

**ФГБОУ ВО «СЗГМУ им. И.И. Мечникова
Минздрава России**



Клинический случай

**Выполнила: Петрова К.А.
441 А группа**

Анамнез

- Мужчина, 43 года
- Госпитализирован 21.11.2019
- Диагноз:

Основной:

Острый инфекционный эндокардит МК, подострый АоК;
ВПС. Двустворчатый АоК;
ВБ правосторонняя нижнедолевая пневмония в ст. разрешения.

Осложнение:

Легкий митральный стеноз. Тяжелая МР;
ХСН III ф.кл. по NYHA, 2a ст.;
Эмболия общей бедренной артерии;

Сопутствующий:

Хронический вирусный гепатит В, С (ремиссия);
ВИЧ-инфекция;
Органическое расстройство личности;

Анамнез

- Пациент находился на терапевтическом отделении по поводу пневмонии.
- Длительный стаж употребления наркотических препаратов (по данным химико-токсикологической экспертизы от 12.11.19 в моче обнаружен метадон и EDDP).
- ВИЧ-инфекция, принимает АРВТ.
- Инфекционный эндокардит МК и АоК был диагностирован в ходе обследования в стационаре, учитывая характер поражения клапанов, гемодинамику и отсутствие эффекта от а/б терапии, пациенту было показано оперативное вмешательство (протезирование клапанов).

Анамнез

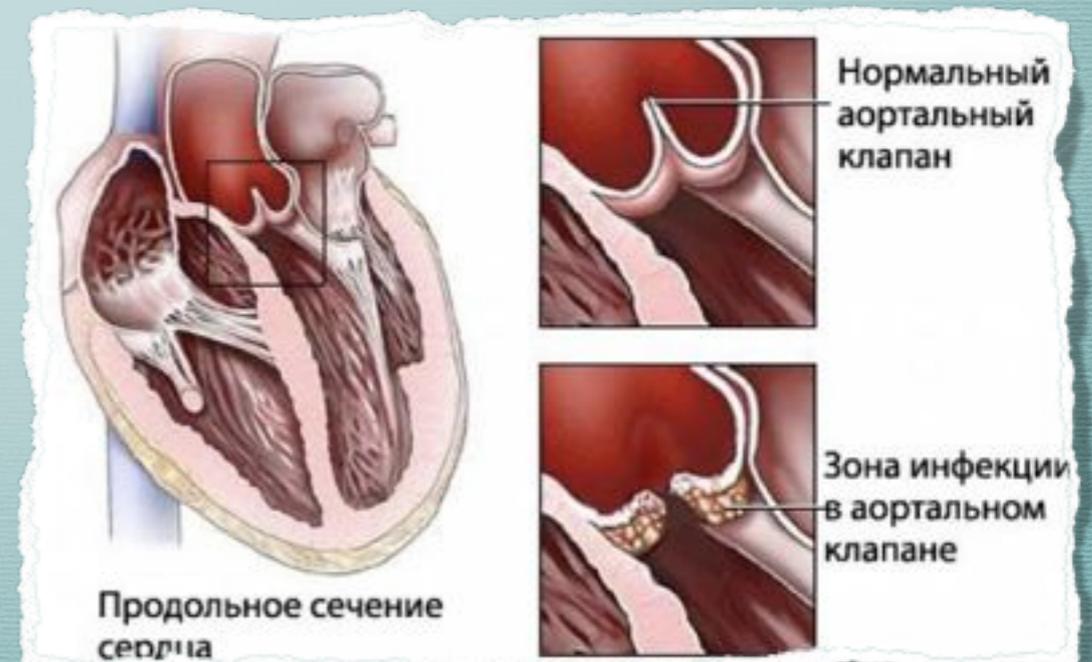
- 20.11.19 больной (ещё находясь на терапевтическом отделении) предъявил жалобы на боли в левой нижней конечности. По данным УЗДГ - *эмболия (вегетацией с клапана) ОБА* слева.
- 20.11.19 пациента экстренно перевели на отделение 17-2, где ему выполнили эмболэктомию.
- На следующие сутки наблюдался отек легких, который был купирован.
- Отмечена фебрильная лихорадка.

