 дней, проведено 10 сеансов ГБО. Отчетливый клинический эффект отмечен после 4-го сеанса.

Клиническое состояние стало улучшаться через 2 нед после начала комбинированной терапии: к 15-му дню отмечался небольшой субфебрилитет, на 18-й день зафиксирована стойкая нормализация температуры. При контрольном ультразвуковом обследовании, выполненном на 18-й день от момента начала лечения, установлено, что дополнительное образование на протезе трехстворчатого клапана не визуализируется, максимальный градиент на протезе составил 16,1 мм рт. ст., хотя сохранялись признаки трехстворчатой регургитации II степени, что свидетельствовало о формировании парапротезной фистулы.

Было продолжено интенсивное антибактериальное лечение: проведен повторный курс абактала (0,8 г/сут) 12 дней, амписид (12 г/сут) 10 дней, ванкомицин (1 г/сут) 7 дней, пациент дополнительно получал симптоматическое лечение (сердечные гликозиды, диуретики, антигистаминные препараты). В связи с развитием аэроотита сеансы ГБО были прекращены и назначено ультрафиолетовое облучение крови, всего было выполнено 3 сеанса.

На 32-й день после поступления в клинику состояние пациента нормализовалось, отсутствовали клинические проявления инфекционного процесса, декомпенсации кровообращения и полиорганной недостаточности. Прекращена антибактериальная терапия. При ультразвуковом исследовании отмечены уменьшение пикового градиента давления на трикуспидальном протезе до 9,2 мм рт. ст., сохранение трансклапанной регургитации II степени, нормализация показателей сократимости миокарда левого желудочка (ФВ — 53%). Установлена нормализация показателей клинических и биохимических анализов крови и мочи. Посевы крови стали стерильны. На 39-й день пациент был выписан из больницы в удовлетворительном состоянии. Таким образом, было достигнуто клиническое выздоровление больного с купированием инфекционного процесса и формированием умеренных нарушений внутрисердечной гемодинамики, связанных с образованием паннуса и парапротезной фистулы, степень недостаточности кровообращения с успехом корректировалась назначением сердечных гликозидов и диуретиков.

Цель настоящей демонстрации — показать возможности комбинированной консервативной терапии у пациентов с протезным эндокардитом, когда проведение хирургического вмешательства не представляется целесообразным, например у пациентов, продолжающих активно употреблять нар-

котические препараты. Известно, что ГБО устраняет кислородную задолженность, характерную для сепсиса, на фоне роста pO_2 снижается тахикардия, нормализуются объем циркулирующей крови и минутный объем сердца, снижается периферическое сопротивление сосудов, изменяются функция внешнего дыхания и газообмен, нормализуется кислотно-основной состав. Кроме этого, ГБО улучшает работу печени, почек, оказывает нормализующий эффект на углеводный обмен, белковый обмен, стимулирует гуморальное звено неспецифической защиты Т- и В-систем лимфоцитов, отмечено также повышение уровня иммуноглобулинов класса G. Клинический опыт и ряд экспериментов выявили изменения фармакодинамики ряда лекарственных препаратов в сочетании с ГБО. Это относится к спазмолитикам, мочегонным, нейролептикам, сердечным гликозидам, и антибиотикам. Синергизм ГБО и антибиотикотерапии бесспорен (Белокуров Ю.Н. и др., 1972). Эффект антибиотиков в условиях ГБО потенцируется многократно, что позволяет использовать такое сочетание для успешного лечения целого ряда заболеваний. Данное клиническое наблюдение заставляет обратить более пристальное внимание на изучение возможностей комплексной терапии инфекционного эндокардита с применением ГБО и стимулировать развитие исследований в данном направлении.