

Сложности дифференциальной диагностики миокардита у пациента с инфекционным эндокардитом и протезированным митральным клапаном (клинический случай)

Научный руководитель – Кобалава Жанна Давидовна

Сафарова Наргиз Бахтияр кызы

Студент (специалист)

Московский государственный университет имени М.В.Ломоносова, Москва, Россия

E-mail: lesh.frai@gmail.com

Актуальность: Постинфекционный миокардит не является распространенным осложнением для инфекционного эндокардита (ИЭ). Внутривенный иммуноглобулин (IVIg) может быть использован для лечения как вирусного, так и аутоиммунного миокардита.

Клинический случай: мужчина 69 лет с артериальной гипертонией и перенесенным инфарктом миокарда (ИМ) поступил с декомпенсацией сердечной недостаточности (СН) и лихорадкой в течение последних 3 месяцев.

Физическое обследование: пятна Лукина, симптом «барабанных палочек», систолический шум на верхушке сердца.

ЧП ЭхоКГ: Миксоматозная дегенерация створок митрального клапана (МК). Тяжелая митральная регургитация. Вегетации на створках МК.

С диагнозом ИЭ пациенту начата эмпирическая антибактериальная (а/б) терапия оксациллином 12г/сут, ампициллином 12г/сут, гентамицином 240 мг/сут. На фоне а/б терапии отмечались: снижение температуры тела, уменьшение одышки, лабораторно-воспалительного синдрома. После получения чувствительности *S. hemolyticus* к антибиотикам эмпирическая терапия изменена на оксациллин 12г/сутки [1].

Пациенту выполнено протезирование МК и маммарно-коронарное шунтирование (МКШ). Через 3 недели после операции отмечалось нарастание одышки. На ЭхоКГ появились акинез перегородочных и верхушечных сегментов ЛЖ со снижением фракции выброса левого желудочка (ФВЛЖ) - 38%, продольной систолической функции ЛЖ (GLS) - 8,6%, увеличением конечно-диастолического размера ЛЖ - 64 мм, уровня NTproBNP - 3286 нг/мл и тропонина I - 0,9 нг/мл. Коронароангиография исключила несостоятельность МКШ. Дальнейшее исследование выявило положительные IgG к Parvovirus B19. Биопсия миокарда: выявлены диффузный клеточный инфильтрат, ранние признаки повреждения кардиомиоцитов. При ПЦР обнаружен Parvovirus B19. Сцинтиграфия миокарда исключила рубцовые изменения. С учетом выявленных изменений и миокардита пациенту назначено лечение IVIg[2]. После проведенной терапии состояние пациента стабилизировалось.

ЭхоКГ: ФВЛЖ 44%, GLS 10,8%, улучшение сократимости апикальных сегментов ЛЖ. Через 3 месяца лечением человеческим IgG у пациента отсутствовали клинические проявления СН.

Вопросы и проблемы: Существует множество причин для возникновения декомпенсации СН после операции на сердце, однако развитие иммунологических осложнений ИЭ встречается редко. При ИЭ сложно проводить дифференциальную диагностику вирусного и аутоиммунного миокардита для определения характера воспаления миокарда. Независимо от причины, лечение миокардита возможно только иммуномодуляторами [2].

Результаты и обсуждения: Основной причиной СН у пациента с ИЭ был миокардит, так как несостоятельность шунтов и повторный ИМ были исключены. Parvovirus B19 может быть случайно обнаружен при миокардите. У данного пациента выявлен нормальный титр антител IgM и повышенный титр IgG к Parvovirus B19.

Заключение: Подострый длительный ИЭ может привести к различным иммунологическим осложнениям, в редких случаях к миокардиту, который создает проблемы в лечебном и диагностическом плане, с возможностью благоприятного исхода в случае своевременного лечения.

Источники и литература

- 1) Habib G. et al. 2015 ESC guidelines for the management of infective endocarditis. // European heart journal. - 2015. - 36(44). - P:3075-3128.
- 2) Verdonschot J, Hazebroek M. et al. Relevance of cardiac parvovirus B19 in myocarditis and dilated cardiomyopathy: review of the literature. // Eur J Heart Fail. - 2016. - 18(12). - P:1430-1441.