Анамнез

- Учитывая тяжелое, нестабильное состояние пациента, высокий риск повторных эмболий, тяжелую недостаточность МК и высокий риск повторного отека лёгких, пациенту показана срочная операция (*высокий риск развития инфекционных и кардиальных осложнений*). Прогноз без операции неблагоприятный. Операция выполняется *по жизненным показаниям*.

ЭхоКГ от 12.11.2019

- Регургитация МК - 3 ст., АоК - 3 ст, ЛК - 1 ст.
- АоК двустворчатый, на одной из створок плотный конгломерат кальция, признаки перфорации створок.
- Лоцируется крупная (2,5*2 см) вегетация в области задней створки МК с множественными флотирующими образованиями. Признаки перфорации задней створки МК.



Операция от 21.11.2019

- Стернотомия. При ЧПЭхоКГ флотирующая вегетация МК, тяжелая митральная регургитация. Кардиомегалия.
- В полости перикарда и плевральной полостях суммарно около 1,5 л.
- При ревизии АоК абсцесс в ткани створки размером 1 см. Створки иссечены.
- При ревизии МК перфорация задней створки, рыхлые эмбологенно опасные вегетации. При попытке взять створку пинцетом она крошится. Створки удалены с техническими трудностями.

Операция от 21.11.2019

- В митральную позицию имплантирован двустворчатый полнопроточный протез на прокладках.
- В аортальную позицию имплантирован механический протез на прокладках.
- Двухрядный шов аорты.
- При ревизии ТК фиброз передней стенки (залеченный эндокардит в прошлом?).
- При снятии с АиК протезы в митральной и аортальной позициях без нарушения функции.
- Диффузная кровоточивость тканей.
- Пароксизм трепетания предсердий.



25.11.19

Был выполнен посев с клапанов сердца. Обнаружен *S. aureus*, чувствительный к фторхинолонам III-IV поколений, ванкомицин- и оксациллинчувствительный.

П/о период

21.11

Состояние тяжёлое, стабильное.

На обзорной рентгенограмме органов грудной полости в условиях ОРИТ диффузно понижена воздушность обоих лёгочных полей за счет массивной инфильтрации очагового и сливного характера, с участками уплотнения и просветления, неоднородностью структуры.

П/о период

22.11

Состояние стабильное, пациент контактен, даёт односложные ответы. АД 118/59. ИВЛ. Без отрицательной динамики.

П/о период

23.11

Переведён в принудительный режим вентиляции. ЧДД 16 в мин. При санации много вязкой мокроты.

Частые желудочковые экстрасистолы.

П/о период

24.11

Состояние тяжёлое, стабильное.

Понимает обращённую речь,

пытается выполнить команды.

П/о период

25.11 - 13:00

Состояние тяжёлое, стабильное. Доступен контакту, открывает глаза на отклик. Санируется умеренное количество мокроты. В анализах метаболический алкалоз. Прокальцитонин 1,92; СРБ 166;

При выполнении УЗИ:

С обеих сторон жидкость в плевральной полости на уровне 7 рёбра;

Необходима коррекция а/б терапии и постановка трахеостомы;

П/о период

25.11 - 17:00

Выполнена постановка трахеостомы, санация бронхиального дерева, взят на посев бронхиальный лаваж.

Заключение: Двусторонний диффузный катаральный эндобронхит.

Изменена а/б: назначены ампициллин, кламосар.

П/о период

26.11

Появилась ажитация, контакт ограничен, введён галоперидол.

Отечные кисти. ИВЛ. ЧДД

увеличилось до 30.

ССВР.

Выводы

1. Закономерным при экстренном оперативном вмешательстве у коморбидных пациентов, в особенности с долгим приемом наркотических веществ в анамнезе, а также с ВИЧ-инфекцией является развитие большого количества осложнений, особенно инфекционных.
2. Протезирование клапана, а тем более двух клапанов одновременно, является серьезной (но вынужденной!) травмой для пациента; нельзя во всех случаях быть уверенным в благоприятном исходе.